



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

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

**“DIAGNÓSTICO GEORREFERENCIADO DE DISCAPACIDAD EN LAS
COMUNIDADES DE: ARAQUE, ABATAG, IMBABURITA Y
CUSIMPAMBA, DE LA PARROQUIA SAN PABLO, CANTÓN OTAVALO,
PROVINCIA DE IMBABURA DURANTE EL PERIODO FEBRERO-JULIO
2014”**

Autores: Edison Males
Fernando Landeta

Directora de tesis: Lcda. Verónica Potosí

Ibarra
Octubre 2014

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

Yo, Lcda. Verónica Potosí en calidad de tutora de la tesis titulada: "DIAGNÓSTICO GEORREFERENCIADO DE DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES DE: ARAQUE, ABATAG, IMBABURITA Y CUSIMPAMBA, DE LA PARROQUIA SAN PABLO, CANTÓN OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA DURANTE EL PERIODO FEBRERO-JULIO 2014", de autoría de Edison Males y Fernando Landeta, una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

Ibarra, a los 21 días del mes de Agosto de 2015.

Atentamente.



Lcda. Verónica Potosí.
C.I. 171582181-3



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:	100331559-3
APELLIDOS Y NOMBRES:	MALES ROMERO EDISON VICENTE
DIRECCIÓN:	SAN PABLO DEL LAGO. CDLA. IMBAYA OTAVALO
EMAIL:	edisonmales@yahoo.es
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	2918-303

DATOS DE CONTACTO	
CEDULA DE CIUDADANIA:	1003616764-8
APELLIDOS Y NOMBRES:	LANDETA ESPINOZA EDWIN FERNANDO
DIRECCIÓN:	SAN PABLO DEL LAGO. CDLA. IMBAYA OTAVALO
EMAIL:	fernandolandetaft19@gmail.com
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	2928-501

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO	DIAGNÓSTICO GEORREFERENCIADO DE DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES DE: ARAQUE, ABATAG, IMBABURITA Y CUSIMPAMBA, DE LA PARROQUIA SAN PABLO, CANTÓN OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA DURANTE EL PERIODO FEBRERO-JULIO 2014”
AUTORES:	Males, Edison; Landeta, Fernando
FECHA:	2015/08/21

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

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Edison Vicente Males Romero con cédula Nro. 100331559-3, y yo Edwin Fernando Landeta Espinoza con cédula Nro. 100316764-8 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.

3. 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 los 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 21 días del mes de Agosto de 2015

LOS AUTORES:

FIRMA: 
Nombre: Edison Males
C.I 100331559-3

FIRMA: 
Nombre: Fernando Landeta
C.I 100316764-8

ACEPTACIÓN:



Ing. Betty Chávez
JEFE DE BIBLIOTECA

Facultado por resolución de Consejo Universitario



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

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

Yo, Edison Vicente Males Romero con cédula Nro. 100331559-3, y yo Edwin Fernando Landeta Espinoza con cédula Nro. 100316764-8 expresamos nuestra voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículo 4, 5 y 6 en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominado: DIAGNÓSTICO GEORREFERENCIADO DE DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES DE: ARAQUE, ABATAG, IMBABURITA Y CUSIMPAMBA, DE LA PARROQUIA SAN PABLO, CANTÓN OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA DURANTE EL PERIODO FEBRERO-JULIO 2014; que ha sido desarrollado para optar por el título de **Licenciatura en Terapia Física Médica**, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En calidad de 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 21 días del mes de Agosto de 2015

LOS AUTORES:

FIRMA: 
Nombre: Edison Males
C.I 100331559-3

FIRMA: 
Nombre: Fernando Landeta
C.I 100316764-8

“DIAGNÓSTICO GEORREFERENCIADO DE DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES DE: ARAQUE, ABATAG, IMBABURITA Y CUSIMPAMBA, DE LA PARROQUIA SAN PABLO, CANTÓN OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA DURANTE EL PERIODO FEBRERO-JULIO 2014”

Autores: Males, Edison; Landeta, Fernando
Directora de tesis: Lcda. Verónica Potosí

RESUMEN

Esta investigación se realizó por la necesidad existente de llegar a uno de los grupos vulnerables de la población, conformado por las personas que presentan discapacidad, con el objetivo principal de realizar un diagnóstico de georreferenciación; mismo que sirvió para saber la ubicación de cada una de las personas que presentan esta condición, conocer los tipos de discapacidad así como también los factores socio económicos que intervienen directamente en su calidad de vida. El estudio fue aplicado en las comunidades del Araque, Abatag, Cusimpamba e Imbaburita, pertenecientes a la parroquia de San Pablo del lago, cantón Otavalo, provincia de Imbabura. Para la realización de esta tesis se utilizó estudios de tipo exploratorio y descriptivo que detallan las características del modus vivendi de cada una de estas personas mediante un censo el cual nos permitió una investigación más precisa con datos claros y exactos. Además, la investigación contiene un diseño no experimental y de corte transversal porque no se intenta manipular los fenómenos sino analizar las variables obtenidas en un período delimitado. Las herramientas de apoyo para la recolección de datos y la ubicación de los domicilios de las personas con discapacidad fueron los programas digitales ODK COLLECT y Epi Info y también el GPS para la georreferenciación. Una vez efectuado el censo se encontró una población de 50 personas con discapacidad en la que predomina la discapacidad de tipo físico con el 44 %, a continuación la discapacidad auditiva, de lenguaje, intelectual y por último la discapacidad visual. Además, se puede mencionar que la diferencia en cuanto a discapacidad entre género no es amplia sino que existe una relativa equidad entre ambos sexos. La mayoría de estas personas es decir el 88% no cuentan con un trabajo y su ingreso mensual es inferior a 100 dólares. Un factor muy significativo para que se den estas condiciones es la pobre formación académica debido a que el 36% son analfabetos mientras que el 42% tan solo cuenta con estudios primarios. Es importante considerar que en el trabajo efectuado se logró encontrar el 42,9 % de personas que no cuentan con el carné del CONADIS, el cual corresponde a un porcentaje elevado, finalizó con éxito esta investigación porque se encontró una población que no consta en registros de entidades encargadas en ayudar a estas personas. Los datos obtenidos pueden ser útiles para que este grupo discapacitado logre acceder a los beneficios que ofrece al estado.

ABSTRACT

This research was carried out by the existing need to reach one of the vulnerable groups of the population, such as people who have disabilities, with the main objective of making a diagnosis of geo-referencing which helped to know the location of each one of the people who presents this condition, learn about the types of disabilities as well as the socio-economic factors that intervene directly in their quality of life. The study was applied in the communities of Araque, Abatag, Cusinpamba and Imbaburita belonging to the parish of San Pablo del Lago, Otavalo canton, Imbabura province. For the achievement of this thesis exploratory and descriptive studies were used detailing the characteristics of the modus Vivendi of each of these people through a census which enabled a more precise research with clear and accurate data. Moreover the research contains a non-experimental and cross-sectional design because there is no attempt to handle the phenomena but to analyze the obtained variables in a defined period. Support tools for data gathering and homes location of people with disabilities were the digital programs ODK COLLECT and Epi Info and also GPS for geo-referencing. Once carried out the census a population of 50 people with disabilities was found in which predominates physical disability with 44 %, then the hearing disability, language, intellectual and in the end the visual disability. In addition, it can be mentioned that the difference in terms of disability among gender is not wide, but there is a relative equity between both sexes. Most of these people that is to say 88% do not have a job and their monthly income is lower than 100 hundred dollars. A very significant factor for these conditions is the poor academic training since 36% are illiterate while 42% only has primary education. It is important to consider that in the carried out work 42,9 % of people who do not have the CONADIS card were found which is a high percentage, this research ended with success because it was found a population which is not in records of entities that help these people. The gathered data may be useful so this group with disabilities can access to the benefits the state offers.

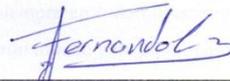
AUTORÍA

Nosotros, Edison Vicente Males Romero con cédula de identidad 100331559-3 y Edwin Fernando Landeta Espinoza con cédula de identidad 100316764-8 declaramos bajo juramento que el presente trabajo es de nuestra autoría "DIAGNÓSTICO GEORREFERENCIADO DE DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES DE: ARAQUE, ABATAG, IMBABURITA Y CUSIMPAMBA, DE LA PARROQUIA SAN PABLO, CANTÓN OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA DURANTE EL PERIODO FEBRERO-JULIO 2014" y los resultados de la investigación son de nuestra total responsabilidad, además que no ha sido presentada previamente para ningún grado ni calificación profesional y que hemos respetado las distintas fuentes de información.



Edison Males Romero

100331559-3



Fernando Landeta Espinoza

100316764-8

DEDICATORIA

A mi madre por la presión positiva y fortaleza en el día a día, a mi padre por la paciencia destacable, a ellos por su colaboración permanente y presencia que generan tranquilidad en mi persona. A Dios como centro de sabiduría, la inteligencia infinita y paz necesaria en esta vida.

Edison

Este trabajo se lo dedico a mi madre por su gran ejemplo de trabajo por todo el sacrificio que ha realizado para darme siempre lo mejor por ponerme sobre todas las cosas incluso sobre ella misma, por nunca haberme dejado solo.

A mi hermano porque desde que nació ilumino mi vida y es mi inspiración para seguir cada día.

Y por último, a mi padre por haberme apoyado siempre en toda mi carrera por sus palabras de aliento y todos sus consejos que sirvieron mucho para culminar con éxito esta etapa muy importante de mi vida.

Fernando

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a la Universidad Técnica de Norte que se convirtió por más de cuatro años en nuestra casa, en donde nos formamos con éxito académicamente, adquiriendo los conocimientos necesarios para afrontar una vida profesional en el campo más importante para las personas como es la salud.

De igual manera queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a una persona la cual estuvo junto a nosotros apoyándonos y ayudándonos a superar todos los imprevistos y complicaciones que se suscitaron para la culminación del presente trabajo como es la Doctora Salome Gordillo.

Y finalmente, agradecemos a nuestra tutora de tesis la Lic. Verónica Potosí Moya ya que sin haber estado en todo el proceso de realización de este trabajo, desde el momento que tomo la responsabilidad de nuestra tutoría nos ayudó guio y animó de manera excepcional para poder finalizar con un muy buenos resultados y cumpliendo con todos los objetivos planteados.

