



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

Trabajo de grado previo a la obtención del título de licenciado en Terapia Física Médica

TEMA:

DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LA PARROQUIA RURAL SAN PEDRO DE PATAQUI, BARRIOS: CENTRO, PLAYA ALTA, VÍA LA LOMA, LA LOMA, LA BUENA ESPERANZA, SAN JOAQUIN, DEL CANTÓN DE OTAVALO.

AUTORES:

**DIEGO FERNANDO YÉPEZ SALAZAR
LUIS ANDRES FARINANGO ARMIJOS**

DIRECTOR DE TESIS:


DR. JORGE ANAYA GONZALEZ

Ibarra-Ecuador

2016

PÁGINA DE APROBACIÓN

Certifico que la presente tesis, "**DIAGNÓSTICO GEORREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LA PARROQUIA RURAL SAN PEDRO DE PATAQUI, BARRIOS: CENTRO, PLAYA ALTA, VÍA LA LOMA, LA LOMA, LA BUENA ESPERANZA, SAN JOAQUIN, DEL CANTÓN DE OTAVALO**" ha sido desarrollada y terminada en su totalidad por Diego Yépez Salazar - Luis Andrés Farinango Armijos, bajo mi supervisión y se encuentra apta para su disertación y defensa.



Dr. Jorge Anaya González
1756755219
DIRECTOR DE TESIS



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:	1003699731
APELLIDOS Y NOMBRES:	DIEGO FERNANDO YÉPEZ SALAZAR
DIRECCIÓN:	MANUEL TERAN MONJE 20-35
EMAIL:	digosy@hotmail.com
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	062 604 205 0959780293

DATOS DE CONTACTO	
CEDULA DE CIUDADANIA:	1003293816
APELLIDOS Y NOMBRES:	LUIS ANDRES FARINANGO ARMIJOS
DIRECCIÓN:	BONILLA Y EUGENIO ESPEJO 19-33
EMAIL:	andresarmijos@live.com
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	0996152878
DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO	DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LA PARROQUIA RURAL SAN PEDRO DE PATAQUI, BARRIOS: CENTRO, PLAYA ALTA,

	VÍA LA LOMA, LA LOMA, LA BUENA ESPERANZA, SAN JOAQUIN, DEL CANTÓN OTAVALO.
AUTORES:	DIEGO FERNANDO YÉPEZ SALAZAR LUIS ANDRES FARINANGO ARMIJOS
FECHA:	2016/02/03
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Terapia Física Médica
DIRECTOR DE TESIS:	DR. JORGE ANAYA GONZALEZ

AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD


Yo, DIEGO FERNANDO YÉPEZ SALAZAR, con cédula Nro. 100369973-1, y LUIS ANDRES FARINANGO ARMIJOS, con cédula de identidad Nro. 100329381-6 en calidad de autores 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.

2. CONSTANCIAS

Los autores 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 03 días del mes de febrero de 2016.

LOS AUTORES:

Firma 
Diego Fernando Yépez Salazar
C.C: 100369973-1

Firma 
Luis Andrés Farinango Armijos
C.C. 100329381-6

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, DIEGO FERNANDO YÉPEZ SALAZAR, con cédula Nro. 100369973-1, y LUIS ANDRÉS FARINANGO ARMIJOS, con cédula de identidad Nro. 100329381-6, 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 autores de la obra o trabajo de grado denominado: "DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LA PARROQUIA RURAL SAN PEDRO DE PATAQUI, BARRIOS: CENTRO, PLAYA ALTA, VÍA LA LOMA, LA LOMA, LA BUENA ESPERANZA, SAN JOAQUIN, 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 autores 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 03 días del mes de febrero de 2016.

LOS AUTORES:

Firma 
Diego Fernando Yépez Salazar
C.C: 100369973-1

Firma 
Luis Andrés Farinango Armijos
C.C. 100329381-6

DEDICATORIA

A toda mi familia con mucho amor y cariño por apoyarme en todo momento, por sus consejos, por fomentar en mí, los deseos de superación y éxito en mi vida, en especial a mi Papi Tavi y Mami Pepi que con su ejemplo, ha inculcado en mí, valores morales y éticos, a mis padres, padrinos, y hermanos que me han ayudado a superar los momentos difíciles y sobre todo ha sabido guiarme para culminar mi carrera profesional.

DIEGO FERNANDO YÉPEZ SALAZAR

Dedico mi tesis a mi madre Marlene Armijos la mujer más importante, es el pilar fundamental en mi vida, sin ella jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora tengo. Su perseverancia y amor ha hecho de ella un gran ejemplo a seguir y destacar. También dedico mi tesis a mi hermana Carolina ella represento mi motivación para no desfallecer en este camino. A mi novia Cindy por su apoyo incondicional y su amor.

LUIS ANDRES FARINANGO ARMIJOS

AGRADECIMIENTO

Ante todo, gracias a Dios y la Virgencita, por permitirnos seguir esta carrera de servicio a mis semejantes y terminar nuestros estudios en forma satisfactoria.

A la Universidad Técnica del Norte, emblemática Institución Educativa del Norte del país que supieron forjar nuestra profesión.

A nuestros maestros por haber compartido sus conocimientos y experiencias que serán indispensables para desempeñarnos en la vida profesional.

A mis compañeros, y a todas las personas que supieron motivarnos en la diaria lucha hacia la consecución del objetivo con sus consejos y recomendaciones.

Diego y Andrés

ÍNDICE

Portada.....	I
PÁGINA DE APROBACIÓN.....	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	vii
DEDICATORIA	viii
AGRADECIMIENTO	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
ÍNDICE DE CUADROS.....	xvi
RESUMEN.....	xvii
ABSTRACT.....	xviii
ABSTRACT	xviii
TEMA:.....	xix
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Antecedentes.....	5
1.4 Justificación	6
1.5 Objetivos.....	8
1.5.1 Objetivo general	8
1.5.2 Objetivos específicos.....	8
1.6 Preguntas de investigación.....	8
CAPÍTULO II.....	9
MARCO TEÓRICO	9
2.1. Marco contextual	9
2.1.1 Distribución de personas por tipo de discapacidad a nivel nacional (CONADIS), 2015.....	9
2.1.2 Distribución de personas con discapacidad a nivel local (CONADIS), 2015.	10
2.1.3 Cantón San Luis de Otavalo.....	10

2.1.4 Parroquia San Pedro de Pataquí.....	12
2.1.5 Historia de San Pedro de Pataquí.....	13
2.1.6 Ubicación geográfica de la parroquia Pataquí.....	16
2.1.7 Límites de San Pedro de Pataquí.....	16
2.1.8 Aspectos climáticos, geográficos y demográficos	17
2.1.9 La actividad económica de Pataquí.....	22
2.1.10 Identidad cultural	25
2.2 Marco Conceptual.....	28
2.2.1 Discapacidad.....	28
2.2.2 Tipos de discapacidad.....	31
2.2.3 Discapacidad física.....	35
2.2.4 Discapacidad auditiva.....	40
2.2.5 Discapacidad visual.....	42
2.2.6 Discapacidad de lenguaje.....	44
2.2.7 Discapacidad intelectual.....	44
2.2.8 Discapacidad psíquica.....	45
2.2.9 Criterios de identificación	46
2.3 Marco ético	49
2.4 Marco legal	50
2.4.1 Regulaciones jurídicas de las discapacidades en el Ecuador	51
2.4.2 Programas de atención para las personas con discapacidad	53
2.4.3 Factores de disminución y aumento de riesgo y discapacidad.....	56
2.5. Diagnóstico.....	60
2.5.1 Definición.....	60
2.6 Georreferenciación	61
CAPÍTULO III.....	63
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	63
3.1. Tipo de investigación	63
3.1.1 Descriptiva.....	63
3.1.2 Cualitativa.....	63
3.2. Diseño	64
3.3 Población.....	64

3.4 Criterios de inclusión	64
3.5 Criterios de exclusión	65
3.6 Métodos de investigación	66
3.7 Operacionalización de variables	66
3.8. Enfoque crítico social.....	71
3.9. Procedimiento de la investigación	71
3.9.1. Etapas del proyecto.....	71
3.10 Ética.....	72
3.11. Técnicas e instrumentos.....	72
3.12. Categorización de resultados	73
CAPÍTULO IV.....	74
RESULTADOS.....	74
4. 1 Análisis e interpretación de resultados	77
4.1.1 Resultados de la encuesta aplicada a las personas con discapacidad de la parroquia rural San Pedro de Pataquí	77
CAPÍTULO V.....	111
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	111
5.1 Conclusiones	111
5.2 Recomendaciones	112
BIBLIOGRAFÍA Y LINKOGRAFÍA.....	114
ANEXOS	118
Anexo 1: Organización territorial del cantón Otavalo y las parroquias urbanas sector centro	119
Anexo 2: Mapa censal de la parroquia san Pedro de Pataquí	121
Anexo 3 : Cuadro de prevalencia por discapacidad en latinoamerica.....	122
Anexo 4: Porcentaje de personas con discapacidad por provincia,según datos del Censo de Población y Vivienda 2010	123
Anexo 5 : Fotos.....	124
Anexo 6: Encuesta.....	126

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribución de pacientes con discapacidad de acuerdo a la Nacionalidad de la parroquia San Pedro de Pataquí 2015	77
Gráfico 2: Distribución de los personas con discapacidad según género parroquia San Pedro de Pataquí 2015.....	78
Gráfico 3: Distribución de pacientes con discapacidad según las Etnias de la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.....	79
Gráfico 4: Distribución de pacientes con discapacidad según los sectores donde habitan de la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.	80
Gráfico 5: Distribución de los pacientes con discapacidad que obtienen servicios básicos de la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.....	81
Gráfico 6: Distribución de los pacientes con discapacidad que usan agua potable para preparar los alimentos en parroquia San Pedro de Pataquí 2015.....	82
Gráfico 7: Distribución de los pacientes que tienen residencia en la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.....	83
Gráfico 8: Distribución de los pacientes con discapacidad de acuerdo a las condiciones de la vivienda de la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.	84
Gráfico 9: Distribución de los pacientes con discapacidad que son beneficiarios de algún servicio social del gobierno Parroquia San Pedro de Pataquí 2015.....	85
Gráfico 10: Distribución de los pacientes con discapacidad según las estructuras corporales afectadas de la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.....	86
Gráfico 11: Distribución de los pacientes con discapacidad según las funciones más alteradas de la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.	87
Gráfico 12: Distribución de los pacientes con discapacidad según las personas que dificultan la rehabilitación en la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.....	88
Gráfico 13: Distribución de los pacientes con discapacidad de acuerdo a los sitios donde encuentra mayor dificultad para desenvolverse en la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.....	89
Gráfico 14: Distribución de los pacientes con discapacidad de acuerdo al Servicios básicos a su nombre en la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.	91
Gráfico 15: Distribución de los pacientes con discapacidad según el subsidio que resive en la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.	92
Gráfico 16: Distribución de los pacientes con discapacidad con acceso a las TIC en la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.	93
Gráfico 17: Distribución de los pacientes con discapacidad según los ingresos económicos en la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.....	94

Gráfico 18: Distribución de los pacientes que tienen conocimiento del origen de su discapacidad en la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.	95
Gráfico 19: Distribución de los pacientes que conocen las causas de su discapacidad en la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.	96
Gráfico 20: Distribución de los pacientes con antecedentes familiares de discapacidad en la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.	97
Gráfico 21: Distribución de los pacientes con discapacidad que pertenecen a algún tipo de seguro en la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.	98
Gráfico 22: Distribución de los pacientes con discapacidad que fueron oportunamente diagnosticados de la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.	99
Gráfico 23: Distribución de los pacientes que han recibido capacitación sobre la discapacidad de la parroquia San Pedro	100
Gráfico 24: Distribución de los pacientes con discapacidad que en el último año recibió atención general en salud de la parroquia San Pedro.....	101
Gráfico 25: Distribución de los pacientes con discapacidad que deben usar ayudas especiales como prótesis o medicina permanente de la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.....	102
Gráfico 26: Distribución de los pacientes con discapacidad que utilizan ayudas especiales como prótesis o medicina permanente de la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.....	103
Gráfico 27: Distribución de los pacientes con discapacidad requieren ayuda permanente de otra persona de la parroquia San Pedro de Pataquí 2015	104
Gráfico 28: Distribución de los pacientes con discapacidad que reciben ayuda de personas en sus actividades de la parroquia San	105
Gráfico 29: Distribución de los pacientes con discapacidad que se están recuperando de la Parroquia San Pedro de Pataquí 2015.....	106
Gráfico 30: Distribución de los pacientes con discapacidad de acuerdo a los factores que contribuyen a la recuperación de la Parroquia San Pedro de Pataquí 2015.....	107
Gráfico 31: Distribución de los pacientes con discapacidad que tienen acceso a la medicina física y de rehabilitación de la Parroquia	108
Gráfico 32: Distribución de los pacientes con discapacidad que ven necesario el servicios de fisioterapia de la Parroquia San.....	109
Gráfico 33: Distribución de los pacientes con discapacidad que ven necesario la terapia ocupacional en la Parroquia San Pedro de Pataquí 2015.	110

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Ubicación geográfica de la parroquia Pataquí.....	16
Cuadro 2: Extensión territorial de Pataquí	16
Cuadro 3: Población de Pataquí según Edad y Sexo	19
Cuadro 4: Estado civil de la población de Pataquí.....	20
Cuadro 5: Tasa de crecimiento de la población de Pataquí en el periodo 1990-2011.....	20
Cuadro 6: Problemática de contaminación	22
Cuadro 7: Actividad económica de Pataquí	23
Cuadro 8: Población económicamente activa.....	24
Cuadro 9: Categorías de trabajo.....	24
Cuadro 10: Población vulnerable de la parroquia de Pataquí.....	26
Cuadro 11: Población con discapacidad permanente más de un año	27
Cuadro 12: Tipos de discapacidades.....	27
Cuadro 13: Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías.....	33

DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LA PARROQUIA RURAL SAN PEDRO DE PATAQUI, BARRIOS: CENTRO, PLAYA ALTA, VÍA LA LOMA, LA LOMA, LA BUENA ESPERANZA, SAN JOAQUIN, DEL CANTÓN OTAVALO.

**AUTORES: Yépez, Diego; Farinango, Luis
DIRECTOR DE TESIS: Dr. Jorge Anaya**

RESUMEN

La discapacidad es un fenómeno social, mundial que es causado por la limitación y ausencia de actividades de vida diaria debida a una insuficiencia en el funcionamiento corporal, es una situación de preocupación mayor pues está aumentando, por ello que el propósito de esta investigación es elaborar un Diagnóstico Georeferenciado de la discapacidad en la población de la parroquia rural San Pedro de Pataquí, Barrios: Centro, Playa alta, Vía a la Loma, la Loma, la Buena Esperanza, San Joaquín, del cantón Otavalo, pertenecientes a la Provincia de Imbabura. Se realizó una investigación descriptiva y explicativa con un orientación cuali-cuantitativo, puesto que maneja la recolección de datos con medición numérica, el diseño fue no experimental y de corte transversal, ya que no se manipularon las variables, y se realizó durante un período de cuatro meses; se estudió a un total de 36 personas con discapacidad habitantes de la parroquia San Pedro de Pataquí, a través de una encuesta concreta junto a correcta recolección de datos por GPS a la población reconocida.

En los resultados encontrados se identificó la prevalencia del 100% de discapacitados son ecuatorianos de los cuales la mitad tiene acceso a agua potable, el 97% tienen recolección de basura, el 78% tienen teléfono ya sea celular o convencional, el 70% tienen alcantarillado y energía eléctrica dándonos un buen resultado ya que es una comunidad rural, observamos un alto índice de personas que no son beneficiarios de los servicios sociales tan solo el 42% obtienen el bono de desarrollo humano, el 100% de ellos no tiene afecciones de la piel; el 58% tiene problemas de movimiento en sus brazos, piernas, cuerpo y manos: en el sistema genital y reproductivo un 3%; el relación a la digestión, metabolismo y hormonas el 14%; del sistema cardiorrespiratorio y defensas el 5%; estructuras de la voz y el habla, el 5%; en lo que tiene que ver con los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, gusto), el 3%; de los oídos el 30%; estructuras de los ojos, el 30%; y finalmente del sistema nervioso, el 14%.

Presenta un 13.83% de la población total presentan discapacidad siendo un índice bajo, como consecuencia de los bajos recursos económicos, a todo lo cual se suma la presencia de vías de segundo orden, que no permiten el fácil traslado de las personas con discapacidad a los servicios de salud y lo que conllevó a que no obtuvieran un diagnóstico oportuno.

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

DIAGNÓSTICO GEORREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LA PARROQUIA RURAL SAN PEDRO DE PATAQUI, BARRIOS: CENTRO, PLAYA ALTA, VÍA LA LOMA, LA LOMA, LA BUENA ESPERANZA, SAN JOAQUIN, DEL CANTÓN OTAVALO.

AUTORES: Yépez, Diego; Farinango, Luis

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Jorge Anaya

ABSTRACT

Disability is a global social phenomenon, which is caused by the limitation and absence of activities of daily living due to a failure in body function, it is a greater concern situation as it is increasing, therefore the purpose of this research develops a georeferenced diagnosis of disability in the population of the rural parish of San Pedro de Pataquí, Neighborhoods: Centro, Playa Alta, Vía la Loma, la Loma, Buena Esperanza, San Joaquin from Otavalo, belonging to Imbabura province. For this a descriptive and explanatory research was performed with quantitative - qualitative guidance, as it manages the collection of data with numerical measurement, the design was not experimental and cross-sectional, since the variables were not manipulated, and it was conducted over a period of four months; Were studied a total of 36 disabled people from San Pedro de Pataquí were studied through a specific survey with accurate GPS data collection by the recognized population.

The results found in this study were the prevalence of 100% of disability people identified are Ecuadorians, a half of them have access to safe drinking water, 97% have garbage collection service 78% have a telephone service cell or conventional; the 70% have sewerage and electricity, it is a good result because it is a rural community, it was observed a high rate of people, who are not beneficiaries of social services, only 42% receive bonus of "Desarrollo Humano", 100% of them don't have skin conditions; 58% have problems moving their arms, legs, body and hands in the genital and reproductive system was 3%; relates to digestion, metabolism and hormone 14%; cardiorespiratory system and defenses 5%; structures of voice and speech 5% problems with the other organs of senses (smell, touch, taste) 3%; Ears 30%; eye structures 30%; and finally the nervous system, 14%.

The rural parish in study provides a 13.83% of the total population have disabilities still a low level, due to the low income generated by its population, and by the presence of second-order roads, which does not allow easy transferring of persons with disabilities to health services which led not obtain a timely diagnosis.

Keywords: disability, socioeconomic conditions, health conditions.

TEMA:

DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LA PARROQUIA RURAL SAN PEDRO DE PATAQUI, BARRIOS: CENTRO, PLAYA ALTA, VÍA LA LOMA, LA LOMA, LA BUENA ESPERANZA, SAN JOAQUIN, DEL CANTÓN OTAVALO.

CAPÍTULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

El tema de la discapacidad, de diagnóstico mundial reconocido, ha incidido de manera gravitante en la calidad de vida de los habitantes de los diferentes países y regiones en los cuales se ha manifestado.

De los diferentes estudios realizados a través del tiempo, se ha logrado evidenciar que las discapacidades variadas en calidad y cantidad no discriminan razas, géneros, edades, situación social, económica, tendencias políticas, o cualquier otro tipo de situaciones propias de la raza humana.

La (Organización Mundial de la Salud, 2011, pág. 3) afirma que: “más de mil millones de personas alrededor del mundo tienen algún tipo de discapacidad, concentrándose dificultades considerables de funcionamiento en unos 200 millones de ellos.

Según (Krug, 2013), director del departamento de la OMS de violencia, prevención de lesiones y discapacidad: “una de cada siete personas tiene alguna discapacidad, que no solo padecen estigma social y discriminación, sino también barreras para acceder a servicios como educación, transporte e incluso al sistema de salud”.

El mayor problema que afronta la humanidad en los actuales momentos es la escasa atención a las discapacidades por parte de los organismos gubernamentales de los diferentes países en los cuales prevalece este tipo

De dificultad. Consecuencia de lo anterior, es un aumento de la prevalencia de casos, generado en su mayoría, por el aumento de edad de las personas, complicándose a nivel de adultos mayores, además la presencia de enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades cardiovasculares y trastornos de la salud mental, incrementan las estadísticas mundiales.

Las probabilidades que tienen los discapacitados de recibir un tratamiento médico adecuado a sus dolencias es mínima, más aún cuando muchas de las veces se les niega en forma total. Además, las limitaciones no solo se dan en el campo de la salud, sino también en la educación, economía y participación social – cultural. (Krug, 2013)

En América Latina, según datos estadísticos, cerca de 85 millones de personas están afectadas por algún tipo de discapacidad. En el continente, el tema, genera una enorme expectativa, por cuanto relaciona factores de orden social, económico, que generalmente no proporcionan datos fidedignos en cuanto a la verdadera incidencia de esta problemática, es por ello que, no hay una atención o políticas gubernamentales que ataquen el mal desde sus mismas causas o raíces. (Vásquez, 2010)

Cuando se habla de las discapacidades en el Ecuador; éstas afectan el 13,2 % de la población, lo que significa que 1 600.000 personas, están en el rango de las limitaciones en sus diferentes tipos y géneros. (CONADIS, 2013)

El tema de las discapacidades se tomó en cuenta en la década de los años 40, cuando se integraron personas idealistas y sin ánimo de lucro en la ayuda de personas que sufrían de ceguera o de sordera, todo lo cual contribuyó con el tiempo a conformar organismos de ayuda a personas con discapacidad.