Edison y Fernando

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS	i
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
AUTORÍA.....	viii
DEDICATORIA	ix
AGRADECIMIENTO	x
ÍNDICE DE CONTENIDOS	xi
ÍNDICE DE TABLAS	xiii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xv
ÍNDICE DE CUADROS.....	xvii
ÍNDICE DE FOTOS	xvii
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 3Formulación del problema.....	3
1.3 Justificación.....	3
1.4 Objetivos	4
1.4.1 Objetivo general.....	4
1.4.2 Objetivos específicos	4
1.5 Preguntas de investigación	5
CAPÍTULO II	6
MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 La discapacidad	6
2.2 Conceptualización de discapacidad.....	7
2.3 Tipos de discapacidad	8
2.3.1 Discapacidad sensorial.....	8

2.4 Marco legal.....	36
2.4.1 Aspectos legales de la constitución del Ecuador 2008	36
2.4.2 Plan nacional del buen vivir.....	39
2.4.3 Ley orgánica de discapacidades.....	40
CAPÍTULO III.....	44
METODOLOGÍA	44
3.1 Tipo de estudio	44
3.2 Diseño de estudio	44
3.3 Población	45
3.5 Identificación de variables.....	45
3.6 Operacionalización de variables.....	46
3.7 Métodos y técnicas de recolección de datos.....	50
3.8 Validez y confiabilidad de la investigación	51
CAPÍTULO IV.....	52
RESULTADOS.....	52
4.1 Análisis de Resultados.....	52
4.2 Discusión de resultados	82
4.3 Respuestas a las preguntas de investigación	85
4.4 Conclusiones	86
4.5 Recomendaciones	87
BIBLIOGRAFÍA	89
ANEXOS	92
Anexo 1. FORMULARIO DE DISCAPACIDAD	92
Anexo 2. TABLAS Y GRAFICOS DE LAS PREGUNTAS TABULADAS	98
Anexo 3. FOTOS DE CENSO Y GEOREFERENCIACIÓN	110

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Tipo de discapacidad según género	66
Tabla 2 Discapacidad según grupo etáreo.....	67
Tabla 3 Distribución porcentual del tipo de discapacidad que presentan	98
Tabla 4 Distribución porcentual del antecedente familiar	98
Tabla 5 Distribución porcentual del tiempo de la discapacidad	98
Tabla 6 Distribución porcentual de las actividades que se les dificulta a las personas con discapacidad	99
Tabla 7 Distribución porcentual del conocimiento de la etiología de la discapacidad	100
Tabla 8 Distribución porcentual de la etiología de la discapacidad.....	100
Tabla 9 Distribución porcentual de las alteraciones permanentes que presentan las personas con discapacidad	101
Tabla 10 Distribución porcentual de los tratamientos que realizan las personas con discapacidad	101
Tabla 11 Distribución porcentual de la recuperación de las personas con discapacidad	102
Tabla 12 Distribución porcentual de rehabilitación de las personas con discapacidad	102
Tabla 13 Distribución porcentual del motivo para no hacer rehabilitación.....	102
Tabla 14 Distribución porcentual de las actividades que realizan las personas con discapacidad	103
Tabla 15 Actitudes negativas que enfrentan las personas con discapacidad	103
Tabla 16 Distribución porcentual de las barreras que encuentran las personas con discapacidad	103
Tabla 17 Distribución porcentual del Género de las personas con discapacidad	105
Tabla 18 Distribución porcentual de la etnia de las personas con discapacidad.....	105
Tabla 19 Distribución porcentual del rango de edad de las personas con discapacidad	106
Tabla 20 Distribución porcentual de la escolaridad de las personas con discapacidad	106

Tabla 21 Distribución porcentual del cargo de jefe de hogar	106
Tabla 22 Distribución porcentual de la actividad laboral de las persona con discapacidad	107
Tabla 23 Distribución porcentual del ingreso que recibe la persona con discapacidad	107
Tabla 24 Disponibilidad del carnet del CONADIS de las personas con discapacidad	108
Tabla 25 Distribución porcentual de la Disponibilidad de servicios básicos	108
Tabla 26 Distribución porcentual de la tenencia de la vivienda	108
Tabla 27 Distribución porcentual de la ayuda del gobierno	109
Tabla 28 Distribución porcentual del tipo de ayuda que reciben del Gobierno.....	109
Tabla 29 Distribución porcentual del barrio al que pertenecen	109

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribución porcentual del tipo de discapacidad que presentan	52
Gráfico 2 Distribución porcentual del antecedente familiar	53
Gráfico 3 Distribución porcentual del tiempo de la discapacidad	54
Gráfico 4 Distribución porcentual de las actividades que se les dificulta a las personas con discapacidad	55
Gráfico 5 Distribución porcentual del conocimiento de la etiología de la discapacidad	56
Gráfico 6 Distribución porcentual de la etiología de la discapacidad.....	57
Gráfico 7 Distribución porcentual de las alteraciones permanentes que presentan las personas con discapacidad	58
Gráfico 8 Distribución porcentual de los tratamientos que realizan las personas con discapacidad	59
Gráfico 9 Distribución porcentual de la recuperación de las personas con discapacidad	60
Gráfico 10 Distribución porcentual de rehabilitación de las personas con discapacidad	61
Gráfico 11 Distribución porcentual del motivo para no hacer rehabilitación	62
Gráfico 12 Distribución porcentual de las actividades que realizan las personas con discapacidad	63
Gráfico 13 Actitudes negativas que enfrentan las personas con discapacidad	64
Gráfico 14 Distribución porcentual de las barreras que encuentran las personas con discapacidad	65
Gráfico 15 Distribución porcentual del Género de las personas con discapacidad ...	68
Gráfico 16 Distribución porcentual de la etnia de las personas con discapacidad.....	69
Gráfico 17 Distribución porcentual del rango de edad de las personas con discapacidad	70
Gráfico 18 Distribución porcentual de la escolaridad de las personas con discapacidad	71
Gráfico 19 Distribución porcentual del cargo de jefe de hogar	72

Gráfico 20 Distribución porcentual de la actividad laboral de las persona con discapacidad	73
Gráfico 21 Distribución porcentual del ingreso mensual que perciben las personas con discapacidad	74
Gráfico 22 Disponibilidad del carnet del CONADIS de las personas con discapacidad	75
Gráfico 23 Distribución porcentual de la Disponibilidad de servicios básicos	76
Gráfico 24 Distribución porcentual de la tenencia de la vivienda	77
Gráfico 25 Distribución porcentual de la ayuda del gobierno	78
Gráfico 26 Distribución porcentual del tipo de ayuda que reciben del Gobierno.....	79
Gráfico 27 Distribución porcentual de la Comunidad a la que pertenecen.....	80
Gráfico 28 Georeferenciación de la Discapacidad en la Parroquia San Pablo, comunidades Araque, Abatag, Cusimpamba e Imbaburita.....	81
Gráfico 29 Discapacidad según género.....	104
Gráfico 30 Discapacidad según grupo etáreo.....	105

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1 POSIBILIDADES DE AUDICIÓN Y LENGUAJE DE ACUERDO AL GRADO DE PÉRDIDA AUDITIVA	10
Cuadro 2 POBLACIÓN POR COMUNIDAD DE LA PARROQUIA SAN PABLO DEL LAGO.....	45

ÍNDICE DE FOTOS

Foto 1 Comunidad Araque	110
Foto 2 Comunidad La Unión	111
Foto 3 Comunidad Imbaburita	111
Foto 4 Presidente de la Junta Parroquial de San Pablo, Fausto Proaño y sus ayudantes.....	112

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La experiencia de la discapacidad es única para cada individuo, no sólo por la expresión concreta de la enfermedad, lesión o daño, sino porque aquella circunstancia de salud se rodea de múltiples componentes, desde las diferencias personales de experiencias, antecedentes y centros emocionales, elementos intelectuales y psicológicos, hasta abarcar las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Aunque existe un subregistro al respecto, se menciona que aproximadamente el 15 % de la población mundial, es decir, más de mil millones de personas presenta algún tipo de discapacidad. Alrededor de la mitad de las mismas no pueden pagar su atención sanitaria. Además, de acuerdo a un reciente estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas con discapacidad son tres veces más propensas que el resto de la población a que se les niegue la atención sanitaria que requieren. (Organización Mundial de la Salud, 2011)

Un componente altamente relacionado con la discapacidad hoy en día es el envejecimiento de la población, el cual se convierte en una unidad de riesgo, esto a su vez se encuentra asociado a otros factores como enfermedades cardiovasculares y trastornos mentales. Se estima que las enfermedades crónicas representan el 66,5% de todos los años vividos con discapacidad en los países de ingresos bajos y medianos.

En cuanto a nuestra región, aproximadamente el 40 % de la población total discapacitada se encuentra en los diferentes países, una situación muchas veces desconocida. 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. (Organización Mundial de la Salud, 2011)

De acuerdo al registro nacional de discapacidades del CONADIS, en el Ecuador hay unas 361511 personas que presentan discapacidad, con mayor número de discapacitados en las provincias más importantes y que mayor número de población concentran como Guayas, Pichincha y Azuay, en su orden. Tan solo la mitad de la población discapacitada cuenta con el carné que establece su discapacidad y que les sirve para conseguir beneficios, a ellos y sus familias. Además, el inconveniente radica en que las instituciones aún no dan apertura absoluta a personas con discapacidad tanto en el ámbito laboral, como en la eliminación de barreras arquitectónicas, convirtiéndose en una problemática de interés social. Por otro lado, entre la población de ecuatorianos con discapacidad, los casos extremadamente más críticos, es decir, personas con discapacidad intelectual, física severa viven en situación de extrema pobreza. (CONADIS, 2013)

En Imbabura existen 9758 casos de personas con discapacidad según información del CONADIS en mayo del 2013, de los cuales 2234 presentan discapacidad auditiva, 4238 discapacidad física, 1764 discapacidad intelectual, 143 discapacidad del lenguaje, 339 discapacidad psicológica y 1040 discapacidad visual. Se debe cumplir con un proceso para brindar una mejor calidad de vida a las personas con discapacidad. (CONADIS, 2013)

A nivel del cantón Otavalo, 519 personas tienen discapacidad auditiva, 906 discapacidad física, 345 discapacidad intelectual, 50 discapacidad del lenguaje, 71 discapacidad psicológica y finalmente 239 discapacidad visual, dando como resultado un total de 2130 personas con discapacidad en esta ciudad. (CONADIS, 2013)

1.2 Formulación del problema

¿Qué características debe tener un diagnóstico georreferenciado de discapacidad en las comunidades de: Araque, Abatag, Imbaburita y Cusimpamba, de la parroquia San Pablo, cantón Otavalo, provincia Imbabura durante el período febrero-julio 2014?

1.3 Justificación

La discapacidad es un tema complejo, abordar este tema es rodear a la población de variados factores. Algunos de ellos son la falta de apoyo de atención y privación del desarrollo de una vida plena ya sea por tabús miedos ignorancia o falta de información de las personas con discapacidad y sus familiares. Y esto conlleva a la afectación directa del desarrollo tanto social, económico psicológico intelectual y físico, en varias ocasiones lo hace dependiente de otras personas prótesis u órtesis según su condición de salud produciendo un deterioro en las mismas.

Otro factor a tomar en cuenta es la falta de cobertura por parte de los organismos de salud en nuestro país hacia las personas que presentan esta condición, debido a la ubicación geográfica de sus hogares ya sea por la distancia o la dificultad que representa ingresar hasta sus domicilios, esto sumado a la ausencia de transporte y la falta de infraestructura e implementos tanto en calles como aceras y medios de transporte para que se pueda movilizar hacia un centro de salud cercano o de rehabilitación donde se lo atienda adecuadamente. Tienen menos acceso a los servicios de asistencia sanitaria y, por lo tanto, necesidades insatisfechas al respecto.

Es así que el motivo de nuestra investigación se enfoca en la búsqueda de la población discapacitada por medio de un sistema georreferenciado aplicado a cada una de las comunidades designadas. A través de este proyecto encontramos a

personas con discapacidad hasta en los lugares más apartados de la zona geográfica designada, el sistema georreferenciado de gestión, nos permite utilizar esta herramienta informática para recoger, digitalizar, organizar y procesar datos e información de un territorio determinado siendo conscientes que este tipo de estudios ya ha sido realizado en estos sectores pero por la falencia de estudios anteriores que no han logrado llegar al 100 por ciento de la población discapacitada nos ha motivado a llevar a cabo este proyecto que tiene como objetivo principal determinar la ubicación exacta de todas y cada una de las personas que presenten esta condición de vida para que luego conjuntamente con la universidad se puedan seguir haciendo este tipo de proyectos para brindar beneficio y mejorar la calidad de vida de los discapacitados de nuestras comunidades.

La discapacidad es muy diversa. Sea como fuere, todas las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades de salud y derechos que la población en general y, en consecuencia, necesitan tener acceso a información acerca de su patología y a los servicios de asistencia de salud.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Realizar un diagnóstico georreferenciado para la población con discapacidad de las comunidades de Araque, Abatag, Cusimpamba e Imbaburita.

1.4.2 Objetivos específicos

- a. Caracterizar los distintos tipos de discapacidad en la zona designada.
- b. Determinar las condiciones socio-económicas de las personas que presentan discapacidad.

- c. Georreferenciar la discapacidad en la población designada.

1.5 Preguntas de investigación

- a. ¿Qué características presentan las personas con los distintos tipos de discapacidad en la zona designada?
- b. ¿Cuáles son las condiciones socio-económicas en las que se encuentra la población discapacitada?
- c. ¿Cómo georreferenciar la discapacidad en la población designada?

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 La Discapacidad

El concepto de discapacidad ha sufrido grandes cambios a lo largo de la historia. Durante los últimos años, hemos visto como se ha ido abandonando una perspectiva paternalista y asistencial de la discapacidad, que miraba a la persona como un ser “dependiente y necesitado”, hacia un nuevo enfoque, que contempla a la persona con discapacidad como un individuo con habilidades, recursos y potencialidades.

La discapacidad forma parte de la condición humana: casi todas las personas sufrirán algún tipo de discapacidad transitoria o permanente en cierta etapa de su vida, y las que lleguen a la senilidad experimentarán dificultades crecientes de funcionamiento.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), aprobada por las Naciones Unidas en 2006, pretende “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”. La CDPD se hace eco de un cambio importante en la comprensión de la discapacidad y en las respuestas mundiales a este problema. (Organización Mundial de la Salud, 2011)

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), adoptada como marco conceptual para el Informe, define la discapacidad como un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación. La discapacidad denota los aspectos negativos de la interacción entre personas con un problema de salud (como Parálisis

Cerebral, síndrome de Down o depresión) y factores personales y ambientales (como actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles, y falta de apoyo social). (Organización Mundial de la Salud, 2011)

2.2 Conceptualización de discapacidad

La discapacidad es definida por la Organización Mundial de la Salud como "toda aquella restricción o ausencia debida a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del marco se considera normal para un ser humano". (Portal Universia, 2008)

El término se considera como un problema de la persona a consecuencia de una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados prestados en forma de tratamiento individual por profesionales; dirigido a conseguir la cura o una mejor adaptación de la persona y un cambio en su conducta.

La OMS define a la Salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad. De esta manera, deviene entonces, imperiosa necesidad el hecho de poseer una clasificación que tenga en cuenta la repercusión de las enfermedades, en el funcionamiento personal y social del individuo. Nace en 1980, la CIDDM. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Entre sus aportes más significativos y en este sentido define:

Deficiencia: Toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Discapacidad: Toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia), de la capacidad de realizar una actividad en la forma, o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Minusvalía: Una situación de desventaja para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el

desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales).

Una persona es minusválida cuando se le niegan las oportunidades de que se dispone en general en la comunidad y que son necesarios para los elementos fundamentales de la vida. (Fernández & López, 2008)

2.3 Tipos de discapacidad

Teniendo en cuenta la definición de Discapacidad, pueden subdividirse en modalidades diferentes:

- I. Discapacidades sensoriales
- II. Discapacidad Física
- III. Discapacidades mentales

Dentro de estos tipos las discapacidades se pueden manifestar en diferentes grados, y a su vez, se pueden coincidir varios trastornos en una misma persona. Por otro lado existen enfermedades que producen discapacidades y que, en muchas ocasiones, no están tipificadas como tal. (INEGI, s.f)

2.3.1 Discapacidad sensorial

La mayoría de las personas que ven y oyen sin dificultad no podrían imaginar la vida sin estas habilidades. La visión y la audición, son vitales para sobrevivir, para la salud y para la calidad de vida. Con la pérdida de uno solo de esos sentidos, la movilidad, la comunicación y el aprendizaje resultan mucho más difíciles.

Cuando ambos sentidos están dañados o se presentan discapacidades adicionales, y no somos capaces de utilizar alternativas funcionales, todos los aspectos de la vida se ven afectados. (Sobsey & Wolf-Schein, s.f)

2.3.1.1 Discapacidad Auditiva

Se refiere a todos los tipos de pérdida auditiva. Se refiere a la falta o disminución en la capacidad para oír claramente debido a un problema en algún lugar del aparato auditivo. La pérdida de la audición puede fluctuar desde la más superficial hasta la más profunda, a la cual comúnmente se le llama sordera. El término refiere al impedimento auditivo cuya severidad no permite a la persona percibir los sonidos y el lenguaje hablado, incluso usando audífono. (Andrade & Castro, 2009)

2.3.1.1.2 Causas de discapacidad auditiva

Las dificultades auditivas pueden deberse a diferentes causas. Desde un punto de vista general, éste déficit se puede originar en diferentes etapas de la vida de un ser humano por alguno de los siguientes factores:

- a) Hereditarios: se trata del factor que presenta menor incidencia de todos.
- b) Prenatales: Rubéola, uso de alcohol, drogas o medicamentos ototóxicos por parte de la madre embarazada.
- c) Perinatales: durante o cercanos al parto: bajo peso de nacimiento, golpes, caídas y traumas durante el parto.
- d) Postnatales: Meningitis, otitis media mucosa recurrente con daño de tímpano, traumas acústicos producidos por golpes o exposición a ruidos de fuerte intensidad y en forma permanente. (Ministerio de Educación de Chile, 2009)

2.3.1.1.3 Niveles de audición

Existen distintas formas para evaluar cuánto escucha una persona. Entre éstas están la impedanciometría, la medición a través de potenciales evocados y el examen denominado audiometría, que es el método más frecuente para medir la audición. Sea cual sea el método escogido, la unidad de medida que se utiliza para determinar cuánto oye una persona es el “decibel” o simplemente el “dB”. Para hacerse una idea de lo que indican los decibeles, se verán algunos sonidos expresados en dB.

- a) Un susurro tiene aproximadamente 20 dB.
- b) La música fuerte (algunos conciertos) tienen alrededor de 80 a 120 dB.
- c) El motor de un avión tiene más o menos 140 a 180 dB. (Ministerio de Educación de Chile, 2009)

Cuadro 1 POSIBILIDADES DE AUDICIÓN Y LENGUAJE DE ACUERDO AL GRADO DE PÉRDIDA AUDITIVA

Nivel	Intensidad de la pérdida	Audición	Desarrollo del Lenguaje
0/25 dB	No significativa	Perciben el habla y los sonidos sin grandes dificultades.	El lenguaje oral se desarrolla en forma natural.
25/40 dB	Leve	Escucha y discrimina sonidos a una intensidad moderada. Las dificultades se pueden presentar con los sonidos débiles o distantes y en lugares con mucho ruido.	El lenguaje oral se desarrolla sin grandes dificultades aunque pueden existir algunas imprecisiones, como por ej. Vela o madre /padre. La comprensión también se encuentra conservada aunque es probable que se puedan tener dificultades en conversaciones grupales.

40/60 dB	Moderada	La comprensión del lenguaje oral se apoya sustantivamente en la vía visual y en la Lectura Labio Facial (LLF). Identifica y discrimina sonidos a corta distancia y siempre que la contaminación acústica no sea muy alta.	En esta intensidad se emite la conversación en forma natural, por lo tanto, con ayuda de audífonos es probable que el niño/a desarrolle lenguaje oral por vía auditiva. Sin embargo es posible que exista dificultad con la discriminación de algunas palabras, especialmente en conversaciones, grupos y discusiones en clase.
60/90 dB	Severa	La voz prácticamente no se oye sin embargo, es posible escuchar sonidos de relativa intensidad tales como aquéllos que provienen de objetos como un piano o un automóvil, entre otros.	Gran dificultad en la producción y comprensión del lenguaje oral, su desarrollo se logra por medio de apoyos específicos (visuales, táctiles y kinésicos). Mayor facilidad para la producción y comprensión de la lengua de señas.
90 o Más dB	profunda	Escucha sólo sonidos de alta intensidad o volumen como aquéllos que provienen de objetos como una motocicleta, un tren o un avión entre otros. La voz no se oye.	Pueden ser conscientes de altos sonidos y vibraciones, pero no pueden comprender cada palabra amplificadas. La producción de lenguaje oral se logra sólo a través de apoyos específicos. Mayor facilidad para la producción y comprensión de la lengua de señas.

Fuente: (Ministerio de Educación de Chile, 2009)

Según la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) el número de hipoacúsicos profundos es de 16.000.000 y los que padecen una deficiencia moderada es de alrededor de 40.000.000 de modo que en la actualidad estaríamos en una cifra de 56.000.000 hipoacúsicos. (Melero, 2006)

Las personas hipoacúsicas tienen dificultades en la audición pero su grado de pérdida no les impide adquirir el lenguaje oral a través de la vía auditiva. Habitualmente van a necesitar la prótesis auditiva. Se suelen producir dificultades en la articulación y en la estructuración del lenguaje, por lo que es importante algún tipo de intervención logopédica.

Los sordos profundos tienen pérdidas auditivas mayores, lo que les dificulta enormemente la adquisición del lenguaje oral a través de la vía auditiva, incluso con la ayuda del sistema de amplificación. Por ello la visión se convierte en el principal vínculo con el mundo exterior y en el primer canal de comunicación.

Así pues la diferencia está en el grado de pérdida auditiva. En función del grado de pérdida, existirá mayor o menor capacidad de poder captar sonidos, de desarrollar el habla interna, adquirir lectura labial, etc.

2.3.1.1.4 Tipos de discapacidad auditiva

Presbiacusia

También se conoce como pérdida de audición producida por el envejecimiento natural del ser humano, ya que se trata de una pérdida de audición asociada a la vejez. A medida que las personas envejecen, muchas de las células pilosas del oído interno se dañan o desaparecen dando como resultado una pérdida de audición.

Sordo ceguera

Es una discapacidad multisensorial en la que la persona no cuenta ni con la vista ni con el oído. No es necesariamente una pérdida total de los dos sentidos. El grupo de sordociegos totales es muy reducido, aproximadamente de un 5 a un 10% del total del colectivo de personas sordociegos. La mayoría de los sordociegos poseen algún resto auditivo y/o visual.

Hipoacusia

Disminución del nivel de audición de una persona por debajo de lo normal. Puede ser reversible (cuando es posible devolverle al paciente mediante algún tratamiento la capacidad auditiva) o permanente (cuando no se puede mediante tratamientos devolver dicha capacidad).

Cofosis

Sordera total (Andrade & Castro, 2009)

2.3.1.2 Discapacidad visual

La discapacidad visual forma parte del grupo de discapacidades sensoriales y es una de las principales causas de la misma en el mundo. Las causas y características de la discapacidad visual varían de acuerdo a cada persona que la padece y determinan los grados de la misma; de esta forma, los niños con discapacidad visual pueden tener baja visión o ceguera total. (Arias, 2010)

La discapacidad visual se define como la dificultad que presentan algunas personas para participar en actividades propias de la vida cotidiana, que surge como consecuencia de la interacción entre una dificultad específica relacionada con una disminución o pérdida de las funciones visuales y las barreras presentes en el

contexto en que desenvuelve la persona. (Ministerio de Educación, Gobierno de Chile, 2009)

Al referirse a Discapacidad Visual, son todas aquellas condiciones que presenta un individuo, caracterizadas por una limitación total o parcial de la función visual. Estas limitaciones pueden ser totales en el caso de la ceguera o parciales como es el caso de la baja visión. Según la Organización mundial de la Salud (OMS), una persona con baja visión es aquella que presenta una visión menor a 20/400 o 0.05, considerando esta medición en el menor ojo y con la mejor corrección.