El país recuerda como en los años 50, se dio un brote de poliomielitis, que obligó al Estado Ecuatoriano, a considerar en forma muy seria, este tipo de problemas que aquejaba a la población. Es por ello, que se empieza a

desarrollar una legislación que proteja los derechos de las personas que tenían discapacidades. (Organización Panamericana de la Salud, 2007)

Si se toma en cuenta que el formar parte del grupo de discapacitados en el país, restringe de alguna manera su ingreso en la mayor parte de organismos gubernamentales, educativos, de salud; pues no les permiten gozar de consideración ni estima como cualquier persona considerada normal, esto influye decididamente en el desarrollo y desenvolvimiento a nivel general, lo que afecta directamente sus capacidades y gestión personal en cualquier tipo de entorno.

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

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

Estas comunidades rurales tienen problemas debida a la escasa prestación de servicios básicos, deplorable situación socio económica en la cual se debaten sus habitantes, y mínimas proyecciones de empleo que pueden mejorar su calidad de vida. A esto se suma el alto índice de analfabetismo y desconocimiento acerca de temas relacionados con salud y por lo tanto sobre

el origen, tipo y factores que se pueden asociar con la presencia de discapacidad que puedan llegar a presentar.

Por ello se hace necesaria la presente investigación para conocer con exactitud la población con discapacidad en esta zona y realizar la respectiva georeferenciación de la persona con discapacidad y observar y diagnosticar las necesidades de la misma.

Con la georreferenciación de cada una de las personas de esta parroquia rural, se podrá obtener un manejo adecuado y monitorización de las personas más vulnerables de estas comunidades, pues a través de la apertura al sistema de información basado en la ubicación referencial y satelital del GPS, se tendrá un registro real y actualizado de todas estas personas que no constan en ningún tipo de programa de ayuda social o beneficios que ofrece el gobierno actual.

Resultado de esta problemática nace la necesidad de desarrollar proyectos de apoyo para los habitantes de estas comunidades, que padecen o presentan diferentes tipos de discapacidad, lo cual se identifica con la misión de la Universidad Técnica del Norte, como es la vinculación con la comunidad, aportando ideas para la solución de problemas y satisfacción de las necesidades de la sociedad.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la distribución y los tipos de discapacidades en la parroquia en la parroquia rural San Pedro de Pataquí, Barrios: Centro, Playa alta, Vía La Loma, La Buena Esperanza, San Joaquín, del Cantón Otavalo?

1.3 Antecedentes

Como antecedentes de la presente obra de investigación se tienen los trabajos realizados en las comunidades aledañas a la zona de investigación, y que se cita a continuación.

Universidad Técnica del Norte. María Isabel Figueroa Quimis, 2014. Diagnóstico georreferenciado; Terapia Física; discapacidad; Imbabuela Alto, comunidad de Otavalo. En esta tesis se encuentra una investigación desarrollada en las comunidades urbanas de la Parroquia San Luis de Otavalo pertenecientes a la Provincia de Imbabura, sobre el tema de la búsqueda de la población con discapacidad, como investigar el tipo de discapacidad que más incide en ellos y las necesidades que éste grupo vulnerable de personas presenta en su comunidad, dentro del contexto socioeconómico y sobre su condición de salud. El objetivo fundamental de este estudio, fue la investigación y diagnóstico de la discapacidad y georreferenciarla en las comunidades de Cuatro esquinas, Mojandita, Mirador Mojandita y Mojanda, Imbabuela alto e Imbabuela Bajo y Taxopamba, por lo que se inició la búsqueda de la población y los datos georreferenciados que se encuentran almacenados en una base de datos general de la carrera de Terapia Física de la Universidad Técnica del Norte. Dentro de la Metodología el estudio fue de diseño no experimental y de corte transversal, como tipo de investigación descriptiva, explicativa, correlacional, y exploratorio. Como resultados en esta investigación se obtuvo qué, en lo que se refiere a la condición de salud, en la que se encuentra los individuos con discapacidad, el 81,8 % afirman que no fue oportunamente diagnosticada y el 72,7 % no ha recibido atención general en salud durante el último año. Con respecto a las ayudas especiales al 70,9 % no les han ordenado utilizarlas y por lo tanto el 81,8 % no utiliza actualmente ayudas especiales, ni prótesis y medicamentos.

Jhoselin Carlosama y Katy Ichao, 2014 en “Diagnóstico Georeferenciado de la Discapacidad en las comunidades de Pamplona, Barrio Nuevo, San Luis, Barcelona, San Francisco, La Loma y Central de la Parroquia de Selva Alegre del Cantón Otavalo de Enero – Octubre 2014.” El estudio realizado por las

autoras, está enfocado en realizar un diagnóstico georreferenciado de la discapacidad en las comunidades de Barrio Nuevo, Pamplona, Barcelona, La Loma, San Francisco y Barrio Central de la parroquia rural de Selva Alegre del cantón Otavalo, Provincia de Imbabura, en el periodo Enero – Octubre 2014. Los materiales y métodos que utilizaron en este estudio son de tipo descriptivo, correlacional y explicativo. Según el grado de abstracción, corresponde a una investigación aplicada y de acción. Por su naturaleza, es cualitativo y cuantitativo, con un diseño no experimental de corte transversal orientado a una población de 1,135 habitantes (227 familias), en donde se manejó una encuesta estructurada por la recolección de los datos de las personas con discapacidad. El principal tipo de discapacidad es de origen motriz seguido de alteraciones de la voz – habla y la visión, en lo referente a las causas un 18.8% son por accidente. Se llegó a las siguientes conclusiones: se comprobó que 48 personas de las comunidades de la Parroquia de Selva Alegre del cantón Otavalo presentan algún tipo de discapacidad, siendo las alteraciones del movimiento en el género masculino y en diferentes edades, las que más predominan.

La parroquia tiene dos vías de acceso: la primera por la ruta Otavalo-Selva Alegre, por un desvío en el kilómetro 7 y la segunda en la provincia de Pichincha, en el tramo Guayllabamba – Puéllaro - San José de Minas.

1.4 Justificación

La presente investigación busca conseguir las estrategias más adecuadas para sistematizar de alguna manera la prevalencia de discapacidades en el ámbito local y provincial, y con ello contribuir a futuro la solución de los grandes problemas generados en la sociedad por este tipo de situaciones que aquejan a un 13.2% de la población ecuatoriana.

Se han realizado consideraciones de diferente índole que limitan el bienestar y la calidad de vida que se merecen las personas que sufren algún tipo de discapacidad.

Es por ello, que conscientes de la problemática vista y observada en el transcurso de la práctica pre profesional realizada en las mencionadas comunidades, se quiere aportar de alguna manera, la realización de un documento que genere interés por parte de las autoridades gubernamentales y locales para disminuir los efectos generados por la misma a lo largo de su prevalencia.

El proyecto si bien ha tenido ligeros despuntes en el ambiente de la salud a nivel ministerial, no ha tenido un acercamiento verdadero para acceder a las vivencias reales y de experiencia por las cuales atraviesan cada una de las personas desde el mismo hogar de donde proceden hasta las tendencias en las cuales se ve involucrada dicha población.

Es de importancia darle un matiz más agudo y real al problema que atraviesan dichas personas para encarar de manera frontal cada uno de elementos que entran en acción y conocer causas y efectos de esta población vulnerable y discriminada de la sociedad.

Conocidas las variables dependientes e intervinientes que entran en este marco social, se pretende considerar algunas vías de solución alternativas para mejorar el estilo y calidad de vida de los mismos, colocando todo el esfuerzo y la acción conjunta de organismos sociales, públicos y privados en la consecución del buen vivir al que apuntan los grandes objetivos nacionales en el tema humanístico.

Sin duda alguna que el presente estudio permitirá conocer de primera mano, aspectos excepcionales en los cuales se debaten a diario los discapacitados y emprender una política de atención seria y eficiente y con ello lograr en los

próximos años una integración e inserción social, laboral y económica de satisfacción comunitaria, con beneficiarios de todo tipo de género, edad, sexo, condición económica que pugnan por surgir en una sociedad igualitaria.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Elaborar un diagnóstico Georeferenciado de la discapacidad en la parroquia rural san Pedro de Pataquí, Barrios: Centro, Playa Alta, Vía La Loma, La Loma, La Buena Esperanza, San Joaquín del Cantón Otavalo.

1.5.2 Objetivos específicos

- Identificar la tasa de discapacidad en el Barrio San Pedro de Pataquí.
- Describir la discapacidad en la población de estudio, según la edad, etnia, sexo.
- Detallar las condiciones socioeconómicas del entorno del paciente discapacitado.

1.6 Preguntas de investigación

- ¿Cuál es la condición de salud de las personas con discapacidad de la parroquia rural San Pedro de Pataquí?
- ¿Qué tipo de discapacidades se presentan según edad, etnia, sexo dentro de la parroquia?
- ¿Cuál es la condición socioeconómica del grupo estudiado?

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Se realiza el presente marco teórico con la finalidad de aclarar diversas conceptualizaciones que se han venido dando a través del tiempo, y que por considerarlas en el campo utópico o no considerarlas de mayor importancia, no se han aclarado de manera adecuada.

Es por ello, que, en base a diferentes criterios, opiniones, e investigaciones realizadas en el transcurso de la práctica en el ámbito de la salud, en este caso la Terapia Física, se analiza y se reconceptualiza diversas situaciones que intervienen de manera directa en el modus vivendi de las personas discapacitadas.

2.1. Marco contextual

2.1.1 Distribución de personas por tipo de discapacidad a nivel nacional (CONADIS), 2015

El tipo de discapacidad con mayor prevalencia a nivel nacional es la discapacidad física con un porcentaje de 49%, seguido de la discapacidad intelectual con un 23%, mientras que la discapacidad de menor incidencia es la discapacidad de lenguaje con el 1%. La causa de mayor incidencia que genera discapacidad en el Ecuador es por enfermedad adquirida con un porcentaje del 46%, en segundo lugar, se debe por 12 alteraciones genéticas con un 31% y las de menor incidencia son los desastres naturales y trastornos nutricionales con un 0.1% cada uno. (CONADIS, 2015)

2.1.2 Distribución de personas con discapacidad a nivel local (CONADIS), 2015.

En la provincia de Imbabura según datos de la INEC existen más de 9.758 personas con algún tipo de discapacidad, representando el 2.7% de toda la población nacional, siendo la discapacidad física la de mayor prevalencia con un porcentaje de 1.2%, seguido de la deficiencia auditiva con un valor de 0.6% y en un tercer lugar la discapacidad intelectual con un porcentaje de 0.5% de toda la población provincial. Su distribución por sexo es mayor en los hombres con un valor de 0.66% con respecto a las mujeres que es del 0.58%; y siendo la principal causa de discapacidad las enfermedades genéticas o congénitas en 1.3% y en un segundo lugar se encuentran las enfermedades adquiridas con un porcentaje de 1.1%. Menor influye es por desastres naturales es con el 0.001%. (CONADIS, 2015)

2.1.3 Cantón San Luis de Otavalo

El cantón Otavalo está ubicado en la provincia de Imbabura, región norte del Ecuador. Al Norte limita con Cotacachi y Antonio Ante. Al Sur con Cayambe y Pedro Moncayo (Tabacundo). Al Este con Ibarra y Cayambe y al Oeste con Quito y Cotacachi. Tiene una superficie de 528 kilómetros cuadrados. (Figuerola, 2014)

La ciudad está ubicada a 110 kilómetros al norte de Quito, capital del Ecuador; asentada en un amplio valle, cuya superficie es de 82,10 kilómetros cuadrados, a una altura de 2.565 m.s.n.m. Está rodeada por los cerros Imbabura, Mojanda, Las Lomas de Yambiro y Pucará. (Figuerola, 2014)

Está integrada por dos parroquias urbanas El Jordán y San Luis, y nueve parroquias rurales: Eugenio Espejo, San Pablo del Lago, González Suárez,

San Rafael, San Juan de Illumán, San Pedro de Pataquí, Dr. Miguel Egas Cabezas, San José de Quichinche y Selva Alegre. (Figuroa, 2014)

Según el quinto censo de población del INEC de 1990, el cantón Otavalo tenía 56.286 habitantes, para el censo 2001 la población aumentó a 90.188 habitantes y para el censo 2010 se incrementó a 104.874 habitantes, de los cuales el 48.10% son hombres y el 51.9% son mujeres, siguiendo el patrón tanto del país como de la provincia de Imbabura, se puede observar mayor número de mujeres que de hombres. En el período intercensal del 2001 al 2010 hubo un aumento de población del 16.28%. (Figuroa, 2014)

En cuanto a poblamiento, la cabecera cantonal o ciudad de Otavalo, constituye una centralidad por el número y especialización de funciones que ofrece; es donde están las instituciones con mejor servicio y calidad tanto educativas, salud, bancarias, municipales y comerciales. Los servicios básicos: agua potable, alcantarillado y vías urbanas, están cubiertas en un alto porcentaje en la ciudad, no así en la zona rural donde los rangos de cobertura son bajos y de media a escasa cobertura, esto debido a que antes del COOTAD la competencia en las zonas rurales correspondía al Consejo Provincial. (Figuroa, 2014)

“En las parroquias la actividad primaria es la agricultura de subsistencia que obliga a sus pobladores a realizar otras actividades complementarias como el trabajo asalariado en florícolas, construcción y comercio”. (Figuroa, 2014, pág. 12)

La mayoría de la población, está relacionada con el campo, el cual provee de los medios para subsistir, pero que no genera réditos económicos suficientes para mantener a las familias, por lo que la mayoría tiene que salir a lugares aledaños y realizar tareas ajenas a su ancestral modo de vida, ocupándose de labores generadas por la floricultura, ámbito de la construcción o comercio informal.

Además, existe una actividad considerada como principal actividad económica, es el turismo el cual se constituye eje dinamizador de otras cadenas económicas; la manufactura tiene un carácter industrial y constituyen productos de exportación a Estados Unidos y Europa principalmente, aun cuando la materia prima es adquirida a otras provincias del país. (Figueroa, 2014)

En los últimos años, la población otavaleña, ha aumentado su densidad poblacional, donde su etnia predominante es la indígena, misma que por cuestiones de salida a otros países alcanza en muchos de los casos niveles socioeconómicos elevados, debido a su incursión en el campo comercial, artesanal y turístico.

2.1.4 Parroquia San Pedro de Pataquí

Parroquia rural del cantón Otavalo situada a 25 km., de la ciudad de Otavalo, tiene una altitud de terreno, de 2.400 metros sobre el nivel del mar.

Creada el 27 de septiembre de 1960, tiene una población de 269 habitantes, quienes conservan la leyenda según la cual la única puerta de acceso al cielo está oculta en la parroquia rural de Pataquí. Su población está compuesta por 141 mujeres y 128 hombres, de las cuales 55 son se consideran indígenas, 197 mestizos y 17 de otras etnias, según el sitio web vototransparente.ec.

Según el censo de población y vivienda del 2001 y 2010, en promedio la tasa de crecimiento en la década experimentó un decrecimiento de 449 a 359 y a 269, respectivamente.

El vocablo quichua Pata significa Andén, peldaño, Borde, orilla, margen, Adv. Arriba, encima. Pataki o Pataquí podría interpretarse como “caserío de las

tierras altas" (interpretación hecha por Edwin Del Pozo Villacís/ del Pozo & Asociados Consultores-2011).

2.1.5 Historia de San Pedro de Pataquí.

A pesar de que San Pedro de Pataquí a la fecha tiene cincuenta años de parroquialización, no existen registros históricos oficiales o referencias bibliográficas detalladas que permitan establecer una línea de tiempo que mostrara la dinámica de esta comunidad. El siguiente detalle está construido en base a la bibliografía existente, pero sobretodo en la historia verbal de los miembros de la comunidad, que han permitido la búsqueda de hechos referidos que deberían entrar a un proceso de sistematización más profundo y exacto.

Lo que actualmente constituye Pataquí formaba parte de los territorios caranquis, que fueron añadidos al Imperio tras la conquista inca que tuvo lugar cerca de 1461. No existe mucha bibliografía respecto al período en que la zona se fue transformando luego de la invasión española. Los primeros registros verbales mencionan en épocas coloniales a la Hacienda Perugachi, como una propiedad que cubría enormes extensiones de terreno, que llegaban a lo que actualmente corresponde a Pataquí y Quichinche. En base a ello, se emprendió una investigación de registros históricos del Instituto Otavaleño de Antropología, que aparecen en el libro "Pendoneiros", donde se estableció que en el testamento de don Eugenio de Troya, presbítero de Otavalo suscrito ante el Escribano Joaquín Guerrero el 18 de febrero de 1766, consta como uno de los bienes declarados la hacienda Perugache (actualmente Perugachi).

El documento menciona que el señor Troya adquirió esta propiedad a don Isidro Viteri y su esposa, doña Antonia Thorres. A su muerte Troya nombró como sus albaceas testamentarios al señor don Clemente Sánchez de

Orellana, Marqués de Villa Orellana, y doña Xaviera de Chiriboga, Marqueza de Villa Orellana. Esta gran hacienda parece ser el punto de origen del primer asentamiento en la actual Pataquí. No se conoce la fecha con exactitud, pero la propiedad sufrió un proceso invasivo por parte de fuereños, en lo que actualmente es el barrio Centro.

La hacienda Perugache inició a parcelarse de manera forzada. En esas circunstancias adquieren terrenos algunas familias entre las que se menciona a los Haro, Terán y Astudillo que radicaban en Atahualpa, Piganta, Cotacachi y San José de Minas. El señor Fernando Saavedra adquiere una extensión de terreno, en lo que actualmente es la Hacienda San Fernando, ubicada en el barrio La Loma hacia Piganta. La superficie adquirida fue de 200 has.

Al fallecer el señor Fernando Saavedra en 1960 aprox., esta hacienda pasa a manos de sus hijos, quienes la parcelan. Humberto, América, Clara, Esmeralda y Ulpiano Saavedra recibieron como herencia los terrenos. Tanto Humberto como la señora América vendieron a varias personas, sus lotes que hoy corresponderían a parte de los barrios San Joaquín, Playa Alta y al sector bajo de la capilla en el barrio La Loma. La señora Clara y Esmeralda vendieron sus lotes al Ing. Ulpiano Saavedra, su hermano por la cantidad de 70.000 sucres.

Surge entonces ya una población que va consolidándose con el pasar del tiempo. Los barrios existentes en San Pedro de Pataquí por orden de creación son:

1. BARRIO LA LOMA (década 1930)

2. BARRIO CENTRO (CABECERA PARROQUIAL) (década 1940)
3. BARRIO YERBA BUENA (ACTUALMENTE LLAMADO BUENA ESPERANZA) (Año 1955)
4. BARRIO SAN JOAQUIN (década 1960)
5. BARRIO LA PLAYA (década 1960)

Las familias que viven actualmente en Pataquí son segundas y terceras generaciones de colonos que han construido la parroquia, aunque el proceso se está viendo afectado por la elevada migración sobre todo de los jóvenes en busca de mejores oportunidades de vida. La presencia de la iglesia católica ha sido fundamental en la creación de una estructura urbanística básica. Es en el barrio La Loma donde el señor Fernando Saavedra dona un terreno para la construcción de la primera capilla. La construcción inició en el año 1955. La iglesia ubicada en el barrio Centro, inició su construcción en el año 1987. La gestión contó con el respaldo del padre José Carollo, reconocido líder religioso. Pataquí surge como una mezcla de ancestros culturales, provenientes de los más diversos rincones del país, asentados cada uno en diferentes pisos altitudinales con microclimas distintos, que sin duda han influido en el comportamiento de los miembros de cada uno de los barrios. Existen cinco barrios que han surgido de modo no planificado, sino más bien por iniciativas particulares. Los barrios hasta la actualidad no cuentan con un reconocimiento jurídico, por lo que tanto su estructura geográfica como sus representantes actúan en base a necesidades coyunturales consensuadas con los restantes miembros del sector.

2.1.6 Ubicación geográfica de la parroquia Pataquí

Cuadro 1: Ubicación geográfica de la parroquia Pataquí

Nombre de centro poblado	Latitud	Longitud	Altura (msnm)
Pataquí	0°10.607'N	78°22.019'W	2395
San Joaquín	0°10.929'N	78°21.151'N	2606
La Loma	0°10.154'N	78°22.112'N	2507
La Playa Alta	0°09.631'N	78°22.399'N	2210

Fuente: GPI

Elaboración: Consultora del Pozo Asociados. 2011

Cuadro 2: Extensión territorial de Pataquí

PARROQUIA	ÁREA M ²	HECTÁREAS
Pataquí	9'543.054,50	954.305

Fuente: GPI

Elaboración: Consultora del Pozo Asociados. 2011

Pataquí es la parroquia más pequeña de la provincia de Imbabura con una superficie que apenas cubre el 0,21% respecto al territorio provincial.

2.1.7 Límites de San Pedro de Pataquí

Los límites parroquiales que constan en el Registro Oficial emitido el 5 de mayo de 1961, y firmada por el entonces Presidente de la República, Dr. José María Velasco Ibarra son: Por el Norte, las alturas de Tsantsagarán (actualmente denominado Chanchagarán, IGM), en el páramo de Mojanda y Cajas; por el Sur, la confluencia de las quebradas de Pataquí y Chaupiyacu;

por el Este, la quebrada de Pataquí y terrenos de Piganta, y por el Occidente, la quebrada de Chaupiyacu y páramo de La Escalera. El mencionado Registro Oficial eleva de categoría al caserío, para convertirla en la nueva parroquia rural de San Pedro de Pataquí. El mismo acuerdo menciona que el reconocimiento de esta nueva categorización se la dio el Municipio de San Luis de Otavalo, en sesiones consecutivas los días 6 y 27 del mes de septiembre del año 1960.

2.1.8 Aspectos climáticos, geográficos y demográficos

2.1.8.1 Clima

La parroquia en su territorio geográfico posee varios pisos altitudinales, provenientes del gradiente térmico que es la disminución progresiva de aproximadamente 1 grado centígrado conforme se incrementa 180 m de altura. Surge así lo que algunos autores han denominado la Geografía “altitudinal”. En la cual, las temperaturas medias, las precipitaciones y la insolación pueden variar lo suficiente como para hablar de climas distintos según la altitud.