En la Ceguera legal, por otro lado, la visión es menor a 20/200 o 0.1, con el mejor ojo y la mejor corrección. Es importante realizar esta diferenciación, pues la mayoría de personas consideradas ciegas, presentan siempre un resto visual que le permite de una u otra forma, desenvolverse y realizar actividades diarias. La ceguera se refiere específicamente a aquella afección de la vista en la que la persona no es capaz de percibir luz, color, forma o tamaño de los objetos.

Por otro lado, la baja visión se caracteriza por una percepción deficiente de los objetos a distancias cortas con la mejor corrección o con ayudas ópticas. Las personas con baja visión conservan todavía un resto visual que les permite desenvolverse, aunque con dificultad, en su vida diaria.

“Las dificultades visuales son frecuentes, y aunque el número de niños/as ciegos es reducido, existe sin embargo un gran número de niños/as con baja visión suficientemente amplio, que necesitan una educación con apoyos especializados”. En ambos casos, es decir, en la ceguera total como en la baja visión, la educación, tratamiento y apoyos que reciba el niño o niña con discapacidad visual, son necesarios e indispensables para mejorar su desarrollo y sus condiciones de vida y aprendizaje.

Es importante recordar que el mundo de los niños con ceguera, es un mundo desprovisto de luz, color, nociones básicas de tamaño y distancias. Es por esta razón,

que la información que transmiten los otros sentidos es esencial para el desenvolvimiento del niño en todos los ámbitos de su vida. Las sensaciones auditivas, olfativas, táctiles y térmicas ocupan un lugar muy importante en la experiencia sensorial del discapacitado con ceguera. (Arias, 2010)

2.3.1.2.1 Causas de la Discapacidad Visual

Las causas de la discapacidad visual son diversas. Conocer las causas que originan este tipo de deficiencia, nos permite establecer medidas preventivas que eviten el incremento de la incidencia mundial de la baja visión y ceguera.

La discapacidad visual puede presentarse por varias razones, entre las cuales se destacan aquellas que afectan al globo ocular, como las siguientes: (Arias, 2010)

Hereditarias:

- a) Albinismo (carencia de pigmento).
- b) Aniridia (ausencia o atrofia del iris).
- c) Atrofia del nervio óptico (degeneración nerviosa).
- d) Cataratas congénitas (cristalino opaco).
- e) Coloboma (deformaciones del ojo).
- f) Glaucoma congénito (lesiones por presión ocular).
- g) Miopía degenerativa (pérdida de agudeza visual).
- h) Queratocono (córnea en forma de cono).
- i) Retinitis Pigmentaria (pérdida pigmentaria retina). (Arias, 2010)

Congénitas

- a) Anoftalmia (carencia del globo ocular).
- b) Atrofia del nervio óptico (degeneración nerviosa).
- c) Cataratas congénitas (Cristalino opaco).
- d) Microftalmia (escaso desarrollo del globo ocular).
- e) Rubéola (infección vírica-todo el ojo).

f) Toxoplasmosis (infección vírica –retina/mácula). (Arias, 2010)

Adquiridas/accidentales:

- a) Avitaminosis (insuficiencia de vitaminas).
- b) Cataratas traumáticas (cristalino opaco).
- c) Desprendimiento de retina (lesión retinal).
- d) Diabetes (dificultad para metabolizar la glucosa).
- e) Éstasis papilar (estrangulamiento del nervio óptico).
- f) Fibroplasia retrolental (afecciones en retina).
- g) Glaucoma adulto (lesiones por presión ocular).
- h) Hidrocefalia (acumulación de líquido en el encéfalo).
- i) Infecciones diversas del sistema circulatorio.
- j) Traumatismos en el lóbulo occipital. (Arias, 2010)

De estas, las enfermedades más frecuentes que afectan directamente al globo ocular y causan ceguera o baja visión.

2.3.1.2.2 Clasificación de la Discapacidad Visual

Existen varias formas de clasificar a la Discapacidad visual, sin embargo, la forma más adecuada de clasificarla es aquella que tiene fines educativos y pedagógicos. Según este tipo de clasificación podemos distinguir tres clases de Discapacidad Visual. (Arias, 2010)

Baja visión leve: Las personas con baja visión leve, pueden percibir los objetos pequeños, incluso con sus detalles y color correcto. Pueden aprender a leer y escribir en tinta siempre y cuando se utilice ayudas ópticas adecuadas y adaptaciones al material con el que se trabaja. Los niños pueden realizar actividades cotidianas sin inconveniente. (Arias, 2010)

Baja visión moderada: Las personas son capaces de distinguir objetos a distancias cortas siempre y cuando estos sean grandes y la luz sea favorecedora. La mayor dificultad que presentan los niños con baja visión moderada es la percepción de los detalles y el color de los objetos. Es por esta razón que algunos niños con este tipo de baja visión, necesitan de ayudas como lupas para desempeñarse correctamente en la escuela; sin embargo, con la estimulación adecuada de la visión, pueden llegar a leer y escribir en tinta sin mucha dificultad. (Arias, 2010)

Baja visión severa: Las personas con baja visión severa pueden percibir la luz y sombras pero necesitan del braille para la lectura y la escritura, así como otras ayudas ópticas como telescopios especiales para poder desenvolverse sin dificultad en la escuela. Por otro lado, estos niños necesitan para moverse un correcto entrenamiento en desplazamiento con ayuda delo bastón. (Arias, 2010)

Ceguera total: Las personas con ceguera total, no poseen ninguna visión, es decir, no perciben ningún objeto, ni la luz, así como se le imposibilita realizar tareas visuales como leer, escribir, etc. Utilizan para la lectura y escritura el braille y para moverse requieren de bastón o de la compañía de otra persona vidente en el caso de no haber recibido un entrenamiento adecuado en orientación y movilidad. Estos niños necesitan de los sentidos restantes para desenvolverse. (Arias, 2010)

2.3.2 Discapacidad Física

La discapacidad física o del desplazamiento comprende tanto las dificultades que afectan a las extremidades superiores, inferiores y tronco, como las alteraciones que repercuten, pudiendo existir una gran variedad de grados de afectación. Un punto de partida para adentrarse en la concepción de la discapacidad física consiste en explicar que es la motricidad y su importancia en el desarrollo de todo ser humano.

La motricidad es todo aquello relativo al movimiento corporal; todos los actos que realiza una persona tienen como base el movimiento del cuerpo. Aunado a esto,

cuando se trata de movimientos que tienen una finalidad, por lo general se emplea el término psicomotricidad, que articula lo cognitivo, lo afectivo y lo sensorial que siempre está ligado a cada acción y expresión humana.

Bajo estas premisas, se define a este tipo de discapacidad como:

La alteración del aparato motor que dificulta o imposibilita el desarrollo de capacidades que permitan participar en actividades propias de la vida cotidiana como estar de pie, caminar, desplazarse, tomar y manipular objetos con las manos, hablar, hacer gestos, entre otras acciones que requieren movimiento y control de la postura corporal.

La alteración es causada por un funcionamiento deficiente del sistema nervioso, del sistema muscular y de los sistemas óseo– articulario o de una interrelación de los tres sistemas, lo cual dificulta o imposibilita la movilidad funcional de algunas de las partes del cuerpo. La discapacidad puede ser de tipo transitoria o permanente, se da en grados variables y, en algunos casos, puede presentar otros trastornos asociados.

Desde una perspectiva social y cultural, es posible afirmar que la discapacidad no sólo es consecuencia de las características físicas o biológicas de las personas. Desde el modelo social de la discapacidad⁸, esta es una condición que se genera a partir de la interacción de las dificultades personales en un contexto sociocultural desfavorable. En consecuencia y de acuerdo con este modelo, la discapacidad física se define como:

Las dificultades que presentan algunas personas para participar en actividades propias de la vida cotidiana y surgen como consecuencia de la interacción entre una dificultad específica para manipular objetos o acceder a diferentes espacios, lugares y actividades que realizan todas las personas y las barreras presentes en los contextos en el que despliegan su proyecto de vida. (Dirección General de Educación, 2012)

2.3.2.1 Parálisis Cerebral Infantil

La parálisis cerebral infantil es un trastorno neuromotor identificado por primera vez por el doctor William Little a mitad del siglo XIX. Cuando la identificó la asoció a problemas del parto, ya que entendió que era una afectación motora producida en el periodo perinatal, por ello el trastorno fue conocido por muchos años como el Síndrome de Little. (Asociación para la Parálisis Cerebral , s.f)

En la actualidad existe un consenso en considerar la parálisis cerebral (PC) como un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura, causantes de limitación de la actividad, que son atribuidos a una agresión no progresiva sobre un cerebro en desarrollo, en la época fetal o primeros años. El trastorno motor de la PC con frecuencia se acompaña de trastornos sensoriales, cognitivos, de la comunicación, perceptivos y/o de conducta, y/o por epilepsia. Los síntomas varían de leves a graves e incluyen formas de parálisis.

La prevalencia global de PC se sitúa aproximadamente entre un 2 y 3 por cada 1000 nacidos vivos. (Instituto de Mayores y Servicios Sociales Ana Madrigal, 2006)

2.3.2.1.1 Factores de riesgo

La PC es un síndrome que puede ser debido a diferentes etiologías. El conocimiento de los distintos factores que están relacionados con la PC es importante porque algunos de ellos se pueden prevenir, facilita la detección precoz y el seguimiento de los niños con riesgo de presentar PC.

Factores prenatales

Factores maternos

- a) Alteraciones la coagulación, enfermedades autoinmunes, HTA.
- b) Infección intrauterina, traumatismo, sustancias tóxicas, disfunción tiroidea.

Alteraciones de la placenta

- a) Trombosis en el lado materno, trombosis en el lado fetal
- b) Cambios vasculares crónicos, Infección.

Factores fetales

- a) Gestación múltiple, Retraso crecimiento intrauterino
- b) Malformaciones. (Asociación Española de Pediatría, 2008)

Factores perinatales

- a) Prematuridad, bajo peso
- b) Fiebre materna durante el parto, Infección SNC o sistémica
- c) Hipoglucemia mantenida, hiperbilirrubinemia
- d) Hemorragia intracraneal
- e) Encefalopatía hipóxico-isquémica
- f) Traumatismo, cirugía cardíaca. (Asociación Española de Pediatría, 2008)

Factores postnatales

- a) Infecciones (meningitis, encefalitis)
- b) Traumatismo craneal
- c) Estatus convulsivo
- d) Parada cardió-respiratoria
- e) Intoxicación
- f) Deshidratación grave (Asociación Española de Pediatría, 2008)

2.3.2.1.2 Clasificación

La PC se puede clasificar siguiendo varios criterios.

I. Clasificación Fisiológica

Parálisis Cerebral Espástica

Se caracteriza por un aumento excesivo del tono muscular (hipertonía), acompañado de un elevado grado de rigidez muscular (espasticidad), que provoca movimientos exagerados y poco coordinados o armoniosos, especialmente en las piernas, los brazos y/o la espalda.

Cuando la espasticidad afecta a las piernas, éstas pueden encorvarse y cruzarse en las rodillas, dando la apariencia de unas tijeras, lo que puede dificultar el andar. Algunas personas, experimentan temblores y sacudidas incontrolables en uno de los lados del cuerpo que, si son severas, interfieren en la realización de los movimientos.

- a) La Parálisis Cerebral Espástica es la más frecuente. Afecta al 75%.
- b) Se caracteriza por una alteración de los reflejos y rigidez muscular.
- c) Lesión en la corteza motora, vía piramidal.
- d) Hiperreflexia: Reflejos exagerados y/o patológicos.
- e) Persistencia de reflejos primitivos (figura del espadachín).
- f) Extremidades pélvicas en tijera.
- g) Con frecuencia, se producen contracturas y deformidades.
- h) Es la forma de PC que, con mayor frecuencia, se produce una discapacidad intelectual. (Instituto de Mayores y Servicios Sociales Ana Madrigal, 2006)

Parálisis Cerebral discinética o atetósica

Afecta, principalmente, al tono muscular, pasando de estados de hipertonía (elevado tono muscular) a hipotonía (bajo tono muscular). Las alteraciones del tono muscular provocan descoordinación y falta de control de los movimientos, que son retorcidos y lentos.

Estas alteraciones desaparecen durante el sueño. En la PC Discinética se producen problemas para de movimiento de las manos y los brazos, las piernas y los pies, lo que dificulta la postura al sentarse y caminar. En algunos casos, también afecta a los músculos de la cara y la lengua, lo que explica las muecas involuntarias y el babeo de algunas de estas personas. La descoordinación también puede afectar a los músculos del habla, dificultando la articulación de las palabras (disartria). En las situaciones de estrés emocional, disminuye la capacidad para controlar los movimientos.

- a) Afecta entre un 10-15% y está asociada a la hiperbilirrubinemia.
- b) Lesión en los ganglios basales y en el tálamo.
- c) Alteración de los patrones del movimiento, el tono muscular, la postura y la coordinación.
- d) Trastornos del lenguaje.
- e) Tono muscular normal durante el sueño.
- f) Inteligencia normal en el 78% de los casos.
- g) Alta incidencia de trastornos neurosensoriales. (Instituto de Mayores y Servicios Sociales Ana Madrigal, 2006)

Parálisis Cerebral Atáxica

Se caracteriza por una marcha defectuosa, con problemas del equilibrio, y por la descoordinación de la motricidad fina, que dificultan los movimientos rápidos y precisos (por ejemplo, abrocharse un botón). Caminan de forma inestable, separando mucho los pies.

Las personas pueden sufrir temblores de intención, es decir, al comenzar algún movimiento voluntario, como coger un libro, se produce un temblor en la parte del cuerpo implicada, en este caso la mano. El temblor empeora a medida que se acerca al objeto deseado.

Afecta a menos de un 15%.

Alteraciones del equilibrio y la coordinación.

Hipotonía.

Disminución de los reflejos osteotendinosos y de la sensibilidad. (Instituto de Mayores y Servicios Sociales Ana Madrigal, 2006)

Parálisis Cerebral Mixta

Lo más frecuente es que las personas con parálisis cerebral presenten una combinación de algunos de los tres tipos anteriores, especialmente, de la espástica y la atetósica.

II. Según la parte del cuerpo afectada

Hemiplejía/hemiparesia: Es la afectación de un lado del cuerpo. En la hemiplejía suele producirse un retraso en el inicio de la marcha. En la mayoría de los casos el miembro superior es el más afectado respecto al miembro inferior y, habitualmente pueden realizar las actividades con la mano dominante sin necesidad de adaptaciones.

Diplejía/diparesia: Se producen dificultades graves en el miembro inferior y una leve afectación de las extremidades superiores, es decir encuentra más afectada la mitad inferior del cuerpo.

Monoplejía/monoparesia: Es una anomalía muy poco frecuente en la PC en la que está sólo afectado un miembro. Generalmente se encuentra otra parte afectada pero en menor proporción. (Rosell, 2010)

Triplejía/triparesia: En el cual se encuentran afectados tres miembros.

Cuadriplejía/cuadriparesia: Se encuentran afectados los cuatro miembros. (Instituto de Mayores y Servicios Sociales Ana Madrigal, 2006)

III. Según el grado de dependencia

El grado de afectación está determinado por la extensión de la lesión cerebral.

- a) Grave: Carece de autonomía para la realización de todas o casi todas las actividades de la vida diaria (vestirse, comer, asearse), por lo que precisa de la ayuda de otra persona para poder vivir. Necesitará una silla de ruedas o un equipo especial.
- b) Moderada: Necesita apoyo de una tercera persona para determinadas actividades y/o ayudas técnicas u ortopédicas como un bastón.
- c) Leve: Es totalmente independiente, aunque parece torpe cuando realiza alguna actividad. (Instituto de Mayores y Servicios Sociales Ana Madrigal, 2006)

2.3.2.2 Amputaciones

Es una condición adquirida cuyo resultado es la pérdida de una extremidad y cuya causa suele ser una lesión, una enfermedad o una operación quirúrgica. La amputación es una entidad médica de naturaleza especial porque la incapacidad es resultado; no de una forma de patología; sino de una forma de tratamiento que ha eliminado la patología.

Por lo regular la pérdida de un miembro; causa gran trauma psicológico al enfermo; éste puede temer que la amputación disminuya la aceptación por parte de

otras personas; la pérdida de una parte del cuerpo altera la imagen que el paciente tiene de su cuerpo y puede disminuir su autoestima.

El paciente se enfrentará a la posibilidad de pérdida de la locomoción; invalidez permanente; cambios en sus costumbres hogareñas y quizás pérdida del trabajo. Toda respuesta a la amputación es altamente individual, pero, es afectada por factores como la edad; el pronóstico relativo al estado subyacente; el estado emocional y nivel de desarrollo del paciente. (Osorio, 2009)

2.3.2.2.1 Causas de amputación

Enfermedad vascular periférica

La mayoría de las amputaciones se realizan por una enfermedad vascular periférica ya sea arteriosclerótica, arteriosclerótica con Diabetes Mellitus o de otro tipo. La gangrena de un miembro producida por arteriosclerosis suele ser más difícil de tratar en presencia de Diabetes Mellitus porque los tejidos cicatrizan mal y son más susceptibles a la infección. Se ha demostrado de forma repetida que tras la amputación a través de la extremidad inferior por una enfermedad periférica, con o sin Diabetes Mellitus, el muñón suele cicatrizar incluso cuando el nivel de amputación es inferior a la rodilla; pero se debe controlar la infección con cuidado antes de la cirugía, el estado nutricional debe ser óptimo, la técnica quirúrgica meticulosa y el tratamiento post-operatorio adecuado. (Osorio, 2009)

Lesión

La segunda indicación más frecuente de la amputación es la presencia de una lesión de diferentes tipos. Una lesión aguda es una indicación cuando el aporte de sangre está destruido de forma irreparable.

En los casos donde la extensión del daño no puede determinarse hasta pasados algunos días, suele ser aconsejable desbridar primero y retrasar la amputación hasta que la lesión pueda evaluarse de forma precisa.

Se indican amputaciones abiertas tras quemaduras térmicas, o por congelación. La amputación por quemadura eléctrica requiere reseca los músculos o grupos musculares necróticos y conservar la piel y músculo que parezcan viables con el objetivo de construir un muñón de amputación de mayor longitud. (Osorio, 2009)

Infección

La infección aguda o crónica que no responde al tratamiento médico o quirúrgico puede ser indicación para la amputación. La gangrena gaseosa fulminante es la más peligrosa y suele exigir una amputación inmediata a nivel proximal, la herida se deja abierta. La amputación en infecciones crónicas suele estar indicada porque la osteomielitis crónica o la fractura infectada han deteriorado la función. (Osorio, 2009)

Tumores

Suele estar indicada en tumores malignos sin signos de diseminación metastásica. El objetivo de la amputación es reseca la neoplasia maligna antes de que metastatice. Puede estar justificada para aliviar el dolor cuando una neoplasia ha empezado a ulcerarse e infectarse o ha provocado una fractura patológica. El nivel de amputación debe ser lo suficiente proximal para la recidiva local del tumor. (Osorio, 2009)

2.3.2.2 Niveles de amputación en extremidades inferiores

Estas se consideran las amputaciones más importantes debido a que su incidencia es del 85% de todas las amputaciones realizadas. La extremidad inferior desempeña múltiples funciones dentro de las cuales tres son las más importantes: brindar soporte al resto del cuerpo a lo que se le ha llamado función de apoyo en

carga, proporciona un control de la fuerza de gravedad y permite la bipedestación y la deambulaci3n o locomoci3n. (Unviersidad Tecnol3gica de Pereira, 2103)

De acuerdo al nivel de amputaci3n se clasifica en:

- a) Desarticulaci3n de cadera.
- b) Amputaci3n Transfemoral.
- c) Desarticulaci3n de rodilla.
- d) Amputaci3n Transtibial.
- e) Amputaci3n de Syme o transmaeolar.
- f) Amputaci3n de Lisfranc o tarsometatarsiana.
- g) Amputaci3n de Chopart o transmetatarsiano. (Unviersidad Tecnol3gica de Pereira, 2103)

2.3.3 Discapacidad Intelectual o Retraso Mental

Seg3n el Manual diagn3stico y estadístico de los trastornos mentales, por sus siglas en ingl3s (DSM), es un t3rmino utilizado cuando una persona tiene d3ficits en el funcionamiento intelectual, tal como razonamiento, resoluci3n de problemas, planificaci3n, pensamiento abstracto, toma de decisiones, aprendizaje acad3mico y a trav3s de la propia experiencia, confirmado por evaluaciones clínicas a trav3s de varios test de inteligencia estandarizados aplicados individualmente. (Alvarez, 2013)

Estas personas podrían necesitar m3s tiempo para aprender a hablar, caminar, vestirse o comer sin ayuda y tambi3n podrían tener problemas de aprendizaje en la escuela.

La discapacidad intelectual puede ser la consecuencia de un problema que comienza antes de que el ni3o nazca hasta que llegue a los 18 a3os de edad. La causa puede ser una lesi3n, enfermedad o un problema en el cerebro. En muchos ni3os no se conoce la causa de la discapacidad intelectual. Algunas de las causas

más frecuentes de la discapacidad intelectual, como el síndrome de Down, el síndrome alcohólico fetal, el síndrome X frágil, afecciones genéticas, defectos congénitos e infecciones, ocurren antes del nacimiento. Otras causas ocurren durante el parto o poco después del nacimiento. En otros casos, las causas de la discapacidad intelectual no se presentan sino hasta cuando el niño es mayor, tales como lesiones graves de la cabeza, accidentes cerebro-vasculares o ciertas infecciones.

Por lo general, mientras más grave sea el grado de discapacidad intelectual, más temprano se identificarán los síntomas. Sin embargo, podría ser difícil indicar la manera como la discapacidad intelectual afectará a los niños más tarde en la vida. Hay muchos síntomas de discapacidad intelectual. Por ejemplo, los niños con discapacidad intelectual puede que:

- a) se sienten, gateen o caminen más tarde que otros niños
- b) aprendan a hablar más tarde o tener problemas para hablar
- c) tengan dificultad para recordar cosas
- d) tengan problemas para entender las reglas sociales
- e) tengan dificultad para ver las consecuencias de sus acciones
- f) tengan dificultad para resolver problemas

2.3.3.1.1 Causas de la Discapacidad Intelectual

Los factores causales asociados a la discapacidad intelectual son diversos y pueden clasificarse en genéticos, adquiridos (congénitos y del desarrollo), ambientales y socioculturales. En específico, puede haber factores causales genéticos como los involucrados en el síndrome de Down, o hereditarios incluyendo la enfermedad de Tay-Sachs. Luego hay factores adquiridos, ya sean congénitos o del desarrollo. Los congénitos se pueden dividir en tres grupos: los metabólicos (como el hipotiroidismo neonatal), los tóxicos (como el envenenamiento por plomo o el síndrome alcohólico fetal) y las infecciones (por ejemplo rubéola, sífilis o toxoplasmosis).