Teniendo en cuenta el clima, las fajas o pisos altitudinales y las temperaturas medias de cada una de las fajas, Pataquí puede dividirse climáticamente así:

Clima Templado

Temperado subandino	1800 – 2500 msnm
Temperado interandino	2500 – 3200 msnm

2.1.8.2. Orografía

La irregularidad del terreno da lugar a la formación de accidentes geográficos, en los que sobresalen lomas como Chancaragán (aprox. 3600 msnm), La Rinconada (aprox. 2800 msnm) y Guagalá (aprox. 3060 msnm), que en el margen este se le denomina Guerrapamba. Pataquí al ser límite provincial comparte una loma denominada Cerro Blanco (aprox. 3500 msnm), establecida como Bosque Protector, cuya superficie se encuentra entre las provincias de Imbabura y Pichincha.

2.1.8.3 Hidrografía

Pataquí posee un territorio desigual, montañoso, conformado por altas cumbres que descienden abruptamente en quebradas profundas, por donde bajan, no siempre visibles numerosos senderos de agua, los mismos que al unirse al cauce de los ríos Chaupiyacu, Cariyacu y Pataquí, forman un sistema fluvial considerable. Los mencionados ríos además se convierten en los límites naturales parroquiales y pertenecen a la Cuenca del río Mira.

2.1.8.4 Demografía

Según el Censo 2010 del INEC, cuenta con una población de 269 Habitantes de los cuales 128 son hombres y 141 son mujeres.

Cuadro 3: Población de Pataquí según Edad y Sexo

POBLACIÓN DE PATAQUI SEGÚN EDAD Y SEXO	
Menor de 1 año	2
De 1 a 4 años	10
De 5 a 9 años	15
De 10 a 14 años	18
De 15 a 19 años	29
De 20 a 24 años	18
De 25 a 29 años	24
De 30 a 34 años	17
De 35 a 39 años	10
De 40 a 44 años	17
De 45 a 49 años	14
De 50 a 54 años	7
De 55 a 59 años	16
De 60 a 64 años	18
De 65 a 69 años	20
De 70 a 74 años	14
De 75 a 79 años	7
De 80 a 84 años	7
De 85 a 89 años	4
De 90 a 94 años	2

Fuente: INEC, 2011 (Santiago Abril)

Elaboración: Consultora del Pozo Asociados. 2011

El estado civil de la población de Pataquí, está detallado en el siguiente cuadro:

Cuadro 4: Estado civil de la población de Pataquí

CATEGORÍAS	CASOS	%
Unido	6	2,54
Soltero	104	44,06
Casado	110	46,61
Viudo	11	4,66
Separado	4	1,69
Divorciado	1	0,42
Total	236	100,00

Fuente: INEC, 2011 (Santiago Abril)

Elaboración: Consultora del Pozo Asociados. 2011

Cuadro 5: Tasa de crecimiento de la población de Pataquí en el periodo 1990-2011

PARROQUIA	SEXO	1990	2001	TC	2011
PATAQUI	Total	449	359	-20%	269
	Hombre	222	165	-25.7%	128
	Mujer	227	194	-14%	141

Fuente: INEC, 2011 (Vladimir Almeida M, Unidad Procesamiento de subdirección general)

Elaboración: Consultora del Pozo Asociados. 2011

2.1.8.5 Sistema Físico Ambiental

El objetivo del desarrollo sostenible es definir proyectos viables y reconciliar los aspectos económico, social, y ambiental de las actividades humanas; "tres pilares" que deben tenerse en cuenta por parte de las comunidades, tanto empresas como personas:

Sostenibilidad económica: se da cuando la actividad que se mueve hacia la sostenibilidad ambiental y social es financieramente posible y rentable.

Sostenibilidad social: basada en el mantenimiento de la cohesión social y de su habilidad para trabajar en la persecución de objetivos comunes. Supondría, tomando el ejemplo de una empresa, tener en cuenta las consecuencias sociales de la actividad de misma en todos los niveles: los trabajadores (condiciones de trabajo, nivel salarial, etc.), los proveedores, los clientes, las comunidades locales y la sociedad en general.

Sostenibilidad ambiental: compatibilidad entre la actividad considerada y la preservación de la biodiversidad y de los ecosistemas, evitando la degradación de las funciones fuente y sumidero. Incluye un análisis de los impactos derivados de la actividad considerada en términos de flujos, consumo de recursos difícil o lentamente renovables, así como en términos de generación de residuos y emisiones. Este último pilar es necesario para que los otros dos sean estables.

La Parroquia Pataquí se caracteriza por tener fuentes de agua como límites naturales: río Chaupiyacu, el río Cariyacu y el río Pataquí, que son alimentados por varias quebradas y que forman parte de la microcuenca del Río Pataquí y de la cuenca del río Mira.

La parroquia se abastece de agua para consumo humano a la población de estas fuentes, así como del agua de riego para la producción agropecuaria.

Conforme el mapa del INEC la parroquia cuenta con las Quebradas: Ugshachpa y Del Campamento. El resto de las fuentes de agua existentes en la parroquia según el Diagnóstico Participativo no cuentan con denominación. En los límites parroquiales, las quebradas que alimentan el río Chaupiyacu son: Padre Encantado, La Rinconada, y Gumalpi.

Cuadro 6: Problemática de contaminación

Nombre Cuerpo Hídrico	Evidencia de contaminación	Factor	Sector (es) involucrados
Río Chaupiyacu	Si	Presencia de ganado + desechos sólidos +Aguas servidas	Barrios Buena Esperanza, Centro, La Loma, Playa Alta
Río Pataquí	Si	Presencia de ganado + desechos sólidos +Aguas servidas	Barrio Playa Alta
Río Cariyacu		Presencia de ganado + desechos sólidos +Aguas servidas	Barrio San Joaquín

Fuente: Junta Parroquial de Pataquí

Elaboración: Consultora del Pozo Asociados. 2011

2.1.9 La actividad económica de Pataquí

Pataquí basa su actividad económica productiva en actividades primarias como la agricultura y la ganadería. De acuerdo al censo de población realizado por el INEC en 2011, más del 42% de la población se dedica a actividades vinculadas al agro, como se describe en el siguiente cuadro.

Cuadro 7: Actividad económica de Pataquí

CATEGORÍAS	CASOS	%
Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	54	42,18
Industrias manufactureras	10	7,81
Construcción	7	5,46
Información y comunicación	1	0,78
Actividades financieras y de seguros	1	0,78
Actividades de servicios administrativos y de apoyo	1	0,78
Administración pública y defensa	3	2,34
Enseñanza	2	1,56
Actividades de los hogares como empleadores	2	1,56
No declarado	47	36,71
Total	128	100,00

Fuente: INEC 2011

Elaboración: INEC

Al no contar con infraestructura de soporte para la producción, las personas han tenido que desplazarse fuera de la parroquia de Pataquí para ofrecer sus servicios como jornales o empleados de industrias y empresas. La mayoría de la producción agropecuaria es para el autoconsumo. Existe un gran potencial en actividades como la frutícola, la piscícola, la agricultura orgánica, el turismo, y en el área de productos y servicios.

2.1.9.1 El empleo en la parroquia

La población Económicamente Activa de esta parroquia se encuentra dedicada principalmente a actividades primarias como son la agricultura y la ganadería. Sin embargo, la economía local se encuentra en situación precaria

en vista que la mayoría de la actividad productiva se orienta al autoconsumo, por lo que la generación de ingresos es casi inexistente.

La población económicamente activa e inactiva de la parroquia de Pataquí se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 8: Población económicamente activa

Cuadro de la población económicamente activa (de 12 años en adelante) de la Parroquia de Pataquí		
	Habitantes	%
TOTAL	128	100,00

Fuente: INEC 2011

Elaboración: INEC

El siguiente cuadro nos indica que más del 46% de la población que labora, lo hace como jornalero, y el 13% aproximadamente trabaja por cuenta propia.

Cuadro 9: Categorías de trabajo

CATEGORÍAS	CASOS	%
Empleado u obrero del Estado, Gobierno, Municipio, Consejo Provincial, Junta Parroquial	6	4,68
Empleado u obrero privado	18	14,06
Jornalero / peón	60	46,87
Patrono/a	1	0,78
Cuenta propia	17	13,28
Trabajador/a no remunerado	8	6,25
Empleado/a doméstica	3	2,34
Se ignora	15	11,71
Total	128	100,00

Fuente: INEC 2011

Elaboración: INEC

2.1.10 Identidad cultural

Identidad cultural es el conjunto de valores, orgullo, tradiciones, símbolos, creencias y modos de comportamiento que funcionan como elementos dentro de un grupo social y que actúan para que los individuos que lo forman puedan fundamentar su sentimiento de pertenencia que hacen parte a la diversidad al interior de las mismas en respuesta a los intereses, códigos, normas y rituales que comparten dichos grupos dentro de la cultura dominante.

Al ser una parroquia con un marcado número de colonos entre sus habitantes, la identidad de Pataquí se ha alimentado de un sinnúmero de tradiciones y costumbres provenientes de diferentes lugares del país. La fiesta no sólo está sujeta a unas coordenadas espacio-temporales, sino que contribuye a significar el tiempo y el espacio, además de las identidades de las sociedades y de los individuos que las viven y protagonizan.

Los festejos son parte de esa construcción de participación ciudadana que son imprescindibles en cualquier comunidad. No solo es el hecho de romper la estructura del tiempo laboral, sino el permitir compartir e integrar a una comunidad que requiere alegría y motivos aglutinantes. Las fiestas populares tienen un efecto sobre la autoestima de la población, que siente positivamente ser tomada en cuenta para cumplir algún papel en el ámbito comunitario.

Otras de las razones por las que las fiestas comunitarias existen, y es imposible negarla es que al fin y al cabo la fiesta es también negocio. No todo mundo "hace fiesta" durante las fiestas: al costado de los que se divierten están los que trabajan por la diversión de los otros, y más aún, todos aquellos para quienes la fiesta de los otros es justamente la ocasión de trabajo, de ganar dinero, como serían los músicos, los trabajadores en las ferias. Si bien la lógica mercantil no debe ser el eje que mueva un calendario de festejos sino la participación ciudadana donde encuentre espacios que le permitan

expresarse, debe establecerse que estas dinámicas existen y podrían convertirse en espacios de provecho social.

La parroquia de Pataquí no posee sino un festejo que podría llamarse como propio. Y tiene que ver con la fecha de su parroquialización: 27 de septiembre. Sin embargo, mientras se ejecuta este estudio, Pataquí celebraría 50 años de haber sido declarada parroquia, pero la fecha pasó desapercibida por la mayoría de sus habitantes. Hecho este, que demuestra que falta construir una identidad alrededor del tema Pataquí, que motive la integración y empoderamiento por parte de sus habitantes. Quizás el ver que luego de cincuenta años de haber sido elevada su categoría de caserío a parroquia, esto poco ha aportado en mejorar su nivel de vida, ha afectado su visión de un pueblo que merezca festejar

Otro de los festejos importantes es el de San Pedro y San Pablo celebrado en el mes de julio, vinculado a la historia que une a la parroquia con el cantón Otavalo y su gran carga histórica. Esta costumbre ancestral no sólo se mantuvo en el tiempo pese a los avances de la modernidad, sino que se ha venido multiplicando en más comunidades. Celebración que viene, según los estudiosos, desde la época precolombina, pero que ha sido fuertemente influenciada tras el advenimiento de la República.

Cuadro 10: Población vulnerable de la parroquia de Pataquí

Tipos de vulnerabilidad	Población aproximada	Ubicación	Observaciones
Tercera edad	54	En toda la parroquia	
Niños	45	En toda la parroquia	
Personas con capacidades especiales	25	En toda la parroquia	

Fuente: INEC 2011

Elaboración: CONSULTORA DEL POZO ASOCIADOS, 2011

Estos datos son proporcionados por el INEC, después del censo de población y vivienda del año 2010.

Cuadro 11: Población con discapacidad permanente más de un año

Categorías	Hombre	Mujer	Total Casos
SI	16	9	25
NO	71	83	154
NO RESPONDE	41	49	90
TOTAL	128	141	269

Fuente: INEC 2011

Elaboración: INEC

Al no disponer de datos respecto a los tipos de discapacidad detectados por el Censo del 2010, se muestra los del 2001:

Cuadro 12: Tipos de discapacidades

CATEGORÍAS	CASOS	%	Acumulado
Visual	19	41,30	41,30%
Motora	8	17,39	58,70%
Auditiva	11	23,91	82,61%
Retardo mental	3	6,52	89,13%
Enfermedad psiquiátrica	1	2,17	91,30%
Múltiple	1	2,17	93,48%
Otra	3	6,52	100%
Total	128	100,00	100%

Fuente: INEC 2011

Elaboración: INEC

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Discapacidad

Se tiene conocimiento de este término por la Real Academia Española de la Lengua, hace aproximadamente unos veinte y cinco años. Este término se asoció con términos comunes como: incapacidad, o minusvalía. Todo lo cual hace pensar que se trata de personas que han perdido su habilidad, o no manejan sus capacidades físicas o psicológicas en términos de normalidad funcional.

De acuerdo a las indagaciones realizadas, se ha podido verificar que la primera vez que se usó la palabra “discapacidad”, en lengua castellana, como término técnico y oficial, se dio el año 1983 cuando se publicó la ahora famosa “Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías”, también conocida con sus siglas CIDDM. (Organización Mundial de la Salud , 1999)

El concepto de discapacidad (disability) hace referencia a toda restricción o ausencia de la CAPACIDAD para realizar una actividad que se considera normal para el ser humano. (Guerra, 2011, pág. 17)

En este sentido, se considera como una característica principal de la discapacidad, la limitación en el normal desempeño de actividades cotidianas, es decir, todo lo que tiene que ver con caminar, comunicarse, alimentación, higiene, etc., y que se lo hace en forma independiente.

En la CIF, término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre una persona (con una condición de salud) y sus factores contextuales (ambientales y personales). (Doyle & Wong, 1996)

Este concepto ha sido concebido desde las diferentes percepciones humanas, ecológicas, sociales y políticas de una sociedad, así:

La OMS (1997), define la discapacidad de una persona como la resultante de la interacción entre la discapacidad de una persona y las variables ambientales que incluyen el ambiente físico, las situaciones sociales y los recursos.

Además el Instituto de Medicina (1991) aporta que: las limitaciones de una persona se convierten en discapacidades solo como consecuencia de la interacción de la persona con un ambiente que no le proporciona el adecuado apoyo para reducir sus limitaciones funcionales.

Comentado [P1]:

Como se ve anteriormente, se ha producido un cambio en la conceptualización de la discapacidad, la cual asume entre otras que: la discapacidad no está fija, sino que esta está sujeta a cambios y variaciones en forma continua, como lo asegura Schalock, (1998), porque no será la misma discapacidad en una persona que tiene el apoyo constante y disponible en sus áreas de desarrollo, con otra que no lo tenga, pues sus limitaciones podrán disminuirse en función de la atención de que sea objeto.

Otra consecuencia de esta nueva consideración es reducir las limitaciones funcionales y por lo tanto la discapacidad de la persona, porque existe la intervención o provisión de servicios y apoyos que se concentran en la conducta adaptativa y en el papel que desempeña en la sociedad.

En los últimos años, se ha requerido por parte del gobierno una reeducación a nivel general, en cuanto a la terminología utilizada para referirse a las personas con discapacidad, pues se ha dado el valor correspondiente de persona, enfatizando su condición humana, y por lo tanto, hablando de "personas con discapacidad", entendiendo que son personas como cualquier otro ser humano de la sociedad y en segundo lugar aclarando que tienen una

falta de habilidad física, psicológica o específica, lo que contribuye a rescatar en algo su dignidad y condición, como lo afirmara (Samaniego, 2005)

Cada época, ha conceptualizado la discapacidad enfrentando posiciones morales y políticas, agudizando en unos casos debido a las características demográficas de la población y aumentando en otras la cantidad de años que les acerca a la vejez.

Por cierto, a través de los años, se ha visto la discapacidad como algo distinto que debe ser tratado en el ámbito privado y alejado de la sociedad, sin embargo, desde los años 70 y por propia iniciativa de las personas que adolecen este tipo de problemática, se ha ido modificando la apreciación en el campo social y humano, considerándolo en los actuales momentos como una cuestión de derechos humanos. (Quinn, 2002)

La discapacidad es compleja, dinámica, multidimensional y objeto de la discrepancia. En las últimas décadas, el movimiento de las personas con discapacidad junto con numerosos investigadores de las ciencias sociales y de la salud, han identificado la función de las barreras sociales y físicas presentes en la discapacidad. (Collado, 2013)

“La transición que implicó pasar de una perspectiva individual y médica a una perspectiva estructural y social ha sido descrita como el viraje desde un “modelo médico” a un “modelo social” en el cual las personas son consideradas discapacitadas por la sociedad más que por sus cuerpos. (Oliver, 1990, pág. 3)

En resumen, se puede decir que la discapacidad se refiere a las dificultades que se presentan en cualquiera de las tres áreas de funcionamiento, sin hacer distinciones entre el tipo y la causa de la discapacidad, sea física o mental. Entendiéndose como condiciones de salud a las enfermedades, lesiones y trastornos, mientras que las deficiencias son las disminuciones específicas en

las funciones y estructuras corporales, a menudo identificadas como síntomas o señales de condiciones de salud.

Por todo lo anterior, la discapacidad se origina de la interacción entre las condiciones de salud y los factores contextuales, como son los ambientales y personales.

Hay que tener presente que al hablar del término minusvalía se hace referencia a toda desventaja social presente en el individuo, como consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, la cual limita o impide el desarrollo del rol que sería de esperarse en el individuo en función de su edad, sexo, situación social y cultural.

En función de lo descrito anteriormente, se infiere que la discapacidad constituye un eslabón entre la deficiencia y la minusvalía. Cuando se habla de deficiencia se refiere a las funciones propias de cada parte del cuerpo; en la discapacidad, se estaría hablando de actividades complejas e integradas que se esperan de la persona o del cuerpo en su conjunto, a ser representadas en la realización de tareas, aptitudes o conductas.

Los términos deficiencia, discapacidad y minusvalía tienen que ver con un modelo secuencial, basado en el esquema etiología-patología-manifestación (en el que se ha basado, la primera versión de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS (CIDDM-1).

2.2.2 Tipos de discapacidad

La realidad nos hace ver que las personas con discapacidad son diversas y extensas, a pesar de que existen clasificaciones de la discapacidad que identifican a las personas que utilizan sillas de ruedas, otras con discapacidades clásicas como personas ciegas o sordas.

La discapacidad abarca desde el niño que nace con un problema congénito como puede ser la parálisis cerebral, y el soldado joven que pierde una pierna por la detonación de una mina terrestre, hasta la mujer de mediana edad con artritis severa o el adulto mayor con demencia, entre otros.

Las condiciones de salud pueden ser visibles o invisibles; temporales o de largo plazo; estáticas, episódicas o degenerativas; dolorosas o sin consecuencias. Cabe advertir que muchas personas con discapacidad no se consideran a sí mismas como personas con mala salud (Mathers, Murray, & López, 2006).

Las generalizaciones acerca de la «discapacidad» o «las personas con discapacidad» pueden ser engañosas. Las personas con discapacidad poseen una diversidad de factores personales con diferencias de género, edad, condición socioeconómica, sexualidad, origen étnico o legado cultural. Cada persona tiene sus preferencias y respuestas personales ante la discapacidad. (Organización Mundial de la Salud, 2011)

Asimismo, aunque la discapacidad se correlaciona con la desventaja, no todas las personas con discapacidad tienen las mismas desventajas. Las mujeres con discapacidad sufren una combinación de desventajas que se vinculan al género y la discapacidad, y es menos probable que contraigan matrimonio que las mujeres que no tienen ninguna discapacidad.

El sitio web ladiscapacidad.com, anota que: “Existen diferentes tipos de discapacidad, entre ellas se encuentra la discapacidad física, la discapacidad sensorial y la discapacidad mental, también existen muchas enfermedades que producen discapacidades y que en muchos casos no son tipificadas como tal por ejemplo la obesidad, la artritis, los problemas cardiacos, etc.”.

Cuadro 13: Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías

DEFICIENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencias intelectuales • Otras deficiencias psicológicas • Deficiencias del lenguaje • Deficiencias del órgano de la audición • Deficiencias del órgano de la visión • Deficiencias viscerales • Deficiencias músculo-esqueléticas • Deficiencias desfiguradoras • Deficiencias generalizadas, sensitivas y otras
DISCAPACIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Discapacidades de la conducta • Discapacidades de la comunicación • Discapacidades del cuidado personal • Discapacidades de la locomoción • Discapacidades de la disposición del cuerpo • Discapacidades de la destreza • Discapacidades de situación • Discapacidades de una determinada aptitud
MINUSVALÍAS	<ul style="list-style-type: none"> • Minusvalía de orientación • Minusvalía de independencia física • Minusvalía de la movilidad • Minusvalía ocupacional • Minusvalía de integración social • Minusvalía de autosuficiencia económica • Otras minusvalías

Fuente: Guerra, G. 2011, p. 23

La CIDDM tiene por objetivo “Ofrecer un marco conceptual para la información relativa de las consecuencias a largo plazo de las enfermedades, traumatismos y otros trastornos”. (Organización Mundial de la Salud , 1999)

Además, se toma en cuenta, el Real Decreto del 23 de diciembre de 1999, mediante el cual se determina el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.

Al referirse a discapacidades físicas, se toma en consideración las de tipo motor y/o visceral. En el siguiente cuadro se presenta una clasificación:

- a) Sistema músculo esquelético (deficiencias articulares, amputaciones...)
- b) Sistema nervioso (epilepsia, tetraplejia, paraplejia...)
- c) Aparato respiratorio (asma, trasplante de pulmón, fibrosis quística...)
- d) Sistema cardiovascular (cardiopatías, arritmias...)
- e) Sistema hematopoyético y sistema inmunitario (anemias, Inmunodeficiencias no secundarias a infección por VIH...)
- f) Aparato digestivo (enfermedad del hígado, incontinencia...)
- g) Aparato genitourinario (deficiencias del riñón, incontinencia urinaria...)
- h) Sistema endocrino (hipertiroidismo, diabetes...)
- i) Piel y anejos (soriasis...)
- j) Neoplasias (tumor)

Existen los siguientes tipos de Discapacidad: física, psíquica, sensorial e intelectual o mental.