Por su parte, los factores causales de la discapacidad intelectual que están relacionados al desarrollo pueden tener lugar en el periodo prenatal (por la diabetes incontrolada o la desnutrición intrauterina, entre otras), en el periodo perinatal (ejemplos serían el sufrimiento fetal prolongado con anoxia neonatal o la asfixia relacionada con sofocación) o en el periodo posnatal, como las infecciones (encefalitis y meningitis, entre otras).

Finalmente, también hay factores ambientales y socioculturales que pueden causar la discapacidad intelectual, especialmente relacionados con la pobreza. Al respecto, estudios epidemiológicos han demostrado de manera consistente asociación significativa entre la marginación socioeconómica y el bajo nivel económico por un lado y por el otro la discapacidad intelectual. Los datos disponibles sugieren que esta asociación refleja dos procesos distintos. El primero consiste en que esta asociación es mediada por la asociación entre pobreza y exposición a una gama amplia de factores ambientales y psicosociales. El segundo es que las familias con integrantes con este tipo de discapacidad incrementan el riesgo de gastos catastróficos que pueden tener como resultado un menor nivel socioeconómico familiar.

Estos factores son directamente responsables del incremento desproporcionado en la incidencia de discapacidad intelectual en los países en vías de desarrollo, en interacción con la escasa y deficiente atención médica prenatal, perinatal y posnatal, maternidad en el periodo de adolescencia, inestabilidad familiar, mala calidad de la atención natal por parte de múltiples e inadecuados cuidadores y profesionales de la salud, bajo nivel de estimulación y educación, así como maltrato infantil. (Allen, 2009)

2.3.3.1.2 Clasificación de la Discapacidad Intelectual

Actualmente, de acuerdo a la versión del DSM-V, que define la discapacidad intelectual como trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.

Para considerar que una persona padece discapacidad intelectual, se realizan pruebas que lo determine, es decir, existen tres criterios de diagnósticos: El sujeto debe tener una capacidad intelectual significativamente inferior al promedio, deber haber alteraciones en la actividad adaptativa en al menos dos áreas y que el inicio sea antes de los 18 años.

Así, el DSM -V, distingue entre:

- a) Retraso Mental Leve: Coeficiente Intelectual (CI) entre 50-55 y aproximadamente 70.
- b) Moderada: Coeficiente intelectual (CI) entre 35-40 y 50-55.
- c) Grave: Coeficiente intelectual (CI) entre 20-25 y 35-40.
- d) Profunda: Coeficiente intelectual (CI) inferior a 20-25.
- e) De gravedad no especificada: cuando hacen las pruebas existentes para diagnosticar la discapacidad intelectual, y no se puede encasillar en ningún grado existente. (Alvarez, 2013)

Leve: CI entre 50-55 y 70. Es el tipo de discapacidad intelectual más común entre la población (85%). La mayoría de las causas son de tipo ambiental o familiar. En este grado de discapacidad, los sujetos se caracterizan por su lentitud en el desarrollo, pero en la vida adulta, no tienen problemas en el desarrollo de la vida cotidiana.

Moderada: CI entre 35-40 y 50-55. En este grado de discapacidad existe un 10% de la población. Los sujetos que poseen este grado de discapacidad tienen problemas

para adquirir las habilidades de comunicación y en la edad adulta suelen tener problemas, ya que pocos se casan o tienen hijos.

Grave: CI entre 20-25 y 35-40. Este grado supone el 3 / 4% de sujetos con discapacidad intelectual. En la etapa preescolar se suele desarrollar el lenguaje comunicativo, pero en este caso, ese desarrollo es escaso o nulo. En la vida adulta, las personas con discapacidad intelectual acaban viviendo en instituciones y necesitan mucha supervisión de los demás adultos.

Profundo: CI por debajo de 20-25. Este grado supone el 1-2% de sujetos con discapacidad intelectual. En la mayoría de las personas con este grado de discapacidad intelectual, es porque existe una enfermedad neurológica. Una de las características fundamentales es que existen graves problemas de conducta y a causa de esto, estas personas viven en instituciones y son dependientes de las ayudas de las demás personas.

Discapacidad intelectual no especificada: Se establece cuando existe clara presunción de retraso mental pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada. Este diagnóstico está reservado para individuos de más de 5 años cuando el grado de discapacidad intelectual es difícil o imposible de evaluar por un déficit sensorial o físico como ceguera o debilidad prelingual, discapacidad locomotora o problemas de conductas graves de un trastorno mental. Esta categoría debería ser utilizada en casos excepcionales y requiere de una reevaluación después de un periodo de tiempo. (Centro de Documentación de estudios y oposiciones, 2012)

2.3.3.2 Síndrome de Down

Es una condición genética que ocurre en el ser humano, determinada por una alteración del número de cromosomas, en donde existen 47 cromosomas en lugar de 46, lo que define que hay un cromosoma extra. Se pueden presentar tres formas: la

trisomía 21 libre en un 95% de los casos, la translocación en un 4% y el mosaicismo en el 1%.

Un concepto a destacar de estos datos es que definen el origen y la presencia del síndrome, pero no precisa la cantidad o calidad de la presentación del síndrome en esta nueva persona que acaba de nacer. La trisomía 21 o Síndrome de Down (SD) es una de las malformaciones congénitas más definida y mejor conocida. (Revista Española de Pediatría, 2012)

2.3.3.2.1 Etiología

Su incidencia es del orden de 1 sobre 750 nacimientos, igual para ambos sexos. (Ruiz, 2009)

- a) La incidencia del SD varía con la edad materna.
- b) La edad de la madre más peligrosa para gestar un SD es a partir de los 40 años.
- c) De los 35 a los 39 años es la edad con factor de riesgo.
- d) La edad dificultosa sería entre 13-14 a 18 años. Son los dos extremos.

En el 95% de casos, el SD se produce por una trisomía del cromosoma 21 debido generalmente a la no disyunción meiótica en el óvulo. Aproximadamente un 4% se debe a una “traslocación robertsoniana” entre el cromosoma 21 y otro cromosoma “acrocéntrico” que normalmente es el 14 o el 22. Ocasionalmente puede encontrarse una traslocación entre dos cromosomas 21. Por último un 1% de los pacientes presentan un mosaico, con cariotipo normal y trisomía 21. No existen diferencias fenotípicas entre los diferentes tipos de SD. (Artigas, s.f)

2.3.3.2.2 Clasificación

Trisomía 21 por traslocación

La traslocación consiste en un intercambio de material cromosómico entre dos cromosomas no homólogos, de los grupos “D” o “G” o bien entre cromosomas del grupo “G” (cromosomas 21 y 22).

En los casos de trisomía veintiuno por traslocación, lo más frecuente es la traslocación veintiuno/veintiuno; pero también puede encontrarse una traslocación entre dos “G” veintiuno/veintidós. Se producen cuatro tipos de gametos.

- a) Si el gameto recibe dos cromosomas normales y es fecundado, el producto será genotípica y fenotípicamente normal.
- b) Si recibe el cromosoma traslocado su fecundación producirá un individuo genotípicamente portador de una traslocación y fenotípicamente normal.
- c) Si el gameto fecundado contiene el cromosoma traslocado, más el homólogo veintiuno, el producto de la fecundación será trisómico veintiuno.
- d) Si recibe el cromosoma traslocado, su fecundación producirá un individuo genotípicamente portador de una traslocación y fenotípicamente normal.
- e) Si el gameto fecundado contiene el cromosoma traslocado, más el homólogo veintiuno, el producto de la fecundación será trisómico veintiuno.
- f) Si contiene únicamente el homólogo “D” será monosómico veintiuno, que no es viable. (Ruiz, 2009)

Mosaico

El mecanismo de la “no-disyunción” puede ocurrir después de la formación de un cigoto normal de 46 cromosomas. La “no-disyunción” postzigótica del

cromosoma 21 produce una célula con 47 cromosomas trisómicas 21 y una monosómica de 45 cromosomas.

La célula trisómicas sigue dividiéndose y forma una población de células trisómicas. La célula monosómica no es viable, muere sin reproducirse.

El cuadro fenotípico es viable según sea la proporción de las células normales y trisómicas desde un individuo con Síndrome de Down completo hasta un individuo aparentemente normal.

Significa la existencia en un mismo individuo de dos grupos celulares: es decir, células con 46 cromosomas y células con 47 cromosomas. (Ruiz, 2009)

2.3.3.2.3 Clínica

Los niños con SD se caracterizan por presentar una gran hipotonía e hiperlaxitud ligamentosa. Fenotípicamente presentan unos rasgos muy característicos.

Cabeza y cuello: leve microcefalia con braquicefalia y occipital aplanado. El cuello es corto.

Cara: los ojos son “almendrados”, y si el iris es azul suele observarse una pigmentación moteada. Las hendiduras palpebrales siguen una dirección oblicua hacia arriba y afuera y presentan un pliegue de piel que cubre el ángulo interno y la carúncula del ojo (epicanto). La nariz es pequeña con la raíz nasal aplanada. La boca también es pequeña y la protrusión lingual característica. Las orejas son pequeñas con un hélix muy plegado y habitualmente con ausencia del lóbulo. El conducto auditivo puede ser muy estrecho.

Manos y pies: manos pequeñas y cuadradas con metacarpianos y falanges cortas (braquidactilia) y clinodactilia por hipoplasia de la falange media del 5º dedo. Puede

observarse un surco palmar único. En el pie existe una hendidura entre el primer y segundo dedo con un aumento de la distancia entre los mismos (signo de la sandalia).

Genitales: el tamaño del pene es algo pequeño y el volumen testicular es menor que el de los niños de su edad, una criptorquidia es relativamente frecuente en estos individuos.

Piel y faneras: la piel es redundante en la región cervical sobretodo en el período fetal y neonatal. Puede observarse livedo reticularis (cutis marmorata) de predominio en extremidades inferiores. Con el tiempo la piel se vuelve seca e hiperqueratósica.

El retraso mental es constante en mayor o menor grado. (Ruiz, 2009)

2.3.3.2.4 Riesgo de recurrencia

El SD puede diagnosticarse prenatalmente realizando un estudio citogenético de vellosidades coriónicas o de líquido amniótico. El riesgo depende de la edad materna, pero también del cariotipo de los progenitores.

En el caso que se trate de una trisomía 21, el riesgo de recurrencia para las mujeres de edad superior a los 30 años es el mismo que le da su edad. En las mujeres más jóvenes es mayor.

En el caso de que exista una traslocación y alguno de los progenitores sea portador, no influye la edad materna, pero existe un riesgo más alto de recurrencia si el portador de la traslocación es la madre. En el caso de que alguno de los padres tenga una traslocación Robertsoniana entre dos cromosomas 21 el riesgo de recurrencia es del 100% independientemente del sexo que lo transmita. Si ninguno de los progenitores es portador de una traslocación el riesgo de recurrencia es de alrededor de un 2-3%. (Ruiz, 2009)

2.4 Marco legal

2.4.1 Aspectos legales de la constitución del Ecuador 2008

Capítulo Segundo

Sección séptima

Salud

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

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Sección sexta

Personas con discapacidad

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

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

1. La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida.
2. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas.
3. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
4. Exenciones en el régimen tributario.

5. El trabajo en condiciones de igualdad de oportunidades, que fomente sus capacidades y potencialidades, a través de políticas que permitan su incorporación en entidades públicas y privadas.
6. Una vivienda adecuada, con facilidades de acceso y condiciones necesarias para atender su discapacidad y para procurar el mayor grado de autonomía en su vida cotidiana. Las personas con discapacidad que no puedan ser atendidas por sus familiares durante el día, o que no tengan donde residir de forma permanente, dispondrán de centros de acogida para su albergue.
7. Una educación que desarrolle sus potencialidades y habilidades para su integración y participación en igualdad de condiciones. Se garantizará su educación dentro de la educación regular. Los planteles regulares incorporarán trato diferenciado y los de atención especial la educación especializada. Los establecimientos educativos cumplirán normas de accesibilidad para personas con discapacidad e implementarán un sistema de becas que responda a las condiciones económicas de este grupo.
8. La educación especializada para las personas con discapacidad intelectual y el fomento de sus capacidades mediante la creación de centros educativos y programas de enseñanza específicos.
9. La atención psicológica gratuita para las personas con discapacidad y sus familias, en particular en caso de discapacidad intelectual.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. La garantía del pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. La ley sancionará el abandono de estas personas, y los actos que incurran en cualquier forma de abuso, trato inhumano o degradante y discriminación por razón de la discapacidad.

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

2.4.2 Plan nacional del buen vivir

OBJETIVO 2.- Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial en la diversidad.

Discapacidad

El 5,6% de la población ecuatoriana (816 156 personas) señala tener algún tipo de discapacidad (INEC, 2010a). La presencia de discapacidad está directamente relacionada con la edad; el 33% tiene más de 65 años. Los accidentes son una causa de discapacidad y afectan más a la población masculina de 20 a 64 años (19%). En las mujeres del mismo rango de edad, son las condiciones negativas de salud las que provocan alguna discapacidad (53%); estas también afectan al desarrollo integral en los menores de 5 años. Menos de la mitad de las personas con discapacidad (44%) reportan que si han trabajado alguna vez, pero apenas la cuarta parte (25%) de personas con discapacidad y limitación grave, reportan estar trabajando: 1 659 personas lo hacen en un empleo especial protegido y 444, en empleo regular con apoyo (Conadis, 2013). El 80% no tiene acceso a seguridad social; el 9,6% se encuentra afiliado al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS voluntario y general); el 5,9% al IESS campesino; el 0,4%, al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) o al Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) y el 4,6%, a seguros privados (INEC, 2010a).

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

personas con discapacidad y la contribución al cumplimiento de los instrumentos internacionales de derechos de las mismas (CONADIS 2013: 41-42). (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013)

2.4.3 Ley orgánica de discapacidades

TITULO I

PRINCIPIOS Y DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

CAPITULO PRIMERO

DEL OBJETO, AMBITO Y FINES

Art. 1.- Objeto.- La presente Ley tiene por objeto asegurar la prevención, detección oportuna, habilitación y rehabilitación de la discapacidad y garantizar la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, establecidos en la Constitución de la República, los tratados e instrumentos internacionales; así como, aquellos que se derivaren de leyes conexas, con enfoque de género, generacional e intercultural.

Art. 2.- Ámbito.- Esta Ley ampara a las personas con discapacidad ecuatorianas o extranjeras que se encuentren en el territorio ecuatoriano; así como, a las y los ecuatorianos en el exterior; sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, su cónyuge, pareja en unión de hecho y/o representante legal y las personas jurídicas públicas, semipúblicas y privadas sin fines de lucro, dedicadas a la atención, protección y cuidado de las personas con discapacidad.

El ámbito de aplicación de la presente Ley abarca los sectores público y privado. Las personas con deficiencia o condición discapacitante se encuentran amparadas por la presente Ley, en lo que fuere pertinente.

Art. 3.- Fines.- La presente Ley tiene los siguientes fines:

1. Establecer el sistema nacional descentralizado y/o desconcentrado de protección integral de discapacidades;
2. Promover e impulsar un subsistema de promoción, prevención, detección oportuna, habilitación, rehabilitación integral y atención permanente de las personas con discapacidad a través de servicios de calidad;
3. Procurar el cumplimiento de mecanismos de exigibilidad, protección y restitución, que puedan permitir eliminar, entre otras, las barreras físicas, actitudinales, sociales y comunicacionales, a que se enfrentan las personas con discapacidad;
4. Eliminar toda forma de abandono, discriminación, odio, explotación, violencia y abuso de autoridad por razones de discapacidad y sancionar a quien incurriere en estas acciones;
5. Promover la corresponsabilidad y participación de la familia, la sociedad y las instituciones públicas, semipúblicas y privadas para lograr la inclusión social de las personas con discapacidad y el pleno ejercicio de sus derechos; y,
6. Garantizar y promover la participación e inclusión plenas y efectivas de las personas con discapacidad en los ámbitos públicos y privados.

CAPÍTULO SEGUNDO

DE LOS PRINCIPIOS RECTORES Y DE APLICACION

Art. 4.- Principios fundamentales.- La presente normativa se sujeta y fundamenta en los siguientes principios:

1. No discriminación: ninguna persona con discapacidad o su familia puede ser discriminada; ni sus derechos podrán ser anulados o reducidos a causa de su condición de discapacidad.

La acción afirmativa será toda aquella medida necesaria, proporcional y de aplicación obligatoria cuando se manifieste la condición de desigualdad de la persona con discapacidad en el espacio en que goce y ejerza sus derechos; tendrá enfoque de género, generacional e intercultural;

2. In dubio pro hominem: en caso de duda sobre el alcance de las disposiciones legales, éstas se aplicarán en el sentido más favorable y progresivo a la protección de las personas con discapacidad;
3. Igualdad de oportunidades: todas las personas con discapacidad son iguales ante la ley, tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna. No podrá reducirse o negarse el derecho de las personas con discapacidad y cualquier acción contraria que así lo suponga será sancionable;
4. Responsabilidad social colectiva: toda persona debe respetar los derechos de las personas con discapacidad y sus familias, así como de conocer de actos de discriminación o violación de derechos de personas con discapacidad está legitimada para exigir el cese inmediato de la situación violatoria, la reparación integral del derecho vulnerado o anulado, y la sanción respectiva según el caso;
5. Celeridad y eficacia: en los actos del servicio público y privado se atenderá prioritariamente a las personas con discapacidad y el despacho de sus requerimientos se procesarán con celeridad y eficacia;
6. Interculturalidad: se reconoce las ciencias, tecnologías, saberes ancestrales, medicinas y prácticas de las comunidades, comunas, pueblos y nacionalidades para el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad de ser el caso;
7. Participación e inclusión: se procurará la participación protagónica de las personas con discapacidad en la toma de decisiones, planificación y gestión en los asuntos de interés público, para lo cual el Estado determinará planes y programas estatales y privados coordinados y las medidas necesarias para su participación e inclusión plena y efectiva en la sociedad;
8. Accesibilidad: se garantiza el acceso de las personas con discapacidad al entorno físico, al transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales; así como, la eliminación de obstáculos que dificulten el goce y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, y se facilitará las condiciones necesarias para procurar el mayor grado de autonomía en sus vidas cotidianas;

9. Protección de niñas, niños y adolescentes con discapacidad: se garantiza el respeto de la evolución de las facultades de las niñas, niños y adolescentes con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad; y,

10. Atención prioritaria: en los planes y programas de la vida en común se les dará a las personas con discapacidad atención especializada y espacios preferenciales, que respondan a sus necesidades particulares o de grupo.

La presente normativa también se sujeta a los demás principios consagrados en la Constitución de la República, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y demás tratados e instrumentos internacionales de derechos humanos. (Presidencia de la República del Ecuador, 2012)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

La investigación realizada contiene estudios de tipos exploratorios y descriptivos, debido que no han sido afrontados previamente y también se describen las situaciones encontradas tal como se mostraron en cada uno de los lugares.

Además en el desarrollo de la descripción, se busca denotar las características principales de las personas con discapacidad en las comunidades de Araque, Cusimpamba, Imbaburita y Abatag.

Por otro lado, también se ejecutó un estudio de tipo correlacional con el propósito de medir el grado de relación existente entre las variables y conocer el comportamiento de las mismas.

3.2 Diseño de estudio

El diseño de estudio utilizado fue un diseño no experimental, debido a que se la realizó sin manipular las variables, en este estudio se observó los fenómenos tal y como se dan en su medio.

Además nuestra investigación incluye un diseño de corte transversal, porque se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único, con el objetivo de describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado con respecto a la discapacidad de estas comunidades.

3.3 Población

La investigación fue realizada en el poblado de las comunidades Araque, Cusimpamba, Imbaburita y Abatag, pertenecientes a la parroquia San Pablo del Lago.

Cuadro 2 POBLACIÓN POR COMUNIDAD DE LA PARROQUIA SAN PABLO DEL LAGO

Comunidades	Número de Familias	Población Total	Número de discapacitados
Araque	650	2600	29
Cusimpamba	300	1200	9
Imbaburita	74	296	0
Abatag	83	332	12
TOTAL	1107	4428	50

Fuente: (INEC & AUTORES, 2010)

Nuestra población está conformado por los habitantes de las zonas mencionadas que revelan algún tipo de discapacidad en sus distintas tipologías y grados. La totalidad de personas discapacitadas que se encontró en las comunidades determinadas fue de 50 y se trabajó con las 50 personas dando como resultado haber cubierto 100% de la población discapacitada.

3.5 Identificación de variables

Dentro de las variables se ha reconocido la variable independiente tanto como la dependiente. La primera (**Discapacidad**) con sus respectivos indicadores y niveles, de igual manera la segunda (**aspectos sociodemográficos**).

3.6 Operacionalización de variables

Variable Independiente

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	NIVEL	TÉCNICA
DISCAPACIDAD	Características de la Discapacidad	Tipos de discapacidad	Física, auditiva, de lenguaje, visual y otros	Entrevista
		Etiología de la discapacidad	Accidentes, alteración genética, complicaciones en el parto, condiciones de salud de la madre, desastres naturales, dificultad servicios de salud, enfermedad en general, enfermedad profesional, no sabe, otros, víctima de	Entrevista

			violencia	
		Percepción de recuperación	Sí No	Entrevista
		Recuperación actual	Si No	Entrevista
		Motivos para no hacer rehabilitación	No sabe, falta de dinero, no le gusta, no hay quien le lleve, cree que ya no necesita, centro de atención lejano, si asiste a rehabilitación, ya término la rehabilitación.	

Variable dependiente

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	NIVEL
FACTORES SOCIOECONÓMICOS	Características Personales	Género	Masculino Femenino
		Etnia	Mestizo Blanco Indígena Negro
		Edad	0-5, 11-15, 16-18, 19-40, 41-59, 6-10, 60-75, 76-89, 90 en adelante
		Escolaridad	Preescolar Básico Bachillerato Superior Posgrado
		Ocupación	No está trabajando, jornalero o peón, obrero-empleado particular
		Ingreso mensual	No tiene ingreso, 0-100, 100-350, 350-

			700
Servicios Básicos	Energía Eléctrica	Sí No	
	Alcantarillado	Sí No	
	Teléfono	Sí No	
	Recolección de basura	Sí No	
	Agua potable	Sí No	
	Servicios del Gobierno	Bono del Desarrollo Humano	Sí No
Misión Manuela Espejo		Sí No	
Bono Joaquín Gallegos Lara		Sí No	
Bono por discapacidad		Sí No	
		Carné del CONADIS	Presenta/ número No sabe/ no tiene

3.7 Métodos y técnicas de recolección de datos

Observación

Con este método de busca fue posible investigar la realidad de carácter inmediato, logrando la percepción directa de los fenómenos de las personas con discapacidad. Es así que mediante tres etapas se fue realizando el Diagnóstico georreferenciado de Discapacidad en las cuatro comunidades.