Cada uno de los tipos puede manifestarse en distintos grados y una persona puede tener varios tipos de discapacidades simultáneamente, con lo que existe un amplio abanico de personas con capacidades especiales.

2.2.3 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 brazos y/ o piernas. (Telecentro para todos.com, s/f)

Según la causa de la discapacidad física, la parte neurológica también puede afectarse; en estos casos, se dice que hay una deficiencia neuro-motora. Algunas personas podrán tener dificultades para hablar, andar, ver, usar las manos y otras partes del cuerpo, o para controlar sus movimientos. (Telecentro para todos.com, s/f)

Cuando se hace referencia a discapacidad motriz se debe entender como la dificultad que presenta una persona en el manejo y control de su cuerpo y que por sus características requiere de la implementación de diversas adecuaciones para que pueda desenvolverse en los diversos contextos en los que participa. (Vargas, 2014)

Existen diversas causas por las cuales se presenta la discapacidad física; factores congénitos, hereditarios, cromosómicos, por accidentes o enfermedades degenerativas, neuromusculares, infecciosas o metabólicas entre muchas.

2.2.3.1 Tipos de Discapacidad Física

2.2.3.1.1 Lesión medular

Es un daño que se presenta en la medula espinal puede ser por una enfermedad o por un accidente y origina pérdida en algunas de las funciones

movimientos y/o sensibilidad, estas pérdidas se presentan por debajo del lugar donde ocurrió la lesión. (la discapacidad.com, s/f)

La medula espinal es la conexión más importante entre el cerebro y el resto del cuerpo, recoge información de los brazos, las piernas, el pecho y la espalda y la envía al cerebro lo que nos permite poder sentir y tocar, de igual manera la medula espinal recibe órdenes enviadas en el cerebro y es lo que nos ayuda a respirar, caminar y movilizarnos. (la discapacidad.com, s/f)

Una lesión en la medula espinal ocurre cuando esta se comprime o al obstruir su flujo sanguíneo esto ocurre cuando se fractura una o más vértebras o cuando las vértebras se deslizan una hacia las otras apretando así la medula espinal, esto se llama subluxación. (la discapacidad.com, s/f)

Los síntomas de una lesión medular dependen de la ubicación y la gravedad de la lesión, es decir entre más alta sea la lesión mayor es el área de funcionamiento que se ve afectada, existe lesión medular completa o parcial, cuando la lesión es completa no existe ningún funcionamiento por debajo del lugar de la lesión y la lesión parcial indica que existe algún funcionamiento por debajo del lugar de la lesión. (la discapacidad.com, s/f)

Paraplejía: Es una lesión completa en el área dorsal produce parálisis completa en las piernas, pero no afecta los brazos. (la discapacidad.com, s/f)

Tetraplejía: Una lesión completa entre la vértebra cervical 4 y cervical 7 produce debilidad en los brazos y parálisis completas en las piernas. (la discapacidad.com, s/f)

2.2.3.1.2 Esclerosis múltiple

Es una enfermedad fundamentalmente inmunológica, en la cual se produce una suerte de alergia de una parte del sistema nervioso central, afectando los

nervios que están recubiertos por la capa de mielina. Se llama *esclerosis* porque hay endurecimiento o cicatriz del tejido en las áreas dañadas y múltiples porque se afectan zonas salpicadas del sistema nervioso central, donde los síntomas pueden ser severos o leves, los cuales pueden manifestarse con una periodicidad impredecible y errática, diferente en cada paciente. Existen dos formas básicas de EM: La más corriente se manifiesta con brotes (síntomas) espaciados que pueden durar días o semanas. Los brotes no son necesariamente acumulativos y entre uno y otro pueden pasar meses o años. La segunda es crónica, más compleja, con brotes progresivos. Además, la EM puede expresarse de otras formas mixtas. (la discapacidad.com, s/f)

2.2.3.1.3 Parálisis cerebral

Es un conjunto de desórdenes cerebrales que afecta el movimiento y la coordinación muscular. Es causada por daño a una o más áreas específicas del cerebro, generalmente durante el desarrollo fetal, pero también puede producirse justo antes, durante o poco después del nacimiento, como también por situaciones traumáticas (accidentes). Existen diversos grados de parálisis cerebral. Tradicionalmente se distinguen cuatro tipos: Espástica, Disquinética, Atáxica y Mixta. (Discapacidad online.com, s.f.)

2.2.3.1.4 Mal de Parkinson

Entre las enfermedades neurológicas, el Mal de Parkinson (MP) ocupa el cuarto lugar en incidencia. Es una de las afecciones más antiguas que conoce la humanidad y recibe su denominación del médico londinense James Parkinson, quien la padeció y la describió en 1817. De causa desconocida, es una enfermedad crónica y progresiva, que causa una lenta pérdida de la

capacidad física en la época de la vida que se creía llegar a un merecido descanso. (la discapacidad.com, s.f.)

2.2.3.1.5 Espina bífida

Malformación congénita manifestada por falta de cierre o fusión de uno o varios arcos posteriores de la columna vertebral, con o sin exposición de la médula espinal, lo que sucede durante el primer mes de embarazo. Existen tres tipos: Espina bífida oculta, Meningocele y Mielomeningocele. Las investigaciones indican que una de sus causas es la falta de ácido fólico en el organismo de la madre. (la discapacidad.com, s.f.)

2.2.3.1.6 Distonía muscular

Es un síndrome que consiste en contracciones musculares sostenidas en el tiempo. La mayoría de las veces causa torsiones, movimientos repetitivos y/o posturas anómalas. Además, presenta tics regulares o irregulares y afecta a una o varias partes del cuerpo. Estos desórdenes musculares no afectan las otras funciones del cerebro, como la personalidad, la memoria, las emociones, los sentidos, la capacidad intelectual y la actividad sexual se mantiene absolutamente normal. Existen diversas clasificaciones de la distonía, las cuales dependen según donde estén ubicadas en el cuerpo: *Distonía primaria o idiopática; distonía secundaria; distonía generalizada; distonía focal; hemidistonía y distonía segmenta*. (la discapacidad.com, s.f.)

2.2.3.1.7 Acondroplasia

El acondroplásico tiene una inteligencia normal. Las alteraciones psicológicas que pueden aparecer en estas personas parten de la percepción de su aspecto diferente a los demás.

Algunas de las dificultades que pueden presentar las personas acondroplastias tienen que ver con la falta de responsabilidades hacia su vida,

sentimientos depresivos, aislamiento social y excesiva dependencia familiar.

Asimismo, pueden aparecer problemas psicológicos que dificulten afrontar las diferentes etapas evolutivas de forma adecuada, inmadurez personal, negación de su problema, entre otras. (la discapacidad.com, s.f.)

2.2.3.1.8 Albinismo

El albinismo es una anomalía genética en la que hay un defecto en la producción de melanina, dicha anomalía es la causa de la ausencia parcial o total de pigmentación de la piel, los ojos y el pelo, es hereditario y aparece con la combinación de los dos padres portadores del gen recesivo, recibe su nombre del latín albus que significa blanco, es también conocido como hipopigmentación. (la discapacidad.com, s.f.)

Tipos de albinismo:

- a) Oculocutáneo: afectando todo el cuerpo ocular: solo los ojos están despigmentados.
- b) Parcial: se produce melanina en el cuerpo menos en algunas partes tales como extremidades superiores

El albinismo afecta a todas las razas, muchas veces los padres no reconocen que su hijo tiene albinismo, hasta después de algunos años de nacido.

Las personas con albinismo sufren en tres ámbitos principalmente:

- Su parte visual se ve disminuida y afectada por diversos problemas
- Problemas de piel por frecuente propensión a quemaduras solares
- Dificultades sociales: Uno de los mayores problemas de las personas que tiene albinismo es el rechazo de las personas, para los padres conocer a su

hijo con albinismo es una lucha entre la aceptación y el rechazo, se generan muchos temores acerca de la manera en que el será aceptado socialmente.

Ni la opinión pública ni quienes la viven están de acuerdo si ésta es o no una discapacidad, sin embargo, lo importante es que éstas personas deben ser aceptadas y respetadas independiente de su aspecto físico y valorada su apariencia y su belleza estética, tanto como sus logros como ser humano.

2.2.4 Discapacidad auditiva

El término "discapacidad auditiva" es un término genérico usado para describir todas las pérdidas de audición. (atendiendo necesidades. blog spot.com, 2014)

Normalmente, las ondas sonoras atraviesan el oído externo hasta llegar al tímpano, o membrana timpánica, que inicia su vibración y pone en movimiento la cadena de huesecillos (martillo, yunque y estribo). Estos huesecillos transfieren la energía al oído interno, en donde los fluidos que se encuentran en su interior entran en movimiento, provocando que las células ciliadas (del caracol) transformen estas vibraciones en impulsos eléctricos, que se transmiten a través de las fibras nerviosas auditivas al cerebro. (atendiendo necesidades. blog spot.com, 2014)

El lenguaje permite a los seres humanos la comunicación a distancia y a través del tiempo; es la principal vía por la que los niños aprenden lo que no es inmediatamente evidente y desempeña un papel central en el pensamiento y el conocimiento. (atendiendo necesidades. blog spot.com, 2014)

Consideramos las deficiencias auditivas como aquellas alteraciones cuantitativas en una correcta percepción de la audición.

Es importante señalar la importancia de los siguientes términos:

1. **Hipoacusia:** Pérdida parcial. Disminución de la capacidad auditiva que permite adquirir el lenguaje oral por la vía auditiva.
2. **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.

La podemos clasificar en función de la parte del oído afectada. 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 la cavidad auditiva externa. 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.

La etiología de la discapacidad auditiva puede ser por causas exógenas como la rubeola materna durante el embarazo, incompatibilidad del factor Rh. y que suelen provocar otros problemas asociados (dificultades visuales, motoras, cognitivas). O bien puede ser una sordera hereditaria, la cual, al ser recesiva, no suele conllevar trastornos asociados. (atendiendo necesidades. blogspot.com, 2014)

2.2.5 Discapacidad visual

La gran mayoría de los niños con problemas de visión reciben su educación en centros de régimen ordinario donde, con el apoyo adecuado, pueden obtener una buena escolaridad. Sin embargo, en algunos casos las dificultades de estos niños no se reconocen o no son comprendidas. Es en este momento donde pueden surgir los problemas. (Atendiendo necesidades. blogspot.com, 2014)

Los profesionales y el personal de apoyo, son las personas ideales para observar a los niños y tomar nota de aquellos comportamientos que indiquen un problema de visión; siempre se debe recomendar a los padres y cuidadores que visiten al médico de cabecera, pediatra u oculista cuando exista algún indicio. (Atendiendo necesidades. blogspot.com, 2014)

2.2.5.1 Características principales

- a) Ojos inflamados, llorosos, nublados o enrojecidos.

- b) Estrabismo y ojos que no parecen estar alineados y funcionar juntos al mismo tiempo.
- c) Movimientos de los ojos rápidos e involuntarios.
- d) Parpadear, frotar o cerrar los ojos con fuerza de forma continua.
- e) Molestias ante la luz fuerte.
- f) Poner la cabeza en na posición extraña o sostener el libro con una inusual inclinación/distancia.
- g) Dolores frecuentes de cabeza o mareos.
- h) Torpeza, choques contra los muebles, etc.
- i) Escaso equilibrio.
- j) No responder adecuadamente a las preguntas, órdenes o gestos a no ser que al niño se le llame por su nombre; respuestas inadecuadas a la comunicación no verbal.
- k) Dificultades para copiar de la pizarra, falta de limpieza y orden en su cuaderno confusión entre letras/palabras que tienen forma similar. (Atendiendo necesidades. blogspot.com, 2014)

Síntomas como los descritos pueden dar por resultado que el niño sea incapaz de realizar adecuadamente la tarea de aprendizaje y se "desconecte".

2.2.6 Discapacidad de lenguaje

Un trastorno del habla o impedimento, por lo general significa que un niño tiene dificultad para producir ciertos sonidos. Eso dificulta que las personas entiendan lo que dice. Hablar incluye movimientos precisos de la lengua, labios, mandíbula y el tracto vocal. Hay algunos tipos de impedimentos Del habla:

2.2.6.1 Trastorno de articulación. Cuando es difícil producir sonidos correctamente. Un niño con este tipo de impedimento del habla podría substituir un sonido por otro, como decir *wabbiten* vez de *rabbit* (conejo).

2.2.6.2 Trastorno de la voz. Cuando es difícil controlar el volumen, tono y la calidad de la voz. Un niño con este tipo de impedimento del habla podría perder la voz o sonar ronco, entrecortada o susurrante.

2.2.6.3 Trastorno de la fluidez. Se refiere a una perturbación en la fluidez del habla, por lo general repitiendo, prolongando o evitando ciertos sonidos o palabras. Un niño con este tipo de impedimento del habla podría dudar o tartamudear, o manifestar períodos de silencio cuando habla.

Las discapacidades de aprendizaje basadas en el lenguaje (LBDL, por sus siglas en inglés) son muy diferentes a los impedimentos del habla. Las LBDL se refieren a un espectro completo de dificultades asociadas con la comprensión y el uso del lenguaje hablado y escrito en los niños pequeños.

2.2.7 Discapacidad intelectual

La discapacidad psíquica no debe confundirse con la discapacidad mental, aunque mucha gente lo hace. La discapacidad psíquica afecta a áreas como la comunicación o las habilidades sociales, pero no a la inteligencia. Por tanto, la discapacidad psíquica afecta al comportamiento adaptativo. Trastornos como la esquizofrenia, la depresión o el trastorno bipolar son causantes de esta discapacidad o diversidad funcional. (Sierra, s.f.)

2.2.8 Discapacidad psíquica

El concepto de enfermedad mental resulta difícil de definir de forma unificada, debido a que presenta un alto número de patologías de muy diferente índole, con mayor o menor gravedad, por lo que se debería hablar de cada enfermedad o trastorno de forma individual porque afecta de forma diferente a cada persona. Acercándonos a la definición de trastorno mental (en el que se basa la CIE-10 de la OMS y la DSM-NITR Asociación Psiquiátrica Americana), decimos que se trata de: (Comunidad de Madrid, 2008)

La CIE-10 establecida por la OMS, es una clasificación muy amplia de trastornos (de la personalidad, del sueño, adaptativos, de la ansiedad, del

control de impulsos, amnésicos, etc.), entre los cuales señalamos aquellos que tienen mayor incidencia en la población, como son: (Comunidad de Madrid, 2008)

Depresión: Está caracterizada por la pérdida de capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, y la disminución de la vitalidad, llevando a la reducción del nivel de actividad y al cansancio exagerado.

- a. Dentro de episodios depresivos, pueden también manifestarse síntomas como:
- b. Disminución de la concentración y la atención,
- c. La pérdida de confianza de uno mismo,
- d. Sentimientos de inferioridad,
- e. Ideas de culpa y de no ser útil,
- f. Perspectiva sombría del futuro,
- g. Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones,
- h. Trastornos de sueño y la pérdida de apetito.

Trastorno bipolar: Definido por la CIE-10 como: “trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en: Una exageración del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía), y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión).”

Esquizofrenia: Según la CIE-10: “se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que

dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma.

Trastorno de ansiedad generalizada: De la que la CIE-10 dice que: “la característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente”. Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

2.2.8 Criterios de identificación

2.2.8.1 Discapacidad funcional motora

La discapacidad funcional motora se puede definir como la disminución o ausencia de las funciones motoras o físicas (ausencia de una mano, pierna, pie, entre otros). Disminuyendo su desenvolvimiento normal diario. (Yovani, 1990)

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 o accidentes de tráfico, por ejemplo) o problemas del organismo (derrame, por ejemplo). (Telecentro para todos.com, s/f)

2.2.8.2 Discapacidad psíquica

Se considera que una persona tiene discapacidad psíquica cuando presenta "trastornos en el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanentes". (apdis.es, s.f.)

La discapacidad psíquica puede ser provocada por diversos trastornos mentales, como la depresión mayor, la esquizofrenia, el trastorno bipolar; los trastornos de pánico, el trastorno esquizomorfo y el síndrome orgánico. También se produce por autismo o síndrome de Asperger. (apdis.es, s.f.)

2.2.8.3 Discapacidad intelectual

El término Discapacidad Intelectual no ha sido definido como tal. En la actualidad el concepto más empleado es el que propone la AAMR (American Association on Mental Retardation) en 1992: Limitaciones sustanciales en el funcionamiento intelectual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior a la media, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo. El retraso mental se ha de manifestar antes de los 18 años de edad. (inteligenciaraujo.com, s.f.)

El funcionamiento intelectual hace referencia a un nivel de inteligencia inferior a la media. La concepción de inteligencia que se maneja a este respecto es la propuesta por Gardner, quien habla de la existencia más que de una capacidad general, de una estructura múltiple con sistemas cerebrales semiautónomos, pero que, a su vez, pueden interactuar entre sí. (inteligenciaraujo.com, s.f.)

En cuanto al uso de un coeficiente de inteligencia, de uso común, para que se

pueda hablar de discapacidad intelectual debe estar por debajo de 70 y producir problemas adaptativos. (inteligenciaraujo.com, s.f.)

Las habilidades adaptativas hacen referencia a la eficacia de las personas para adaptarse y satisfacer las exigencias de su medio. Estas habilidades deben ser relevantes para la edad de que se trate, de tal modo que su ausencia suponga un obstáculo. Lo más habitual es que una discapacidad intelectual significativa se detecte en edades tempranas. (inteligenciaraujo.com, s.f.)

Retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años (Luckasson y cols., 2002, p. 8)

La conducta adaptativa no es sólo otro término, implica el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas por la persona para funcionar en su vida diaria. No basta un funcionamiento intelectual significativamente bajo: también ha de sustentarse una conducta adaptativa significativamente baja. Para tal fin existen instrumentos estandarizados como ICAP, CALS y ALSC. (Unidad de Educación Especial del Ministerio de Educación Colombia , 2004)

Causas:

- a) Factores genéticos, en el caso del síndrome de Down, trisomía del cromosoma 21.
- b) Errores congénitos del metabolismo, como la fenilcetonuria. Alteraciones del desarrollo embrionario, en las que se incluyen las lesiones prenatales.

- c) Problemas perinatales, relacionados con el momento del parto. Enfermedades infantiles, que pueden ir desde una infección grave a un traumatismo.
- d) Graves déficits ambientales, en los que no existen condiciones adecuadas para el desarrollo cognitivo, personal y social.
- e) Accidentes de tráfico.
- f) Accidentes laborales.
- g) Enfermedades profesionales

2.3 Marco ético

La atención que se dan en los últimos años, a un problema social como es el de la discapacidad en el país, se debe en gran parte a las carencias sustanciales y violaciones permanentes que este grupo de personas tiene que experimentar. (Organización Mundial de la Salud, 2011)

Los derechos humanos básicos y elementales, no se respetan en las personas con discapacidad, por lo cual no pueden alcanzar un nivel de vida digno, pues las limitaciones, carencias y malos tratos son el término común dentro de una sociedad excluyente, que inconsciente, pero en forma sistemática, practica diariamente. (Organización Mundial de la Salud, 2011)

Estas violaciones y carencias se expresan en prejuicios, marginación, invisibilidad, rechazo, inequidad, falta de oportunidades, etc., los mismos que han sido suficientemente puestos de manifiesto en los últimos años por sendas investigaciones y documentos de las propias personas con discapacidad y sus organizaciones, por investigadores y académicos con y sin discapacidad, y también por organizaciones internacionales o multilaterales tales como la ONU, OIT, OMS, el Banco Mundial, PNUD, UNESCO, etc. (Del Aguila, 2007, pág. 13)

El mencionado autor, hace notar que la discapacidad, con sus acepciones más amplias, tiene una notable presencia en el ámbito social, cultural, económico y humanístico, de cualquier nación o estado. La mayoría de los países en los actuales momentos han retomado la iniciativa de miles de personas para disminuir las consecuencias generadas en este tipo de marco problemático, trabajando en opciones alternativas de educación y capacitación, y con ello salir de la marginación y limitación, alcanzando un mejor nivel de vida y desarrollando las políticas del buen vivir. (Del Aguila, 2007, pág. 13)

2.4 Marco legal

El 10 de agosto de 1.992 se publica en el Registro Oficial N° 996 la "Ley sobre discapacidades N° 180", la misma que recogiendo las recomendaciones de la Comisión Interinstitucional de Análisis de la Situación de los Discapacitados en el Ecuador "CIASDE" y todas aquellas recomendaciones de los organismos internacionales

El Consejo Nacional de Discapacidades redactó una propuesta de consenso a ser incluida por primera vez en la Constitución Ecuatoriana, para que las personas con discapacidad del país gocen de la protección de sus derechos, que fue promulgada por la Asamblea Nacional Constituyente de 1998.

Algunos artículos de dicha constitución guardan relación con las discapacidades, pero se merece darle énfasis al Art. 53 de la Carta Magna, promulgada por la Asamblea Nacional Constituyente de 1998, cuyo texto dice: "Art. 53.- El Estado garantizará la prevención de las discapacidades y la atención y rehabilitación integral de las personas con discapacidad, en especial en casos de indigencia. Conjuntamente con la sociedad y la familia, asumirá la responsabilidad de su integración social y equiparación de oportunidades."

El Estado Ecuatoriano establecerá medidas que garanticen a las personas con discapacidad, la utilización de bienes y servicios, especialmente en las áreas de salud, educación, capacitación, inclusión laboral y recreación; además de medidas que eliminen las barreras de comunicación, así como las urbanísticas, arquitectónicas y de accesibilidad al transporte que dificulte su movilización. Los municipios tendrán la obligación de adoptar estas medidas en el ámbito de sus atribuciones y circunscripciones. Las personas con discapacidad tendrán tratamiento preferente en la obtención de créditos, extensiones y rebajas tributarias, de conformidad con la ley.

En Quito, el 23 de mayo de 2007- El Vicepresidente de la República, Lenin Moreno Garcés, presentó el programa “Ecuador sin Barreras”, que inicia una sociedad incluyente y democrática, fundamentada en la cultura de respeto a la diferencia y a los derechos, en donde las personas con discapacidad y sus familias formen parte de la sociedad en igualdad de condiciones. (derechodiscapitadosuniandes.blogspot.com, s.f.)

2.4.1 Regulaciones jurídicas de las discapacidades en el Ecuador

2.4.1.1 Ley sobre discapacidades en el Ecuador

Son objetivos de esta Ley:

- a) Reconocimiento pleno de los derechos que corresponden a las personas con discapacidad.
- b) Eliminar toda forma de discriminación por razones de discapacidad y sancionar a quienes incurrieren en esta prohibición.
- c) Establecer un sistema de prevención de discapacidades.
- d) Crear mecanismos para la atención e integración social de las personas con discapacidad atendiendo las necesidades particulares de cada sexo.

- e) Garantizar la igualdad de oportunidades para desempeñar un rol equivalente al que ejercen las demás personas y la participación equitativa de hombres y mujeres en las instancias de decisión y dirección. (Gobierno del Ecuador, 2012)

2.4.1.2 Las Normas INEN sobre accesibilidad al medio físico, un trabajo en equipo

En diciembre de 1998, a petición del CONADIS, el INEN convocó a un grupo de profesionales del país, integrándose en una comisión de trabajo interdisciplinario que elaboró veintidós normas técnicas de accesibilidad al medio físico, entregándose este compendio en agosto del 2000, para su publicación, realizada por el Consejo Nacional de Discapacidades.

Objetivos de esta Ley:

Ejercitar la equidad que todos los seres humanos tienen, ha acceder en igualdad de condiciones a los servicios públicos y privados que brinda el entorno urbano.

Caminar y trasladarse (Población con Discapacidad) sin obstáculos, a circular en el medio físico, a poder comunicarse, a recibir y transmitir información.

La publicación de las normas fue el primer paso. El Municipio de Quito incorporó las Normas INEN como Ley Metropolitana de Accesibilidad al Medio Físico en la Ordenanza 051 sobre Discapacidades el 7 de Junio del año 2001

2.4.1.3 Ley Reformativa al Código del Trabajo:

Es una ley que nace con respecto a todos los cambios que las leyes que apoyan a los discapacitados han mencionado y han hecho hincapié por cambios.

Objetivos:

- a) Aplicar los cambios propuestos por las demás leyes.
- b) Mejorar la calidad de vida de los discapacitados.
- c) Proporcionar Igualdad de condiciones de accesos a todos los ecuatorianos.

2.4.1.4 Ley Reformativa a la Ley sobre Discapacidades Codificada

Esta ley se refiere a:

Vehículos ortopédicos y no ortopédicos.- La importación de vehículos ortopédicos y no ortopédicos destinados al traslado de personas con discapacidad, sin consideración de su edad, deberá ser autorizada por el Consejo Nacional de Discapacidades y gozará de exoneraciones.

2.4.2 Programas de atención para las personas con discapacidad

En el Ecuador, existen 640.183 personas en situación de discapacidad con bajo o ningún nivel de autonomía y el 38% necesitan cuidado permanente. El 52% es cuidado por las madres. Las deficiencias intelectuales se caracterizan por la incapacidad para aprender, relacionarse con su entorno y la limitación del desempeño de sus actividades, según cifras del MIES-DINADIS, 2011.

La situación de las personas con discapacidad siempre ha sido además de difícil muy inequitativa, como lo sostiene Cazar, (2011):

La atención a personas con discapacidad se realizaba en base a fuertes criterios de caridad y beneficencia, y las familias escondían o mantenían

en reserva a sus familiares con discapacidad. Desde hace cuatro años y concretamente desde que Lenin Moreno asumiera la Vicepresidencia de la República, se ha dado impulso a programas que favorecen un trato digno para las personas con discapacidades, con un enfoque de derechos y se ha establecido normas y políticas que regulan las instituciones públicas y privadas, pero todavía hay mucho camino por recorrer, para manejar esta problemática con equidad, respeto y derechos. (p.13)

Existen ahora instituciones como el CONADIS Y DINADIS que es la Dirección Nacional de Discapacidades del MIES, las cuales establecen la rectoría para las acciones de un nuevo modelo de Atención para las Discapacidades, más aún con la creación desde la Vicepresidencia anterior, de los programas Misión Manuela Espejo y Joaquín Gallegos Lara, se ha tratado de ubicar y registrar a todas las personas con discapacidad en el país, e inclusive los ecuatorianos en Colombia, para censarlos y proporcionarles las ayudas técnicas que permitan mejorar su calidad de vida, y /o subvencionar a las personas cuidadoras de personas con discapacidad profunda con un sueldo que les permita subsistir y cuidar a su dependiente discapacitado.

Un avance importante de reconocimiento de las personas con discapacidad como sujetos de derecho, fue la creación del Primer Plan Nacional de Discapacidades que empieza a analizar la situación de las discapacidades en el Ecuador y agrupa a las Organizaciones no gubernamentales, creando la Red de ONGs de acuerdo al informe de Labores de la DINADIS, 2011.

El nuevo modelo de gestión establece atención integral para las personas con discapacidad, que permita integrarlas, social, económica, familiar y laboralmente, pero penosamente, no se han cristalizado en acciones que permitan establecer estrategias de atención integrales con un enfoque de atención primaria de salud, para realmente ubicar este proceso de búsqueda del bienestar integral del buen vivir, para las personas con discapacidad y sus familias, pues no se ha tomado en cuenta aspectos tan elementales, como

higiene, consumo de agua segura, estado nutricional y rehabilitación motriz fina, que aportaría a la integralidad del proceso.

Como afirma, Recalde, M. (2013).

“Una persona con discapacidad, es ante todo una persona, por lo que se requiere el trato respetuoso y cordial, evitando la lástima, la sobreprotección o la discriminación. La atención primaria, permite el primer contacto con la comunidad, con los sistemas de salud y es desde allí donde se deben dar las primeras orientaciones a las y los usuarios, incluyendo a las personas con discapacidad considerando que el tema discapacidad y rehabilitación, es un problema social y sanitario prevalente. (p. 27)

De esta forma, se puede observar que el problema de la discapacidad, es un tema que debe ser analizado desde varios puntos de vista, criterios y orientaciones. No es posible llegar a realidades y expectativas integrales, sino se tiene una visión completa de todo el marco socialitario y humanístico en el cual se ve involucrado el discapacitado.

2.4.2.1 Atención en el sector educación

La Constitución Política del Estado, en el art. 47 Sección Sexta, numerales 7 y 8, garantiza el derecho a la educación de todas y todos los ecuatorianos. Además, la Ley Orgánica de Discapacidades, establece el derecho a una educación inclusiva en la medida de lo posible a las personas con discapacidad; por ello es una obligación de las instituciones tanto públicas como privadas realizar las adecuaciones necesarias para eliminar las barreras e incluir estudiantes con discapacidad en el aula. Además, las personas que por sus capacidades diferentes no puedan ser parte de los programas de educación inclusiva, tienen derecho a recibir educación especial.

Es importante recordar que dentro del sistema educativo sea público o privado deben respetarse los derechos que para las personas con discapacidad se encuentran establecidos en la Constitución, y leyes de la República. Es importante la inclusión educativa que permita desarrollar las capacidades, habilidades y destrezas de dichas personas.

2.4.2.2 Atención en lo laboral

Dentro del sistema laboral, se han cambiado muchas normas que regulan la participación de personas con discapacidades para que accedan a empleos seguros, considerando que son seres humanos que pueden demostrar su capacidad a través de la ejecución de tareas encomendadas por las empresas en las cuales prestan sus servicios. Es obligación de las diferentes instituciones públicas y privadas contratar personas con discapacidades en un mínimo del 5% y que estas sean parte integral de las mismas. El fundamento legal para integrar a las personas con discapacidad son las Reformas al Código del Trabajo, relacionadas con ellas.

2.4.3 Factores de disminución y aumento de riesgo y discapacidad.

2.4.3.1 Factores de Aumento

La discapacidad es un tema complejo, de enorme repercusión económica y social. Las tendencias actuales señalan un número cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y por causas externas. Sin duda alguna, los conflictos armados, los accidentes de todo tipo, el uso y el abuso del alcohol y drogas, y la violencia social son también causas de discapacidad. (Guerrón, J & Terán S. 2014, p.7)

Otras condiciones que también favorecen el aumento de las discapacidades son el envejecimiento de la población, la desnutrición, el abandono infantil, la marginación de grupos sociales como los pueblos indígenas, la pobreza

extrema, el desplazamiento provisional y los desastres causados por fenómenos naturales.

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

La urbanización, la industrialización, el uso de tecnologías modernas en el sector de salud y la mayor cobertura en educación son factores que modifican la situación epidemiológica. Al mismo tiempo en países en desarrollo coexisten patologías de las etapas anteriores, tales como enfermedades infecciosas, por vectores, parasitarias y nutricionales. (Vásquez, A. 2006).

2.4.3.2 Factores de Disminución

La atención a las personas con discapacidad ha evolucionado muy positivamente en los últimos años, así como los padres y las personas con discapacidad consiguieron con su tesón y trabajo visibilizar una problemática oculta y apostar por modelos de acompañamiento centrados en favorecer la igualdad.

La misión Manuela Espejo que trabaja en nuestro país es un claro ejemplo de trabajo social que propone disminuir en gran manera los factores que predisponen a la población a adquirir algún tipo de discapacidad. Es una cruzada sin precedentes en la historia del Ecuador, que ha brindado ayuda técnica a este sector de la población, entregando sillas de ruedas, baños, bastones, prótesis, kits, camas entre otros instrumentos.

Actualmente la cruzada solidaria Manuela Espejo es replicada en algunos países de América Latina convirtiéndose en un referente a nivel mundial.

De igual manera, en muchos países están fomentando leyes que respalden la inclusión de personas con discapacidad, así como la prevención de estas en un futuro. Los modelos de atención inclusiva permiten brindar un espacio a personas con deficiencias para que puedan desarrollarse en aspectos laborales, sociales, de salud entre otros, permitiendo considerar a estos los principales factores para la disminución de la discapacidad en un país. (Andes, 2013)

Por otro lado, en la actualidad, el cuidado prenatal es de vital importancia para la prevención de discapacidades adquiridas al momento del nacimiento. Un gran porcentaje de discapacidades fueron adquiridas dentro de la etapa prenatal sea por factores externos como de nivel genético, otro porcentaje corresponde a la etapa de alumbramiento y post natal.

Por esto, en nuestro país se han implementado programas de prevención y diagnóstico oportuno de discapacidades, como el Programa Nacional de Tamizaje Neonatal y el Programa Alimentario Nutricional (INTI).

El Tamizaje Metabólico Neonatal es un proyecto del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, cuyo objetivo es la prevención de la discapacidad intelectual y la muerte precoz en los recién nacidos, mediante la detección temprana y manejo de errores del metabolismo.

Se previene la aparición de cuatro enfermedades:

- Hiperplasia Suprarrenal (Discapacidad intelectual y muerte precoz)
- Hipotiroidismo (Discapacidad intelectual)
- Galactosemia (Discapacidad intelectual y muerte precoz)
- Fenilcetonuria (Discapacidad intelectual)

El programa Alimentario Nutricional Integral, INTI, para la erradicación de las anemias infantiles, en el que se incluye la capacitación a madres y mujeres embarazadas sobre prácticas alimentarias seguras. (MSP, 2014)

De acuerdo a datos de la Dirección Provincial de Salud de Pichincha, tan solo el 17% de mujeres alimenta a sus hijos con leche materna, por ello, ayer el grupo de Maternidad y Lactancia, realizó una masiva concentración para crear conciencia sobre los beneficios de amamantar a los niños hasta los dos años de vida. La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, con alimentación complementaria hasta los dos años, constituye una política fundamental para el desarrollo infantil y prevención de enfermedades a lo largo del curso de vida.

La leche materna es el alimento ideal para los recién nacidos y los lactantes: aporta todos los nutrientes necesarios, es inocua y no requiere preparación y contiene anticuerpos.

Además, beneficia a las madres: ayuda a perder peso después del parto, reduce el riesgo de diabetes tipo 2, de cáncer de mama y de ovario, y disminuye el riesgo de anemia. (OPS, 2012)

2.5. Diagnóstico

2.5.1 Definición

Psychiatric, (2013) manifiesta: “La palabra Diagnóstico, viene del griego Diagnostikós. Es un conjunto de signos que sirven para determinar el carácter peculiar de una enfermedad. Es la identificación de una enfermedad por sus síntomas.” (p.213)

Jackson, define: "Diagnóstico como perteneciente o relativo a la diagnosis. En medicina es definida como arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos." (Teoría de la comunicación, 2007, pág. 77)

Después de haber investigado algunos conceptos de diagnóstico, se define que esta actividad consiste en la recolección de signos o datos que combinados que revelen un pronóstico, o sea, la evolución probable del estado de situacional del sujeto u objeto estudiado, según el tratamiento asignado. Un buen diagnóstico resulta de vital importancia para establecer los pasos a seguir en la búsqueda de soluciones para los posibles problemas.

Así también se ha podido concluir que este diagnóstico se lo puede realizar para varias etapas de la investigación, esta se la realiza recopilando información primaria y secundaria con varias herramientas indispensables como son: encuestas, entrevistas personalizadas y con información detallada de libros u otras fuentes de información como el internet.

Como criterios de identificación se puede anotar que: Las causas de la discapacidad física muchas veces están relacionadas con 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 como consecuencia de accidentes (zambullido o accidentes de tráfico, por ejemplo) o problemas del organismo (derrame, por ejemplo)

2.6 Georreferenciación

La georreferenciación es el uso de coordenadas de mapa para asignar una ubicación espacial a entidades cartográficas. Todos los elementos de una capa de mapa tienen una ubicación geográfica y una extensión específicas

que permiten situarlos en la superficie de la Tierra o cerca de ella. La capacidad de localizar de manera precisa las entidades geográficas es fundamental tanto en la representación cartográfica como en SIG.

La correcta descripción de la ubicación y la forma de entidades requiere un marco para definir ubicaciones del mundo real. Un sistema de coordenadas geográficas se utiliza para asignar ubicaciones geográficas a los objetos. Un sistema de coordenadas de latitud-longitud global es uno de esos marcos. Otro marco es un sistema de coordenadas cartesianas o planas que surge a partir del marco global.

Los mapas representan ubicaciones en la superficie de la Tierra que utilizan cuadrículas, gráficas y marcas de graduación con etiquetas de diversas ubicaciones terrestres (tanto en medidas de latitud-longitud como en sistemas de coordenadas proyectadas [como metros de UTM]). Los elementos geográficos incluidos en diversas capas de mapa se trazan en un orden específico (uno sobre otro) para la extensión del mapa determinada.

Los datasets SIG incluyen ubicaciones de coordenadas dentro de un sistema de coordenadas cartesianas o globales para registrar ubicaciones y formas geográficas. De este modo, es posible superponer capas de datos SIG sobre la superficie de la Tierra.

CAPÍTULO III METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

En el siguiente trabajo de investigación se utilizaron los siguientes tipos de estudio.

3.1.1 Descriptiva

Ya que se diagnosticaron las discapacidades presentes de la parroquia rural de San Pedro de Pataquí; se realizó la georreferenciación de las personas con detalle y eficiencia, de manera que puedan ser correctamente ubicadas para análisis de políticas gubernamentales a futuro para promover proyectos de ayuda y recibir un tratamiento oportuno.

3.1.2 Cualitativa

Es de tipo Cualitativo ya que se basó en la información brindada por cada uno de los encuestados llegando a una realidad social de las distintas comunidades.

La información recolectada por cada uno de los encuestados de todas las comunidades que han sido visitadas, permitió un registro fidedigno y actualizado de los diferentes tipos de discapacidades que ha sido debidamente georreferenciadas durante el censo realizado.

3.2. Diseño

El diseño es de tipo no experimental, ya que no se manipularon las variables de estudio. Trabajando de manera exacta y cuidadosa, se llegó a la localización exacta de la población discapacitada, donde se procedió a la entrevista y se georreferenció la vivienda con ayuda del GPS. Los eventos ya realizados como son la intervención de la encuesta y de la georreferenciación ocurrirán para encausar de mejor manera hacia la búsqueda del grupo vulnerable en las comunidades. La orientación del periodo de investigación y su respectiva ejecución se rige por el corte transversal, realizado en los meses de febrero a junio de 2015.

3.3 Población

El universo estuvo constituido por un total de 36 personas.

Se estudió el total del universo.

N=n

El total poblacional de la parroquia San Pedro de Pataquí según el INEC 2010 es de: 269; la población con discapacidad es de 25 personas y la muestra en estudio es de 36 personas a la fecha, con un incremento de 11 personas en los últimos cuatro años; lo que corresponde al 100% de la población.

3.4 Criterios de inclusión

Discapacidad físico-motora mayor

- Parálisis de una extremidad superior o inferior.
- Hemiplejía, paraplejía o tetraplejía. Amputación de miembros superiores o inferiores.

- Trastornos en la coordinación de movimientos (involuntarios, temblores) y tono muscular (aumento o disminución).
- Trastornos graves del sistema nervioso (distrofias musculares, trastornos graves de la marcha).
- Alteraciones del sistema osteomioarticular o ausencias de miembros u otra región anatómica, deformidades graves de la columna vertebral. Enanismo, alteraciones desfigurativas severas.

Discapacidad visual

- Ceguera total: personas que no tienen percepción de luz en ninguno de los dos ojos.
- Débiles visuales (baja visión): personas con una grave deficiencia visual, no susceptible a tratamiento quirúrgico y que para ver de cerca requiere el uso de gafas con cristales o lupas con una potencia no menor a cuatro dioptrías.

Discapacidad auditiva

- Sordera: discapacidad para percibir cualquier sonido.
- Hipoacúsicos: personas con diferentes niveles de pérdida de la audición que requiere del uso de prótesis auditivas (audífonos).

3.5 Criterios de exclusión

Los pacientes fueron excluidos del estudio si:

- Discapacidad menor.
- Retraso mental
- Discapacidad temporal.

3.6 Métodos de investigación

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

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

3.7 Operacionalización de variables

Variable independiente

Discapacidad

Indicadores

- Número de personas con discapacidad
- Datos sociales del sector
- Datos económicos

Variable dependiente

Georeferenciación y condiciones socioeconómicas

Indicadores

- Identificación
- Caracterización y origen de discapacidad
- Educación
- Participación en actividades familiares o comunitarias
- Trabajo

Operacionalización de la variable independiente

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
<p>Discapacidad</p> <p>La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la discapacidad como “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”.</p>	<p>-Topografía de las deficiencias</p> <p>-Limitaciones en la actividad</p>	<p>-Visual</p> <p>-Auditiva</p> <p>-Lenguaje</p> <p>-Muscular</p> <p>-Esquelética</p> <p>-Mentales</p> <p>Movilidad (leve, moderada, severa, completa)</p> <p>-Autocuidado (leve, moderada, severa, completa).</p>	<p>Encuestas</p>

	-Restricción en la participación	-AVD (doméstica, ,área principales de la vida (educación, trabajo y vida económica)) -Acceso tratamientos médicos específicos -Transporte -Integración socio-cultural	
--	----------------------------------	---	--

VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADORES	INDICE	INSTRUMENTO
Georeferenciación (La Georeferenciación es el posicionamiento de un objeto espacial que puede estar representado mediante puntos o líneas. (Sistema Nacional de Información, Georeferenciación, 2009))	Identificación Caracterización y localización de la discapacidad	Lugar Nombre y apellidos Edad Sexo Longitud y latitud	GPS Encuesta

Operacionalización de la variable dependiente.

VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICE	INSTRUMENTO
Condiciones socio económicas total 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	<p>Educación</p> <p>Ocupación</p> <p>Vivienda</p> <p>Economía</p>	<p>-General Básica</p> <p>-Bachillerato</p> <p>-General Unificado</p> <p>-Educación Profesional</p> <p>-Desempleado</p> <p>-Eventual</p> <p>-Tiempo Parcial</p> <p>-Tiempo Completo</p> <p>-Rentada</p> <p>-Hipotecada</p> <p>-Alojada</p> <p>-Propia</p> <p>-Bono de estado</p> <p>-Menos de USD354</p> <p>-Igual a USD354</p> <p>-Más de USD354</p>	<p>Datos de vivienda Beneficiario del programa</p> <p>Cuáles son las condiciones de salud En su hogar o entorno social, ¿quiénes presentan actitudes negativas que le impiden desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía? ¿En qué lugares de su vivienda o entorno físico, encuentra barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía? ¿Cuáles medios de comunicación utiliza habitualmente ¿Qué tipo de rehabilitación le ordenaron? ¿Quién es el que mantiene el hogar? ¿Cuál es su ingreso mensual promedio?</p>	Encuesta

3.8. Enfoque crítico social

Se exploró las condiciones necesarias y suficientes para la realización de la investigación con las diferentes unidades de observación, como base para futuras investigaciones.

3.9. Procedimiento de la investigación

Para llevar a efecto el presente estudio, fue necesario acudir al Jefe Político de la parroquia rural de Pataquí, y los representantes de los barrios CENTRO, PLAYA ALTA, VÍA LA LOMA, LA LOMA, LA BUENA ESPERANZA, SAN JOAQUIN, para que autorice la realización de la encuesta y facilite información geográfica de cada una de los sectores, en donde en algunos casos resultó una dificultad, por la ausencia de información sociodemográfica y territorial. Durante el mes de febrero se recolectó a 36 personas mediante la búsqueda casa por casa; luego la utilización del GPS para facilitar las coordenadas de la vivienda donde habita la persona con discapacidad. Para poder cumplir con los objetivos planteados de manera efectiva se tomará la muestra en estudio principalmente mediante la observación directa con el propósito de usar dicha información para tomar decisiones.

3.9.1. Etapas del proyecto

- Revisión bibliográfica
- Análisis de contenido
- Encuestas
- Estadística
- Interpretación de resultados
- Conclusiones

3.10 Ética

El respeto a la dignidad de la persona en los ámbitos existenciales se basa en los siguientes aspectos:

- a) Aceptar al otro como ser autónomo con plena libertad de conciencia y agente de su propia vida o de su salud (Autonomía)
- b) Procurarle el bien y evitarle el mal en lo posible, esto es, velar por la relación riesgo-beneficio de cualquier intervención (beneficencia-no maleficencia)
- c) No discriminarlo por razón de procedencia, sexo, edad, nivel, etc., y si positivamente por su mayor necesidad (justicia).

3.11. Técnicas e instrumentos

Como técnica de investigación se utilizó la Encuesta, iniciando la labor de búsqueda en cada casa del sector. Se elaboró una encuesta digital formada por preguntas cerradas, dicotómicas, politómicas, en abanico, de opinión, las que permitió una adecuada tabulación, dirigida específicamente al individuo con discapacidad mediante un asesoramiento y apoyo logístico institucional. Como instrumento básico se utilizó el GPS, y para la captura de datos se realizó la instalación del programa ODK colleta ajustada con el cuestionario correspondiente para la recolección, de datos respectivo con el cual se pudo realizar la respectiva Georreferenciación, que es aquella prueba que determinó las coordenadas de la vivienda del paciente. Como medio para facilitar la información y para el análisis e interpretación de datos se utilizó el programa informático de Microsoft Excel, y el posterior procesamiento de datos se los realizó mediante el programa de EpiInfoversión 3.5.4, ya que al concluir todos los datos se realizó la tabulación de las encuestas a través de tablas de frecuencia relativa que se pueden enunciarse en porcentajes, gracias al mismo.

3.12. Categorización de resultados

Los resultados obtenidos se dieron en función de las diferentes realidades que vive cada uno de las personas con discapacidad. Es por ello que se puede manifestar entre ellas las siguientes:

- Discapacidades físicas: las que más predominan son las de movilidad de segmentos corporales, entre ellos los que tienen que ver con la locomoción y la motricidad gruesa.
- Discapacidades viso motrices: pues afectan de alguna manera su ubicación, desplazamientos y manipulación de objetos, y accesorios encontrados en las vías públicas, aceras, andenes, etc.
- Discapacidades auditivas: en un número menor, pero que afectan de alguna manera su relación cotidiana con los demás.
- Discapacidades psicológicas: en un grado ínfimo y se refieren a las que tienen que ver con la dificultad de hacer frente a la situación de discapacidad que padecen.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Existen diferentes procedimientos para la evaluación de las principales áreas de diagnóstico, especialmente para las aptitudes motrices, intelectuales, y los trastornos psicomotrices asociados a las limitaciones físicas. Estos son:

- La entrevista
- La observación directa
- Los registros

Entre las consideraciones para la evaluación, se consideró lo siguiente:

- Deben tener en cuenta la existencia de deficiencias específicas en audición, visión, movilidad y deben adaptarse a las diferencias sociales, culturales o lingüísticas que puedan existir. Las personas encargadas de evaluar tanto el funcionamiento físico como las habilidades adaptativas deben ser capaces de distinguir lo que constituyen limitaciones en áreas intelectuales o adaptativas de lo que suponen problemas asociados con dificultades sensoriales o físicas y deben también ser sensibles al entorno en el que se desenvuelve el sujeto.
- Se debe derivar a especialistas adecuadamente entrenados a toda persona sospechosa de un problema auditivo, de salud o de cualquier otro, para garantizar que se tomen las consideraciones especiales necesarias en la evaluación.

En la clasificación y descripción se puede identificar los puntos fuertes y limitaciones del individuo en cada una de las siguientes dimensiones:

- Capacidades Físicas
- Conducta adaptativa
- Participación, interacción y roles sociales
- Salud (física, mental y etiología)
- Contexto (ambiental y cultural)

Hay que tomar en cuenta que el proceso de evaluación en esta ocasión debe centrarse tanto en las limitaciones del individuo como en sus capacidades, y que lo esencial es obtener datos que permitan desarrollar un perfil adecuado de apoyos. Los evaluadores deben pensar en cuales son los apoyos que el individuo requerirá para mejorar su funcionamiento en la vida.

Dentro del perfil de necesidades de apoyo, se identifica el tipo de apoyos necesarios, la intensidad de apoyos necesaria y la persona responsable de proporcionar el apoyo en cada uno de las nueve áreas de apoyo:

1. Desarrollo humano
2. Enseñanza y educación
3. Vida en el hogar
4. Vida en la comunidad
5. Empleo
6. Salud y seguridad
7. Conductual
8. Social
9. Protección y defensa

En relación a la conducta adaptativa, se entiende como “el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria”. Las limitaciones en la conducta adaptativa afectan tanto a la vida diaria como a la habilidad para responder a los cambios en la vida y a las demandas ambientales.

Una dimensión que también entra en la evaluación, es la participación, interacciones y roles sociales, a diferencia de los anteriores, que se centran en la persona o ambiente, para conocer las interacciones con los demás y el rol social desempeñado, destacando así la importancia que se concede a estos aspectos en relación con la vida de la persona. La participación se evalúa por medio de la observación directa de las interacciones del individuo con su mundo material y social en las actividades diarias. Puede referirse a aspectos personales, escolares, laborales, comunitarios, de ocio, espirituales y de otro tipo.

Una cuarta dimensión se refiere a la salud, y es que la preocupación de los individuos con discapacidad intelectual se basa en que pueden tener dificultad para reconocer problemas físicos y de salud mental, en gestionar su atención en el sistema de salud o en la atención a su salud física, en comunicar síntomas y en la comprensión de los planes de tratamiento.

La evaluación de la dimensión salud se presenta como una tarea especialmente complicada en primer lugar por la ausencia de instrumentos y sobretodo porque, además de las complicaciones físicas que pudieran derivarse de la etiología de la discapacidad física, se puede encontrar con que ésta aparece acompañada de un trastorno mental.

La última dimensión que es la que tiene que ver con el contexto (ambientes y cultura) se convierte en una tarea compleja, pues ha de centrarse en los cambios observados en dicho funcionamiento una vez ofrecidos los apoyos necesarios.

4. 1 Análisis e interpretación de resultados

4.1.1 Resultados de la encuesta aplicada a las personas con discapacidad de la parroquia rural San Pedro de Pataquí



Gráfico 1: Distribución de pacientes con discapacidad de acuerdo a la Nacionalidad de la parroquia San Pedro de Pataquí 2015

Año 2015 Fuente: encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

El 100% de las personas con discapacidad encuestados en la parroquia San Pedro de Pataquí, son ecuatorianos. De lo visto en el gráfico anterior, se puede indicar que toda la población es nativa de la zona y no hay presencia de extranjeros discapacitados.

Conforme el Censo de población y Vivienda 2010 realizado por el INEC, la población de Pataquí es oriunda de la provincia de Imbabura mayoritariamente (269 personas). Noventa y dos de las cuales, corresponden a sexo masculino. Pichincha es otro de los puntos de origen de los parroquianos, al provenir de esta provincia 69 personas. De los cuales 34 son de sexo femenino. Apenas 1 persona es originaria de Chimborazo.

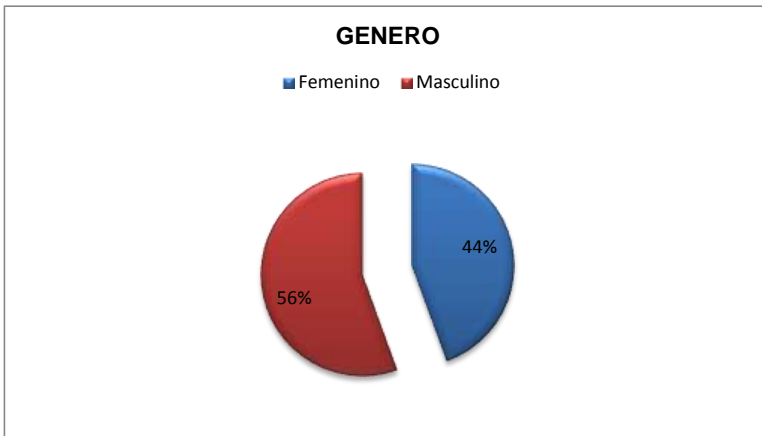


Gráfico 2: Distribución de las personas con discapacidad según género parroquia San Pedro de Pataquí 2015
 Año 2015 Fuente: encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

Del total de encuestados el 56% pertenece al género masculino, mientras que el 44% al género femenino. Por lo visto en el gráfico anterior, se puede deducir que la mayor incidencia de la discapacidad se puede observar en el género masculino que en el femenino.

De acuerdo al INEC del 2011, 25 personas tienen discapacidad permanente más de un año dividido en 16 hombres y 8 mujeres y 90 personas que no supieron responder divididas en 41 hombres y 49 mujeres.
 (INEC 2011)



Gráfico 3: Distribución de pacientes con discapacidad según las Etnias de la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

Del total de encuestados el 8% se considera de raza blanca, mientras que el 3% son indígenas y el 89% mestizos.

Por lo visto en el gráfico anterior se deduce que la mayoría de la población en estudio pertenece a la raza mestiza, mientras que unos pocos a la blanca e indígena.

Conforme el Censo 2011 la población en Pataquí se considera mayoritariamente mestiza con 94 hombres y 103 mujeres, indígenas 24 hombres y 31 mujeres y blancos 10 hombres y 7 mujeres. (INEC 2011)



Gráfico 4: Distribución de pacientes con discapacidad según los sectores donde habitan de la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

Del total de encuestados el 100% viven en el sector rural. El estudio se realizó con población del sector rural en su totalidad.

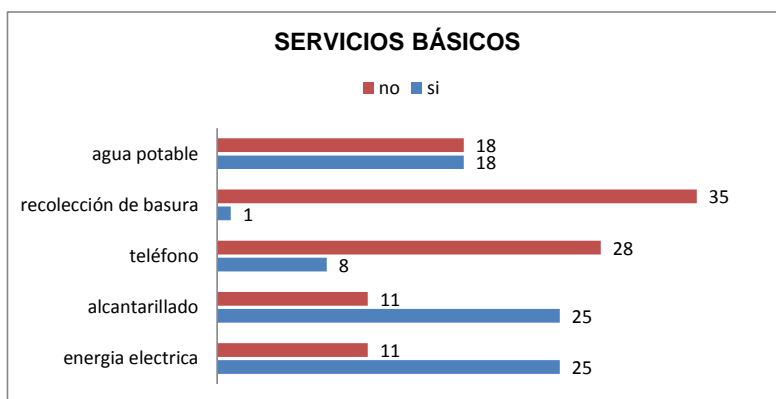


Gráfico 5: Distribución de los pacientes con discapacidad que obtienen servicios básicos de la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

Del total de encuestados el 50% tiene acceso al agua potable; el otro 50% no lo tiene; en cuanto a recolección de basura, el 97% no tiene ese servicio; el 3% si lo tiene; en relación al uso de servicios telefónicos, el 22% si tiene línea telefónica; el 78% no; alcantarillado el 70% si dispone; el 30% no; energía eléctrica, el 70% si tiene; el 30% no. Por lo visto anteriormente, se puede deducir que la mayoría de la población si tiene acceso a la mayoría de los servicios básicos.

Se observan en agua potable y alcantarillado, donde, pese a los avances alcanzados, el déficit afecta a alrededor del 45% de las viviendas, y el avance en la última década ha sido pequeño (cerca del 6%). En el servicio de recolección de basura el déficit es menor (23%) y la mejora intercensal es grande (15%). Los resultados más favorables se observan en el campo de la electrificación, ya que en 2010 el 93% de las viviendas del país disponían de este servicio público, y aun en el sector rural la cobertura llegó al 87%(INEC POBLACION Y VIVIENDA 2010)

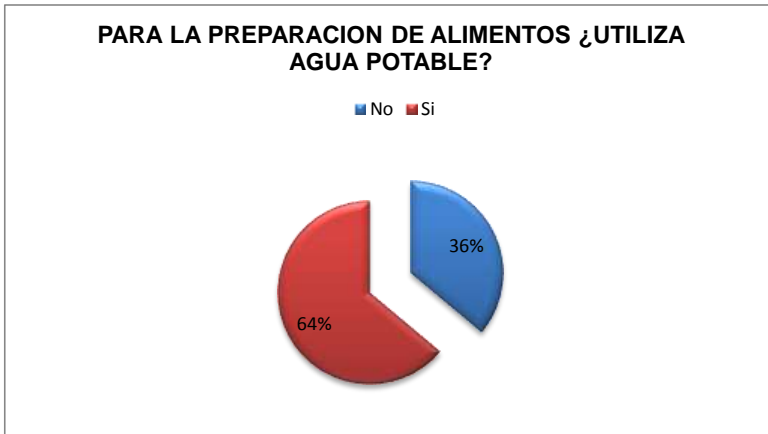


Gráfico 6: Distribución de los pacientes con discapacidad que usan agua potable para preparar los alimentos en parroquia San Pedro de Pataquí 2015.

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

Del total de encuestados el 64% de ellos utiliza agua potable para la preparación de sus alimentos; el 36% no lo hace.

Se puede deducir que casi las dos terceras partes de la población estudiada, hacen uso del agua potable, mientras que la restante tercera parte no lo hace.

El déficit cualitativo habitacional en el Ecuador continúa siendo alto. Aproximadamente el 45% de las viviendas en el país carecen todavía de agua potable y alcantarillado (INEC 2010)



Gráfico 7: Distribución de los pacientes que tienen residencia en la parroquia San Pedro de Pataquí 2015

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis E Interpretación De Resultados

Del total de encuestados el 97% de ellos vive en una casa; el 3% lo hace en un cuarto.

La mayoría de la población en estudio habita en una casa, solo un pequeño porcentaje no lo hace.

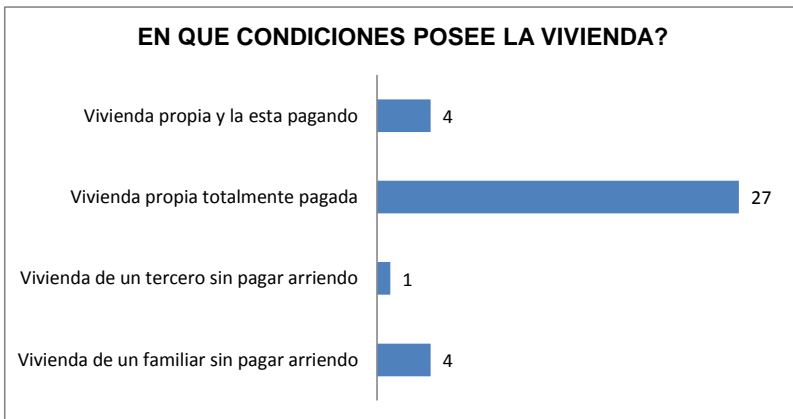


Gráfico 8: Distribucion de los pacientes con discapacidad de acuerdo a las condiciones de la vivienda de la parroquia San Pedro de Pataqui 2015.

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

Del total de encuestados el 11% de ellos vive en una casa propia, pero sigue pagando; el 75% tiene vivienda propia pagada en su totalidad; el 3% vive en vivienda de terceros pero no paga arriendo; y el 11% en vivienda de un familiar sin pagar arriendo. La mayoría de ellos no paga arriendo.

Calidad de la vivienda Los indicadores se agrupan en dos clases. Los cuatro primeros se refieren a infraestructura habitacional (agua, alcantarillado, electricidad y recolección de basura), y los restantes a la calidad de la vivienda (paredes, piso, servicio higiénico y personas por cuarto). El segundo grupo muestra carencias menores y mejoras considerables en el último intervalo censal (cuadros 2 y 3). El porcentaje de viviendas sin hacinamiento ascendió del 85% al 92%, y en 2010 el 79% de las viviendas tenían paredes adecuadas, el 91% disponían de pisos adecuados y el 82% contaban con servicio higiénico exclusivo. Las regiones más críticamente afectadas por carencias en la calidad de la vivienda son la Amazonía rural y la Costa rural. (INEC población y vivienda 2010)

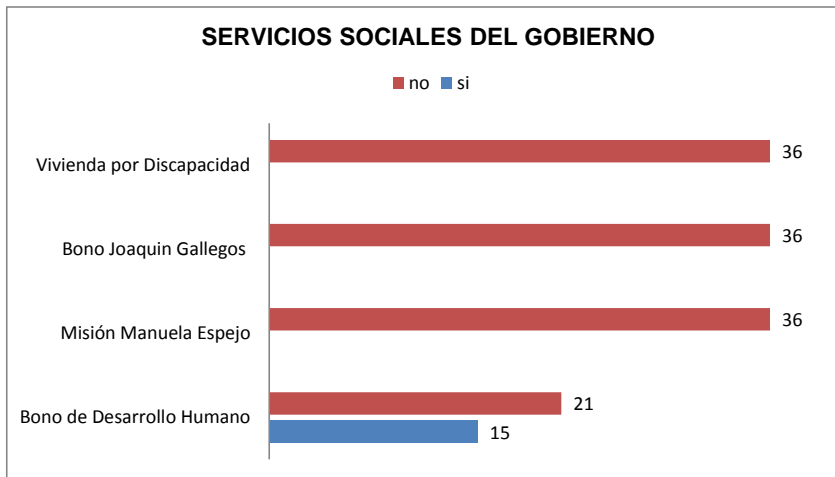


Gráfico 9: Distribucion de los pacientes con discapacidad que son beneficiarios de algún servicio social del gobierno Parroquia San Pedro de Pataqui 2015.

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis E Interpretación De Resultados

Del total de encuestados, el 100% de ellos no recibe bono Joaquín Gallegos, no es asistido por la Misión Manuela Espejo, ni ha recibido vivienda por discapacidad; en cuanto al bono de desarrollo humano el 58% recibe y el 42 % no lo recibe.

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

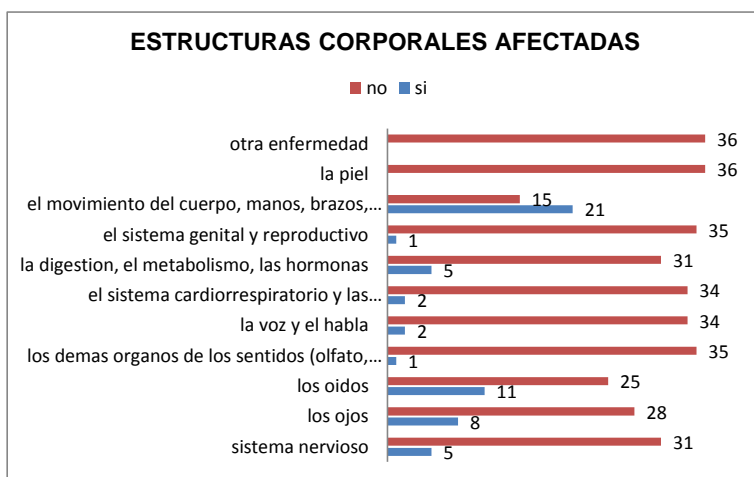


Gráfico 10: Distribución de los pacientes con discapacidad según las estructuras corporales afectadas de la parroquia San Pedro de Pataqui 2015.

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

Del total de encuestados, el 100% de ellos no tiene afecciones de la piel; el 58% tiene problemas de movimiento en sus brazos, piernas, cuerpo y manos: en el sistema genital y reproductivo un 3%; el relación a la digestión, metabolismo y hormonas el 14%; del sistema cardiorrespiratorio y defensas el 5%; estructuras de la voz y el habla, el 5%; en lo que tiene que ver con los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, gusto), el 3%; de los oídos el 30%; estructuras de los ojos, el 30%; y finalmente del sistema nervioso, el 14%.

La incidencia se observa el 14% alteraciones en la vista, el 10% alteraciones en la voz y habla, el 9% alteraciones de audición, el 5% en el sistema cardiorrespiratorio y las defensas, el 4% en la digestión, el metabolismo, las hormonas y otro tipo de enfermedad(Monje2013)

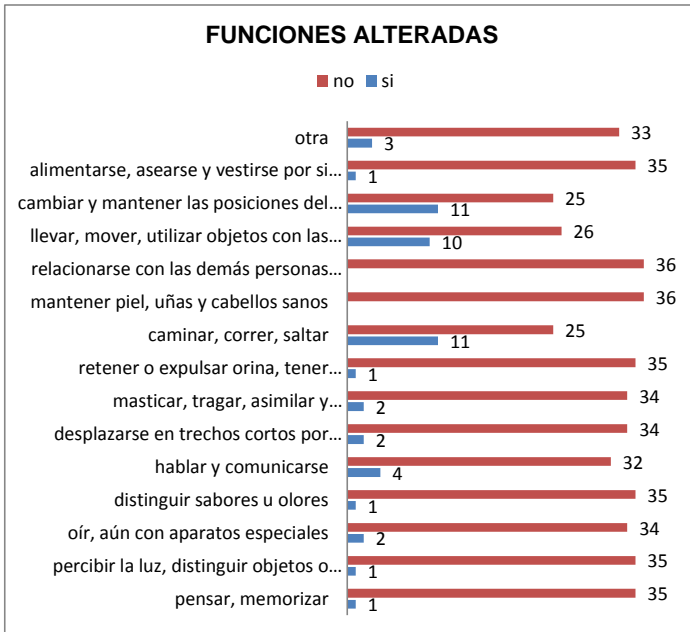


Gráfico 11: Distribución de los pacientes con discapacidad según las funciones más alteradas de la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

Del total de personas en estudio, se puede observar que las funciones de mantener, cambiar, utilizar objetos con las manos afecta al 30%; funciones como saltar, correr, caminar, afecta a otro 30%, mientras que el 28% es afectado al llevar, mover, utilizar objetos con las manos; en menor proporción hablar, comunicarse, oír, masticar, tragar, etc.

De lo anterior, se puede deducir que las funciones más alteradas tienen que ver con los movimientos, del cuerpo y de los brazos y piernas.

Según la fundación Manuela Espejo la condición de salud de mayor prevalencia es físico motora en el Ecuador (Monje 2013)



Gráfico 12: Distribución de los pacientes con discapacidad según las personas que dificultan la rehabilitación en la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

Todas las personas que intervienen en el estudio manifestaron que existen varias personas que pertenecen a amigos, familiares, compañeros, funcionarios, empleados y otros, que no ayudan al paciente en su recuperación.

De lo anterior se deduce que la mayoría de ellos no tiene el apoyo y estímulo que debe recibir de personas cercanas.

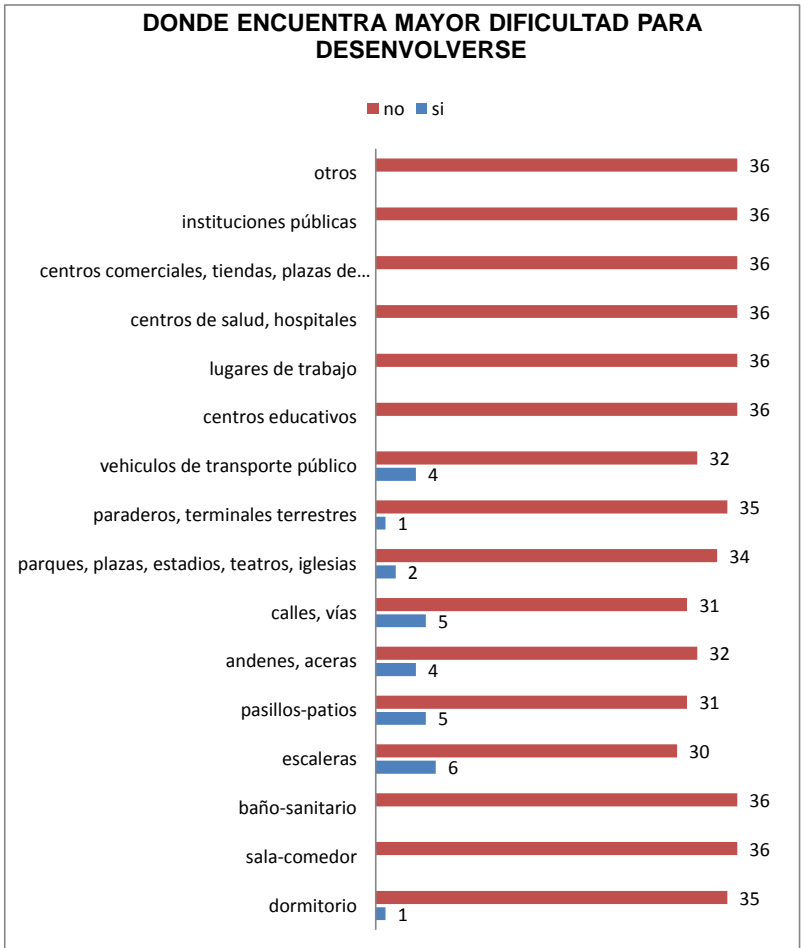


Gráfico 13: Distribución de los pacientes con discapacidad de acuerdo a los sitios donde encuentra mayor dificultad para desenvolverse en la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

Del cuadro anterior se puede observar que las personas encuentran mayor dificultad para desenvolverse en las escaleras con el 17%; calles y vías públicas, junto con pasillos y patios con el 14%; lugares de trabajo, vehículos de transporte público, andenes y aceras con el 11%; teatros, iglesias, parques, estadios con el 5% y paraderos, terminales terrestres con el 3%. En forma general se refiere a problemas que tienen que ver con la locomoción y desplazamiento. Se debe considerar que dentro del complejo funcionamiento de una ciudad, existe un porcentaje significativo de personas que no gozan de una “accesibilidad” justa a participar de los diferentes espacios que constituyen nuestras ciudades. Pensemos que dentro del gran número de habitantes de nuestras localidades hay personas que se ven afectadas por las denominadas Barreras Arquitectónicas. Se trata de personas con discapacidad, tercera edad o incluso niños que son “víctimas” de los diseños. (Asociación de Derecho y Discapacidad)



Gráfico 14: Distribución de los pacientes con discapacidad de acuerdo al Servicios básicos a su nombre en la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

Del total de personas discapacitadas encuestadas, el 36% de ellos manifestó que sí tenía servicios básicos puestos a su nombre; el 64% dijo que no.

De lo anterior se deduce que un tercio de la población discapacitada es propietaria de algún tipo de servicio básico.

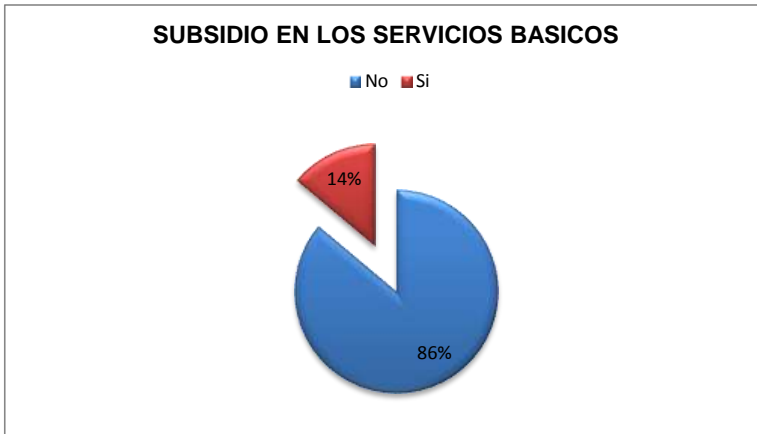


Gráfico 15: Distribución de los pacientes con discapacidad según el subsidio que recibe en la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

Del total de personas encuestadas se encontró que el 14% de ellos recibe subsidio en los servicios básicos, el 86% no lo recibe.

Por lo visto anteriormente, la gran mayoría de la población discapacitada no cuenta con los servicios básicos.

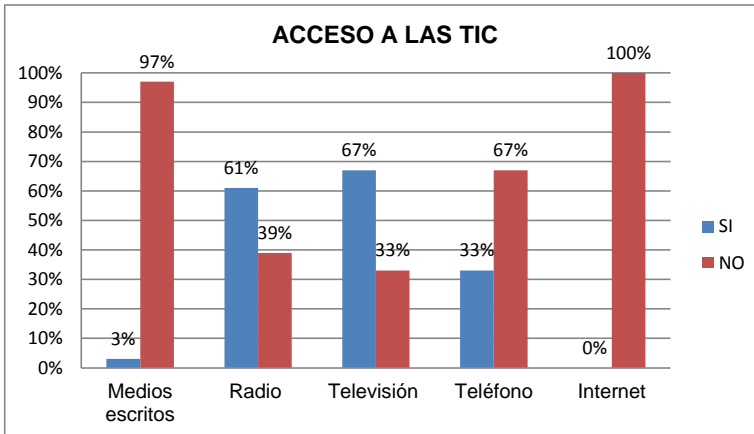


Gráfico 16: Distribución de los pacientes con discapacidad con acceso a las TIC en la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

Del total de discapacitados encuestados, el 3% tiene acceso a los medios escritos, el 97% no; a la radio, el 61% si, el 39% no; a la televisión, el 67% si, el 33% no; al teléfono, el 33% si, el 67% no; al internet ninguno tiene acceso.

Son pocas las personas que se comunican por el medio escrito. De lo anterior se deduce que a la tecnología de los últimos años no tienen acceso.



Gráfico 17: Distribución de los pacientes con discapacidad según los ingresos económicos en la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

Del total de personas con discapacidad encuestados, el 72% de ellos no percibe remuneración alguna; el 17% recibe un salario de 0 a 100 dólares y el 11% un ingreso mensual entre 100 y 350 dólares.

Se puede observar por lo anterior, que la mayor parte de la población discapacitada, no puede valerse por sí misma.

El 20% del total de hogares, que corresponde a la Clase Pobre, tiene una población equivalente al 27% del total de la población urbana del Ecuador, y esta población apenas si percibe el 9% de los ingresos totales que se generan en el país. Es decir que cada persona percibe un equivalente de 0,33 (LA DISTRIBUCIÓN DE INGRESOS EN EL ECUADOR Econ. Gastón Acosta C.)

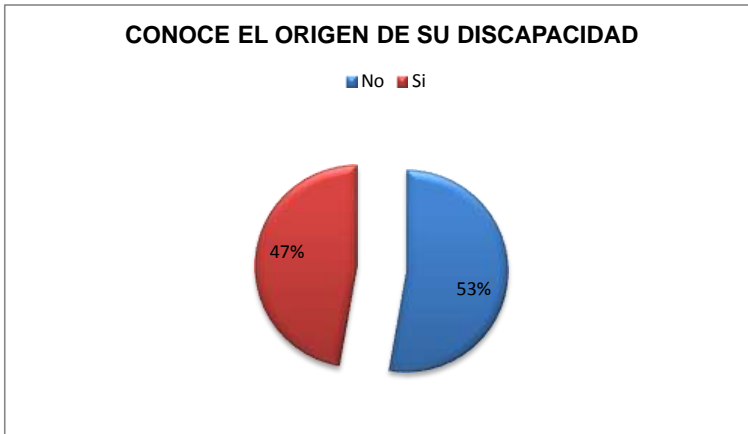


Gráfico 18: Distribución de los pacientes que tienen conocimiento del origen de su discapacidad en la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

Del total de personas discapacitadas encuestadas, el 47% de ellos si conoce el origen de su discapacidad: el 53% no lo sabe.

De lo anterior se deduce que menos de la mitad de la población discapacitada no averigua y no conoce de donde proviene su problema de discapacidad por la falta de educación que no sabe ni leer, ni escribir.

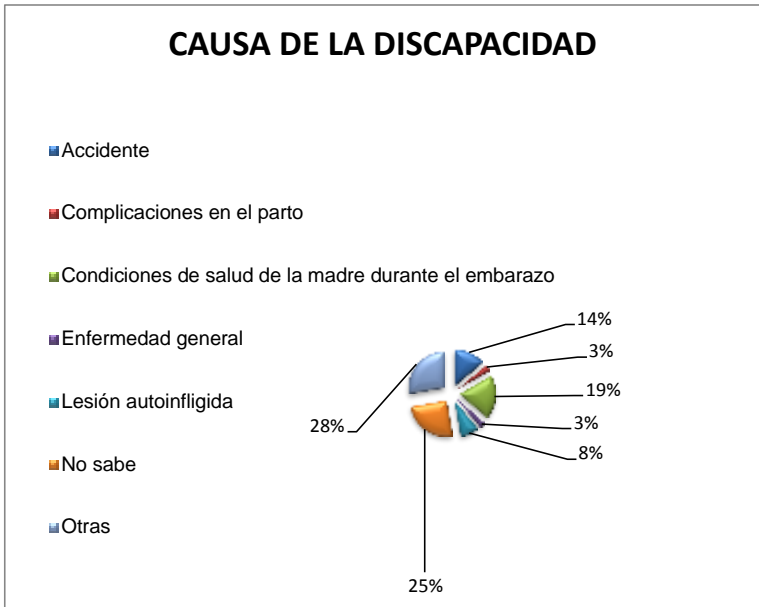


Gráfico 19: Distribución de los pacientes que conocen las causas de su discapacidad en la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

Del total de discapacitados encuestados, el 14% dice que su discapacidad proviene de accidentes; el 3% de complicaciones en el parto; un 19% de las condiciones de salud de la madre durante el embarazo; el 3% por enfermedad en general; el 8% por lesión autoinfligida; el 25% no lo sabe y el 28% por otras causas.

De lo anterior la causa más grave es porque no saben informarse de cómo proviene su discapacidad.



Gráfico 20: Distribución de los pacientes con antecedentes familiares de discapacidad en la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

De la totalidad de personas discapacitadas encuestadas, el 58% tiene familiares con discapacidad; el 34% no tiene y el 8% no sabe.

De lo anterior se deduce que existe un gran porcentaje en las familias de personas discapacitadas.

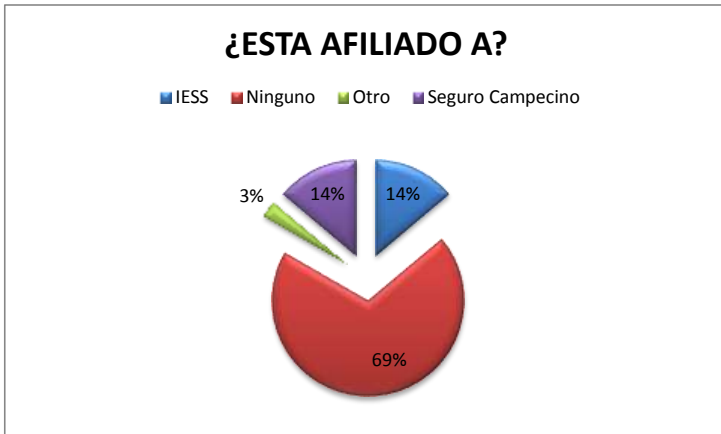


Gráfico 21: Distribución de los pacientes con discapacidad que pertenecen a algún tipo de seguro en la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

De la totalidad de personas encuestadas, el 69% no está afiliado a ningún tipo de seguro; el 14% pertenece al IESS; un 14% más pertenece al Seguro Social Campesino, y el 3% no se encuentra afiliado.

De lo anterior, se puede deducir que más de la mitad de la población encuestada no tiene acceso a la Seguridad Social.

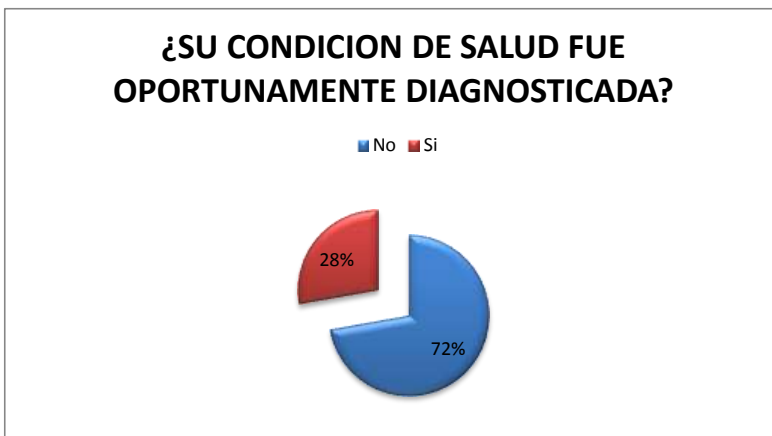


Gráfico 22: Distribución de los pacientes con discapacidad que fueron oportunamente diagnosticados de la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

De la totalidad de encuestados, el 72% indica que su condición de salud no fue oportunamente diagnosticada; el 28 % indica que sí.

De lo observado en el gráfico anterior, se puede deducir que la mayor parte de personas no se hicieron atender oportunamente para diagnosticar su enfermedad.



Gráfico 23: Distribución de los pacientes que han recibido capacitación sobre la discapacidad de la parroquia San Pedro de Pataquí 2015

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

De la totalidad de encuestados, el 17% ha recibido orientación en relación al manejo de la discapacidad; el 83% restante no ha recibido.

De lo anterior, se puede deducir que la mayoría de la población discapacitada no sabe cómo hacer frente su situación actual.



Gráfico 24: Distribución de los pacientes con discapacidad que en el último año recibió atención general en salud de la parroquia San Pedro de Pataquí 2015

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

De la totalidad de personas con discapacidad encuestados, el 81% manifiesta que sí ha recibido atención en salud durante el último año; el 19% indica que no.

De lo observado, se puede decir que la mayoría de las personas fueron atendidas.

¿LE ORDENARON USAR AYUDAS ESPECIALES PRÓTESIS O MEDICAMENTO PERMANENTES?

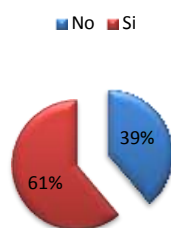


Gráfico 25: Distribución de los pacientes con discapacidad que deben usar ayudas especiales como prótesis o medicina permanente de la parroquia San Pedro de Pataquí 2015

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

De la totalidad de personas con discapacidad encuestada, el 61% indica que si le ordenaron usar algún tipo de ayuda, prótesis o medicina en forma permanente.

Ya que en el último año la mayoría de personas si recibió atención general en salud, se deduce que deben usar prótesis y medicamentos permanentes.

¿UTILIZA ACTUALMENTE AYUDAS ESPECIALES, PROTESIS O MEDICAMENTOS PERMANENTES?

■ No ■ Si

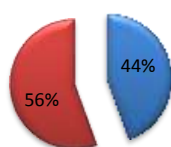


Gráfico 26: Distribución de los pacientes con discapacidad que utilizan ayudas especiales como prótesis o medicina permanente de la parroquia San Pedro de Pataquí 2015

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

De todas las personas encuestadas, el 56% utiliza en la actualidad prótesis, ayudas especiales o medicina permanente; el 44% no utiliza.

De esto se deduce que más de la mitad de la población tiene necesidad de usar medicina y ayudas especiales.



Gráfico 27: Distribución de los pacientes con discapacidad requieren ayuda permanente de otra persona de la parroquia San Pedro de Pataquí 2015
 Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

Del total de personas encuestadas, el 33% requiere ayuda permanente de otra persona; el 67% no necesita.

Se puede deducir que un tercio de la población discapacitada encuestada no puede valerse por sí misma y requiere ayuda.

¿CUAL ES LA PERSONA QUE MAS LE AYUDA PARA DESARROLLAR SUS ACTIVIDADES?

- Algún miembro del hogar
- No necesita ayuda permanente de otra persona
- Otra

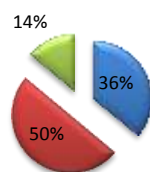


Gráfico 28: Distribución de los pacientes con discapacidad que reciben ayuda de personas en sus actividades de la parroquia San Pedro de Pataquí 2015.

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

En la totalidad de personas encuestadas, el 36% de ellos es ayudado por algún miembro familiar; el 14% por otra persona que no es familiar y el 50% restante no necesitan ayuda.

De lo observado en el cuadro anterior, se puede deducir que la mitad de la población discapacitada tiene la necesidad de ser ayudados por alguna persona.



Gráfico 29: Distribución de los pacientes con discapacidad que se están recuperando de la Parroquia San Pedro de Pataqui 2015

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

De la totalidad de encuestados se encontró que un 22% de ellos se están recuperando; el 78% no.

De esto se puede decir que la mayoría de las personas al no tener acceso a rehabilitación no hay recuperación.

PRINCIPALMENTE, ¿A QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION?

- A la acción de la medicina alternativa
- A los servicios de salud y rehabilitación recibidos
- Al apoyo de la familia
- No se esta recuperando
- Otro

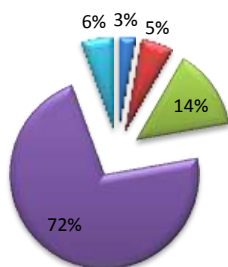


Gráfico 30: Distribución de los pacientes con discapacidad de acuerdo a los factores que contribuyen a la recuperación de la Parroquia San Pedro de Pataqui 2015

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

De la totalidad de encuestados, el 3% atribuye su recuperación a la acción de la medicina alternativa; el 5% a los servicios de salud; el 14% al apoyo de la familia; el 6% a otro tipo de ayuda y el 72% no se está recuperando.

De esto se deduce que la mayoría de la población encuestada necesita ayuda para su recuperación.



Gráfico 31: Distribución de los pacientes con discapacidad que tienen acceso a la medicina física y de rehabilitación de la Parroquia

San Pedro de Pataquí 2015

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

Del total de personas encuestadas, ninguna tiene acceso a medicina física y de rehabilitación.

De esto se deduce que San Pedro de Pataquí necesita un centro de salud adecuado.

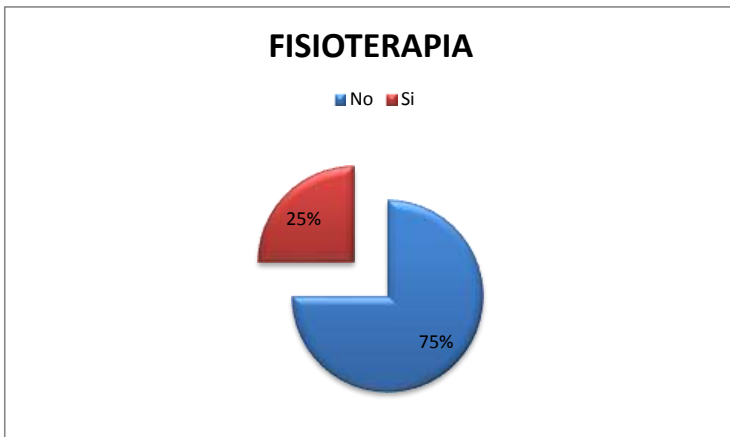


Gráfico 32: Distribución de los pacientes con discapacidad que ven necesario el servicios de fisioterapia de la Parroquia San Pedro de Pataqui 2015.

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

Del total de encuestados, el 25% de ellos necesita atención en el área de Fisioterapia; el 75% no lo necesita.

De esto se deduce que se debe integrar servicios de este tipo para mejorar la salud de los pacientes.



Gráfico 33: Distribución de los pacientes con discapacidad que ven necesario la terapia ocupacional en la Parroquia San Pedro de Pataqui 2015.

Año 2015 Fuente: Encuesta de discapacidad UTN

Análisis e interpretación de resultados

De la totalidad de personas discapacitadas encuestadas, el 6% cree conveniente utilizar terapia ocupacional; el 94% no lo cree así.

De esto se deduce que no existe mayor problema en el área ocupacional.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- La población de la Parroquia rural de Pataquí, presenta un porcentaje bajo de discapacidad, a pesar de los bajos recursos económicos generados por su población a todo lo cual se suma la presencia de vías de segundo orden, que no permiten el fácil traslado de las personas con discapacidad a los servicios de salud y lo que conllevó a que no obtuvieran un diagnóstico oportuno.
- A través de los servicios públicos existentes en la zona, la mayoría las personas con discapacidad se han visto favorecidas en el servicio de alcantarillado y energía eléctrica, la mitad con agua potable y en cierta forma con lo cual han logrado satisfacer algunas demandas de diferente tipo, permitiendo que esta población tengan cierta estabilidad en su vivir, al margen de las actitudes negativas de familiares y vecinos que denigran su desenvolvimiento en la sociedad y prestan poco apoyo para su recuperación.
- Las alteraciones que más afectan a la población con discapacidad de la Parroquia rural de Pataquí, son el movimiento del cuerpo, habla y visión; teniendo como barreras aun sin superar, el entorno donde la persona con discapacidad se desenvuelve, lo que impide en la mayor de las ocasiones que ejecute con normalidad sus actividades de la vida diaria.

- Las personas con discapacidad no han sido beneficiarios de la educación que el Estado ha implementado en la zona, es así que en su mayoría tienen un nivel de instrucción baja, debido a que muchos de ellos no cursaron estudios debido a su discapacidad, lo que desencadena un alto índice de analfabetismo.
- Finalmente, se concluye que la mayoría de las personas con discapacidad no tienen actividades económicas estables, por lo que sus ingresos mensuales no están asegurados, esto lleva a que sus padres cubran sus necesidades, y de allí que no se han preparado debidamente, para afrontar de manera adecuada una vida de trabajo con las limitaciones de que son objeto

5.2 Recomendaciones

- Promover en los profesionales del área de terapia física la importancia del estudio de la discapacidad, teniendo en consideración la clasificación internacional de funcionalidad de la discapacidad dentro de la provincia como del país y del mundo entero.
- Orientar y capacitar a la sociedad de tal manera que permitan la integración y la consideración igualitaria de las personas con discapacidad, implementando más programas de ayuda asistencial y servicios que faciliten el libre acceso a áreas de salud y al entorno donde se desenvuelven las personas con discapacidad.
- Motivar la inserción laboral de las personas con discapacidad dentro de las instituciones públicas como privadas, respetando su condición y admitiendo una libre participación y ejecución de actividades, dentro de un puesto de trabajo de acuerdo a sus necesidades y funcionalidad.

- Elaborar programas de orientación a la ciudadanía a cerca de la no discriminación y exclusión de las personas con discapacidad salvaguardando sus derechos y garantizando su participación dentro de un marco de justicia y equidad.
- Continuar con este tipo de investigaciones, para utilizar los datos obtenidos de las personas con Discapacidad que habitan en la Parroquia rural de Pataquí, Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura, y enfocar políticas de derecho e inserción laboral por parte de las autoridades gubernamentales, con el fin de mejorar su calidad de vida y las de sus familiares.

BIBLIOGRAFÍA Y LINKOGRAFÍA

- apdis.es. (s.f.). *Discapacidad Psíquica y Mental*. Obtenido de http://www.apdis.es/discap_amp.php?codPK=2
- Atendiendo necesidades. blogspot.com. (2014). *Discapacidad visual* . Obtenido de <http://atendiendonecesidades.blogspot.com/2012/11/discapacidad-visual.html>
- atendiendo necesidades. blog spot.com. (2014). *Discapacidad auditiva*. Obtenido de <http://atendiendonecesidades.blogspot.com/2012/11/discapacidad-auditiva.html>
- Collado, H. (2013). *Situación Mundial de la Discapacidad* . Obtenido de <http://www.bvs.hn/Honduras/Discapacidad/Docentes/Situacion%20Mundial%20de%20la%20Discapacidad.pdf>
- Comunidad de Madrid. (2008). *Plan de Acción para las personas con discapacidad* . Obtenido de http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadervalue1=filename%3D2-CONCEPTO+DE+DISCAPACIDAD_2.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310853507259&ssbinary=true
- CONADIS. (2013). *Porcentajes de discapacidad*. Obtenido de <http://www.conadis.gob.ec/investigacion04.htm>
- CONADIS. (2015). *Personas con discapacidad por provincia*. Obtenido de http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/09/estadistica_conadis.pdf
- Del Aguila, L. (2007). *Investigación sobre un aspecto fundamental de la condición humana*. Lima.
- derechodiscapitadosuniandes.blogspot.com. (s.f.). *Derechos de los discapacitados* . Obtenido de <http://derechodiscapitadosuniandes.blogspot.com/>
- Discapacidad online.com. (s.f.). *Parálisis cerebral*. Obtenido de <http://www.discapacidadonline.com/discapacidad-fisica.html>

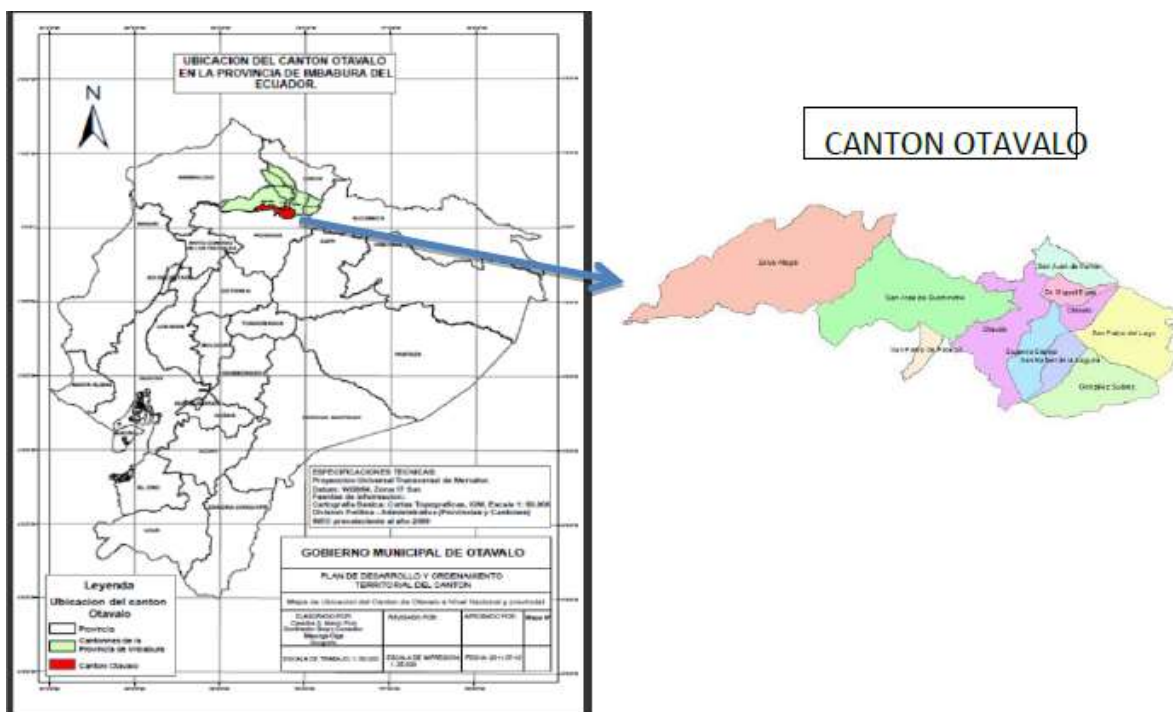
- Doyle, & Wong. (1996). *Mismatch between aspects of hearing impairment and hearing disability/handicap in adult/ elderly*.
- Figueroa, E. (2014). *Educación de las personas acerca de la discapacidad en el Gobierno autónomo descentralizado de OTAVALO*. Obtenido de <http://www.otavalo.gob.ec/>
- Gobierno del Ecuador. (2012). *Ley orgánica de discapacidades del Ecuador* . Obtenido de http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf
- Guerra, P. (2011). *Análisis de los diagnósticos de discapacidades en la provincia del Azuay y propuesta de desarrollo de tecnologías inclusivas* . Azuay.
- inteligenciaraujo.com. (s.f.). *Discapacidad intelectual* . Obtenido de <http://inteligenciaraujo.neosites.com/discapacidad-intelectual>
- Jackson, D. (2007). *Teoría de la comunicación*. BARCELONA: HERDER.
- Krug, E. (09 de 2013). *Diario Excelsior* . Obtenido de <http://www.excelsior.com.mx/global/2013/09/19/919437>
- la discapacidad.com. (s.f.). *Artes de la discapacidad física*. Obtenido de <http://www.ladiscapacidad.com/discapacidad/discapacidadfisica/discapacidadfisica.php>
- la discapacidad.com. (s.f.). *Mal de Parkinson*. Obtenido de <http://www.ladiscapacidad.com/discapacidad/discapacidadfisica/maldeparkinson/maldeparkinson.php>
- la discapacidad.com. (s/f). *Esclerosis múltiple*. Obtenido de <http://www.ladiscapacidad.com/discapacidad/discapacidadfisica/esclerosismultiple/esclerosismultiple.php>
- la discapacidad.com. (s/f). *Lesión medular* . Obtenido de <http://www.ladiscapacidad.com/discapacidad/discapacidadfisica/lesionmedular/lesionmedular.php>
- Mathers, Murray, & López. (2006). *The burden of disease an mortality by condition: data, methods and results for 2001*. Oxford.
- Oliver, M. (1990). *The politics of disablement* . London: Macmillan Press.

- Organización Mundial de la Salud . (1999). *Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad*. Obtenido de http://www.insor.gov.co/descargar/ciddm_deficiencia_minusvalias.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe mundial sobre la Discapacidad*. Obtenido de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*.
- Quinn. (2002). *A survey of international, comparative and regional disability law reform*. Breslin.
- Samaniego. (2005). *Personas con discapacidad y acceso a servicios educativos en Latinoamérica*.
- Sierra, O. (s.f.). *Discapacidad intelectual*. Obtenido de <http://atendiendonecesidades.blogspot.com/2012/11/distintos-tipos-de-discapacidad-y-sus-caracteristicas.html>
- Telecentro para todos.com. (s/f). *Discapacidad física*. Obtenido de <http://www.telecentros.org/telecentros/secao=202&idioma=es¶metro=11554.html>
- Unidad de Educación Especial del Ministerio de Educación Colombia . (2004). *Orientaciones Técnicas para la evaluación diagnóstica de estudiantes con necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad intelectual*. Obtenido de http://portales.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201307051012090.Orientaciones_Discapacidad_Intelectual_.pdf
- Vargas, V. (2014). *Discapacidad*. Obtenido de <https://prezi.com/vubglyhmbhla/cuando-hablamos-de-discapacidad-motriz-debemos-entender-a-es/>
- Vásquez, A. (2010). *La discapacidad en América Latina* . Obtenido de http://publications.paho.org/spanish/PC+616_Disc_America_Latina.pdf

Yovani. (1990). *Tipos de discapacidad*. Obtenido de
<http://www.buenastareas.com/ensayos/Tipos-De-Discapacidad/6337365.html>

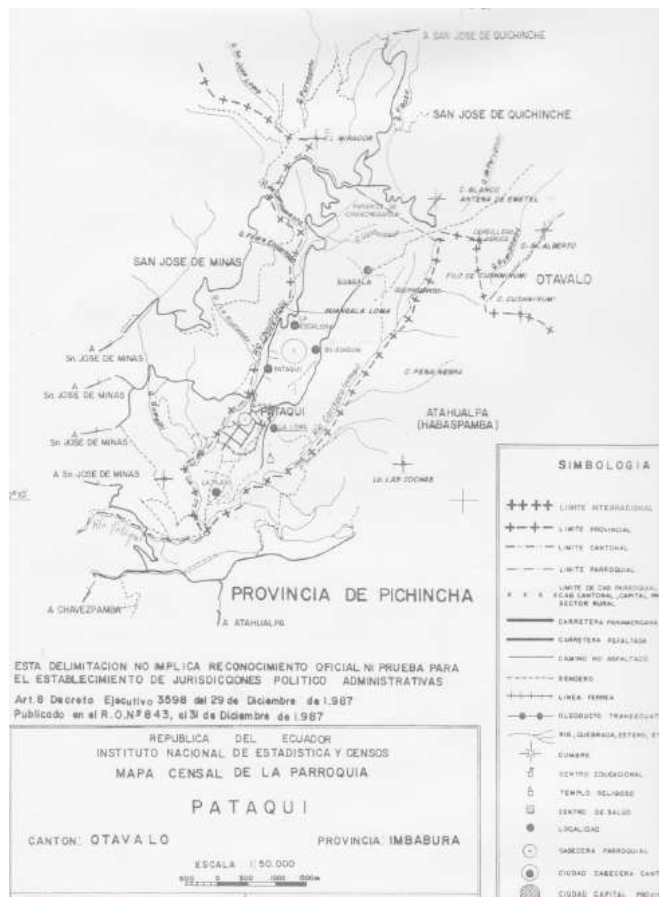
ANEXOS

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



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

Anexo 2: Mapa censal de la parroquia san Pedro de Pataquí



FUENTE: INEC

Anexo 3 : Cuadro de prevalencia por discapacidad en latinoamerica.

Cuadro 3. Prevalencia de la discapacidad por país

<i>País</i>	<i>Total de personas discapacitadas</i>	<i>Porcentaje</i>
Argentina	2.217.500	6,80
Bolivia	741.382	9,26
Brasil	10.000.000	6,00
Chile	958.500	6,39
Colombia	4.992.000	12,00
Costa Rica	363.480	9,32
Ecuador	1.636.800	13,20
Guatemala	1.887.000	17,00
Honduras	700.000	14,00
México	10.000.000	10,00
Nicaragua	593.880	12,12
Perú	7.882.560	31,28
Uruguay	495.000	15,00
Venezuela	2.370.000	10,00

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

Anexo 4: Porcentaje de personas con discapacidad por provincia, según datos del Censo de Población y Vivienda 2010

Código	Provincia	Población nacional total	% provincial de personas con discapacidad
01	Azuay	712.127	5%
02	Bolívar	183.641	7%
03	Cañar	225.184	7%
04	Cacha	184.524	6%
05	Cotacachi	409.205	6%
06	Chimborazo	458.581	6%
07	El Oro	600.659	6%
08	Esmeraldas	534.092	6%
09	Guayas	3.645.483	6%
10	Imbabura	398.244	6%
11	Lago	448.066	6%
12	Los Ríos	778.115	6%
13	Manabí	1.389.780	6%
14	Morona Santiago	147.940	5%
15	Napo	103.697	6%
16	Pastaza	83.933	5%
17	Pichincha	2.578.287	5%
18	Tungurahua	604.583	6%
19	Zamora Chinchipe	91.376	6%
20	Galápagos	25.124	3%
21	Sucumbios	178.472	7%
22	Orellana	136.390	5%
23	Santo Domingo de los Tsáchilas	388.013	6%
24	Santa Elena	308.693	5%
30	Zonas no delimitadas (ZND)	32.384	6%
TOTAL		14.483.489	5,6%

FUENTE: Ministerio de coordinación y desarrollo social

Anexo 5 : Fotos

Aquí podemos ver que la entrevista fue personal





La encuesta se realizó con visita domiciliaria.



En esta foto se estaba realizando las preguntas de la encuesta.

Anexo 6: Encuesta

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

Datos GPS

X

Y

ALTURA

1. Nombre

2. Nacionalidad

3. Fecha de nacimiento

4. Género:

5. Número de cédula

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

Afroamericano

Blanco

Indígena

Mestizo

7. Número del carnet del CONADIS

8. Número de personas a cargo menores de 14 años:

9. Número de personas a cargo mayores de 65 años:

10. Cantón

11. Parroquia

12. Área

13. Dirección

14. Número de Teléfono

15. Nombre del barrio o comunidad

SERVICIOS BÁSICOS

Su vivienda cuenta con servicios de:

Energía Eléctrica

Alcantarillado

Teléfono

- Recolección de basura
- Agua potable

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

18. Actualmente vive en:

- Apartamento
- Casa
- Cuarto

19. ¿En qué condiciones posee la vivienda?

20. Recibe algún servicio del Gobierno

21. Es beneficiario de programas de:

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

22. ¿De equipamiento de vivienda?

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

- El sistema nervioso
- Los ojos
- Los oídos
- Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)
- La voz y el habla
- El sistema cardiorrespiratorio y las defensas
- La digestión, el metabolismo, las hormonas
- El sistema genital y reproductivo
- El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
- La piel
- Otra enfermedad

24. De las anteriores condiciones de salud, ¿cuál es la que más le afecta?

25. ¿Hace cuántos años presenta esta condición de salud?

26. En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

- Pensar, memorizar
- Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
- Oír, aun con aparatos especiales
- Distinguir sabores u olores
- Hablar y comunicarse
- Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
- Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos
- Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
- Caminar, correr, saltar
- Mantener piel, uñas y cabellos sanos
- Relacionarse con las demás personas y el entorno
- Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
- Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
- Alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo
- Otra

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

- Familiares
- Amigos, compañeros
- Vecinos
- Funcionarios, empleados
- Otras personas

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

- Dormitorio
- Sala - comedor
- Baño - sanitario
- Escaleras
- Pasillos-patios

- Andenes, aceras
- Calles, vías
- Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias
- Paraderos, terminales de transporte
- Vehículos de transporte público
- Centros educativos
- Lugares de trabajo
- Centros de salud, hospitales
- Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado
- Instituciones públicas
- Otros

29. ¿Tiene servicios básicos a su nombre?

30. ¿Tiene subsidio en los servicios básicos?

31. ¿Cuáles medios de comunicación utiliza habitualmente

- Medios escritos
- Radio
- Televisión
- Teléfono
- Internet

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

- Accidente
- Alteración genética, hereditaria
- Complicaciones en el parto
- Condiciones de salud de la madre durante el embarazo
- Dificultades en la prestación de servicios de salud
- Enfermedad general
- Enfermedad profesional
- No sabe
- Otras
- Víctima de violencia

33. Principalmente, su discapacidad es consecuencia de:

34. Enfermedad profesional por:

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

35. Por consumo de psicoactivos

- No es por consumo de psicoactivos

36. Desastres naturales:

- No fue por desastre natural

37. Por accidente:

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

38. Como víctima de violencia:

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

39. Del conflicto armado por:

- No es por conflicto armado

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

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

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

42. ¿En cuál país adquirió la discapacidad?

43. ¿En cuál provincia adquirió la discapacidad?

44. ¿En cuál ciudad adquirió la discapacidad?

45. ¿Está afiliado a?

46. ¿Cuál es el tipo de afiliación?

47. ¿Su condición de salud fue oportunamente diagnosticada?

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

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

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

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

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

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

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

55. ¿Se está recuperando de su discapacidad?

56. Principalmente, ¿a qué atribuye su recuperación?

57. ¿Qué tipo de rehabilitación le ordenaron? 82

_ Medicina física y de rehabilitación

_ Fisiatría

- _ Psiquiatría
- _ Fisioterapia
- _ Fonoaudiología
- _ Terapia ocupacional
- _ Optometría
- _ Psicología
- _ Trabajo social
- _ Medicamentos permanentes
- _ Otro tipo de Rehabilitación

58. ¿Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación?

59. ¿Quién paga la rehabilitación?

60. El establecimiento donde recibe la rehabilitación, es:

- _ No asiste a rehabilitación
- _ Público
- _ Privado

61. ¿Por qué no recibe servicio de rehabilitación

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

62.

¿Cuántos años lleva sin recibir servicio de rehabilitación?

63.

¿Sabe si el cantón cuenta con servicios de rehabilitación?

64.

¿Cuántos servicios de rehabilitación hay?

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

132

66. ¿Sabe leer y escribir?

67. El establecimiento en donde estudia, es:

- Privado
- Público

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

- Pedagógicos
- Tecnológicos
- Terapéuticos

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

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

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

71. ¿Usted aprobó?

- Preescolar
- Básica
- Bachillerato
- Superior
- Postgrado

72. ¿Hace cuántos años dejo de estudiar? 84

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

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

Si

No

75. Participa en actividades:

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

76. ¿Actualmente participa en alguna organización?

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

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

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

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

80. Usted tiene contrato de trabajo:

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

- Agrícola

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

82. En el trabajo se desempeña como:

83. ¿Quién es el que mantiene el hogar?

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

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

- No
- No trabaja
- Si

85. ¿Cuál es su ingreso mensual promedio?

- 0 – 100 usd
- 100 – 350 usd
- 350 – 700 usd
- 700 más usd

No tiene ingreso mensual promedio

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

- No

No Trabaja

Si

87. ¿Dónde recibió la capacitación?

88. Necesita capacitación para:

Cambiar de actividad

Mejorar su actividad productiva

No necesita capacitación

89. Nombre

90. Fecha

91. Sector

ABSTRACT

Disability is a global social phenomenon, which is caused by the limitation and absence of activities of daily living due to a failure in body function, it is a greater concern situation as it is increasing, therefore the purpose of this research develops a georeferenced diagnosis of disability in the population of the rural parish of San Pedro de Pataquí, Neighborhoods: Centro, Playa Alta, Via la Loma, la Loma, Buena Esperanza, San Joaquin from Otavalo, belonging to Imbabura province. For this a descriptive and explanatory research was performed with quantitative - qualitative guidance, as it manages the collection of data with numerical measurement, the design was not experimental and cross-sectional, since the variables were not manipulated, and it was conducted over a period of four months; Were studied a total of 36 disabled people from San Pedro de Pataquí were studied through a specific survey with accurate GPS data collection by the recognized population.

The results found in this study were the prevalence of 100% of disability people identified are Ecuadorians , a half of them have access to safe drinking water, 97% have garbage collection service 78% have a telephone service cell or conventional; the 70% have sewerage and electricity, it is a good result because it is a rural community, it was observed a high rate of people, who are not beneficiaries of social services, only 42% receive bonus of "Desarrollo Humano ", 100% of them don't have skin conditions; 58% have problems moving their arms, legs, body and hands in the genital and reproductive system was 3%; relates to digestion, metabolism and hormone 14%; cardiorespiratory system and defenses 5%; structures of voice and speech 5% problems with the other organs of senses (smell, touch, taste) 3%; Ears 30%; eye structures 30%; and finally the nervous system, 14%.

The rural parish in study provides a 13.83% of the total population have disabilities still a low level, due to the low income generated by its population, and by the presence of second-order roads, which does not allow easy transferring of persons with disabilities to health services which led not obtain a timely diagnosis.

Keywords: disability, socioeconomic conditions, health conditions.



x