En una primera fase se reconoció los lugares o comunidades en los que se efectuó el estudio previa aprobación de la Tenencia Política de San Pablo. En una segunda, es decir, en la recolección de datos se observaron a cada una de las personas discapacitadas obteniendo información precisa. Y en el último ciclo, se realizó la georreferenciación de la muestra obtenida.

Información

Todos los datos obtenidos de las personas con discapacidad fueron recopilados en el sistema “ODK COLLECT”, el cual es un tipo de formulario digital que optimiza el proceso de recolección de datos, siendo una herramienta importante, que incluye preguntas abiertas, cerradas, dicotómicas, politómicas, de respuesta múltiple. El formulario fue aplicado para conocer datos de identificación, tipo de discapacidad, situación del discapacitado, actividades y ayudas que recibe, entre otros.

Georreferenciación

Conocidos los domicilios de las personas con discapacidad y con la información necesaria de los mismos, se efectuó la georreferenciación. “La georreferenciación o rectificación es un proceso que permite determinar la posición de un elemento en un sistema de coordenadas espacial diferente al que se encuentra”. (Martinez, 2012)

Con la ayuda del GPS se definió la localización de cada vivienda, conformado por los parámetros: coordenadas(X, Y) y la altura. Es importante mencionar que una casa se encontró hasta tres o cuatro personas con discapacidad (hermanos), por lo que se mantuvieron los mismos elementos de georreferencia en este caso.

Proceso de Datos

Con la toda información obtenida, se realizó tablas para analizar y explicar cada uno de los datos con la ayuda de los programas “Microsoft Excel” y también “Epi Info” que denoten deducciones que sean precisas y transparentes, y finalmente sean elementos útiles para mejorar el modus vivendi de las personas discapacitadas.

3.8 Validez y confiabilidad de la investigación

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

A través de esta herramienta se visitó cada una de las comunidades ejecutando la encuesta respectiva a las personas discapacitadas, de este modo se determinó su tipología y el número de personas en total y en cada comunidad, logrando un total de 50 personas con discapacidad.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Análisis de Resultados

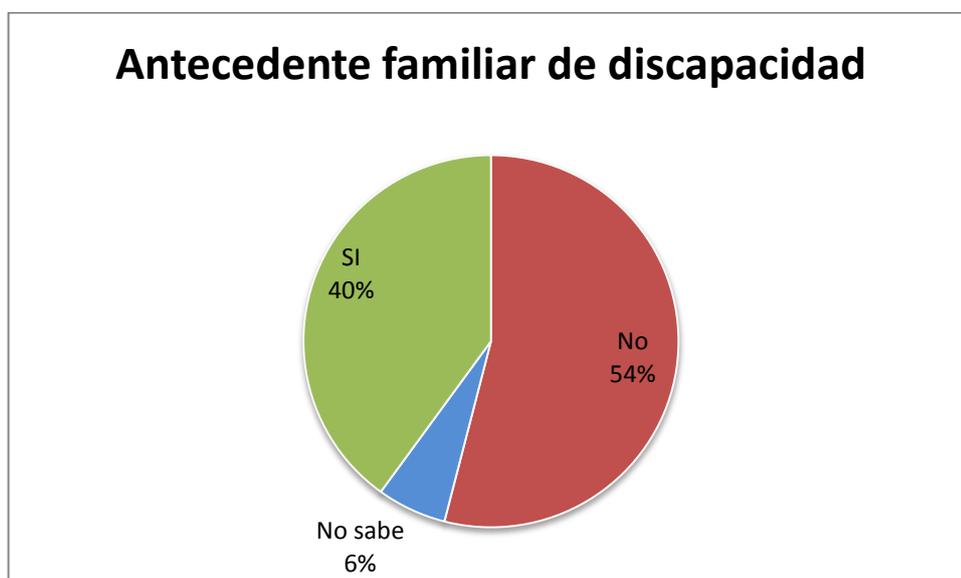
I. Datos de discapacidad

Gráfico 1 Distribución porcentual del tipo de discapacidad que presentan



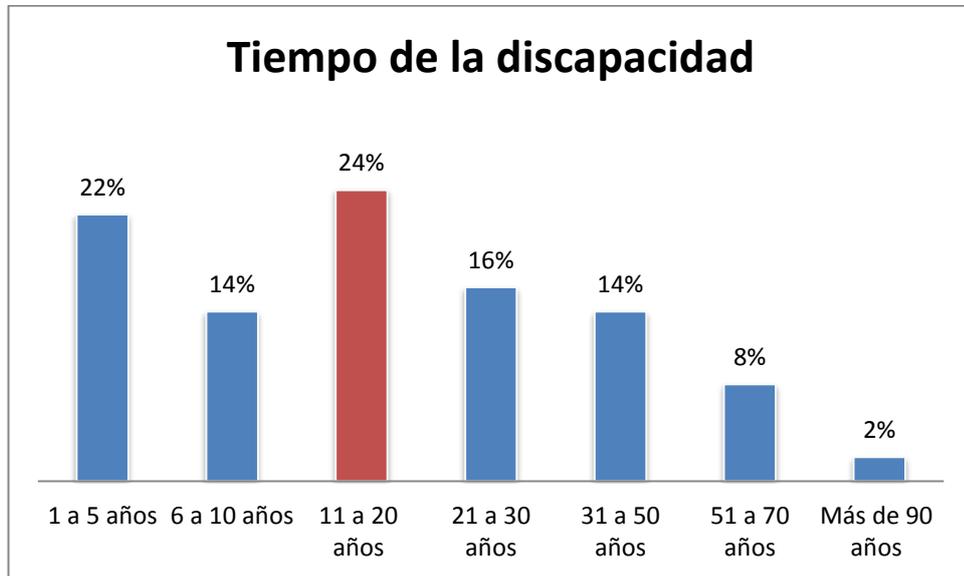
La discapacidad con mayor prevalencia es la física en el 44% de la población en estudio, el 18% tiene discapacidad auditiva, el 16% de lenguaje, y el 12% visual. En similitud a los datos del (CONADIS, 2014) en donde la discapacidad mayoritaria es la física seguida de la auditiva.

Gráfico 2 Distribución porcentual del antecedente familiar



La mayoría de la población en estudio el 54% no tiene antecedente familiar de discapacidad, el 40%, no hay un control que permita identificar las posibles deficiencias o discapacidades.

Gráfico 3 Distribución porcentual del tiempo de la discapacidad



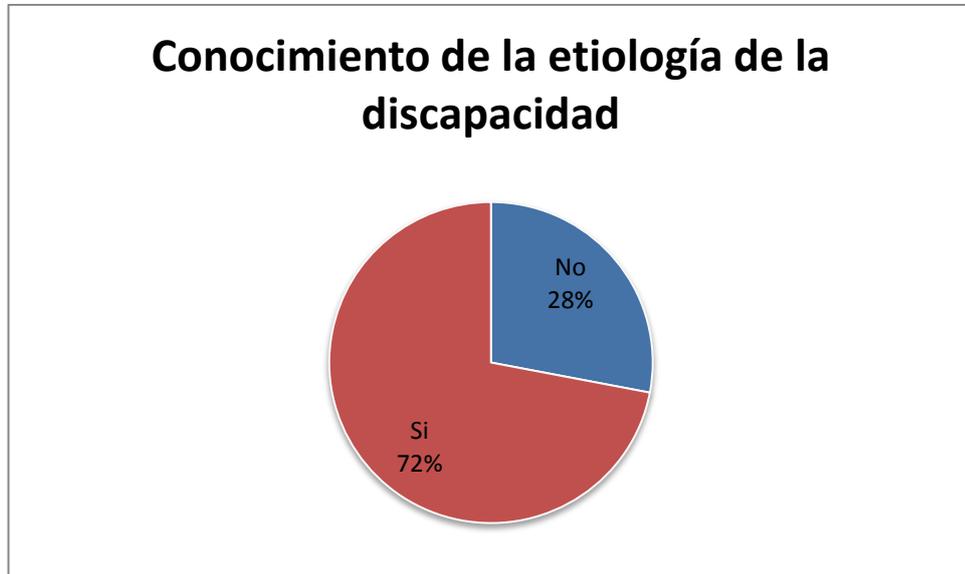
La mayoría que son el 24% tiene la discapacidad desde hace 11 a 20 años atrás, seguido del 22% que la tiene desde hace 5 años. El 40% tiene su discapacidad desde más de 20 años, lo que indica que deben existir posibles complicaciones.

Gráfico 4 Distribución porcentual de las actividades que se les dificulta a las personas con discapacidad



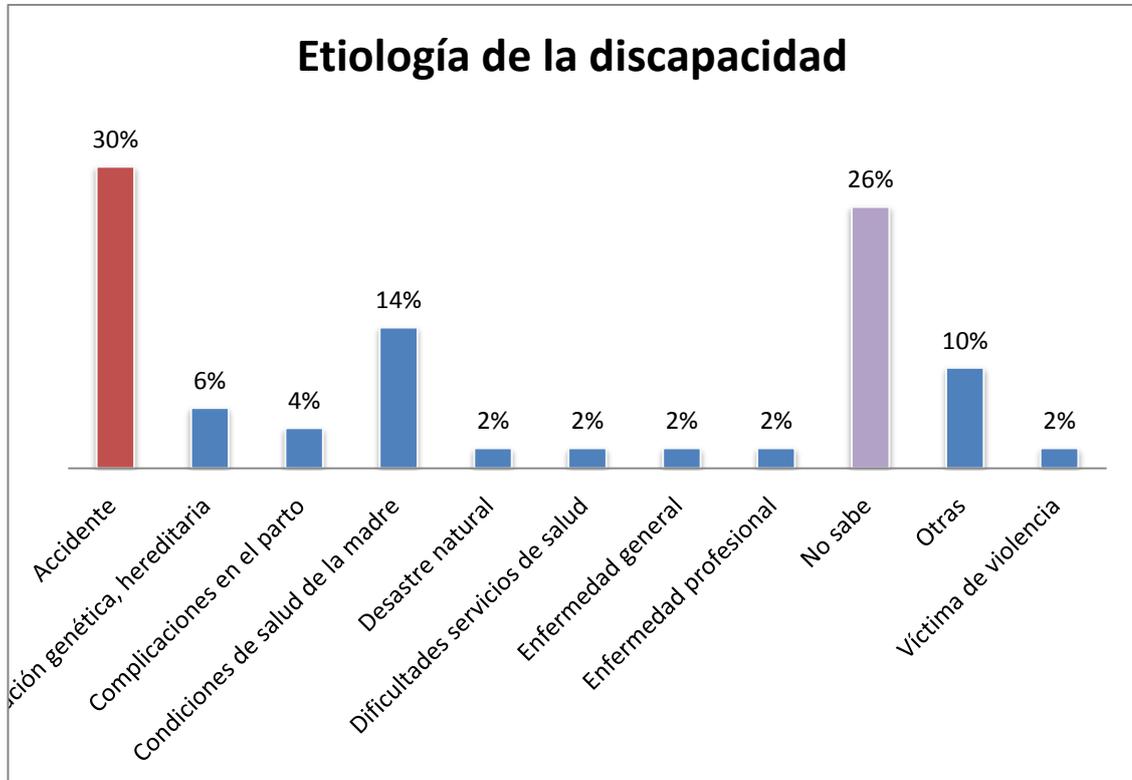
A la mayoría de las personas con discapacidad de este estudio la actividad que más se les dificulta es hablar, oír, caminar y pensar. Lo que justifica que exista discapacidad física y auditiva en la gran mayoría de las personas.

Gráfico 5 Distribución porcentual del conocimiento de la etiología de la discapacidad



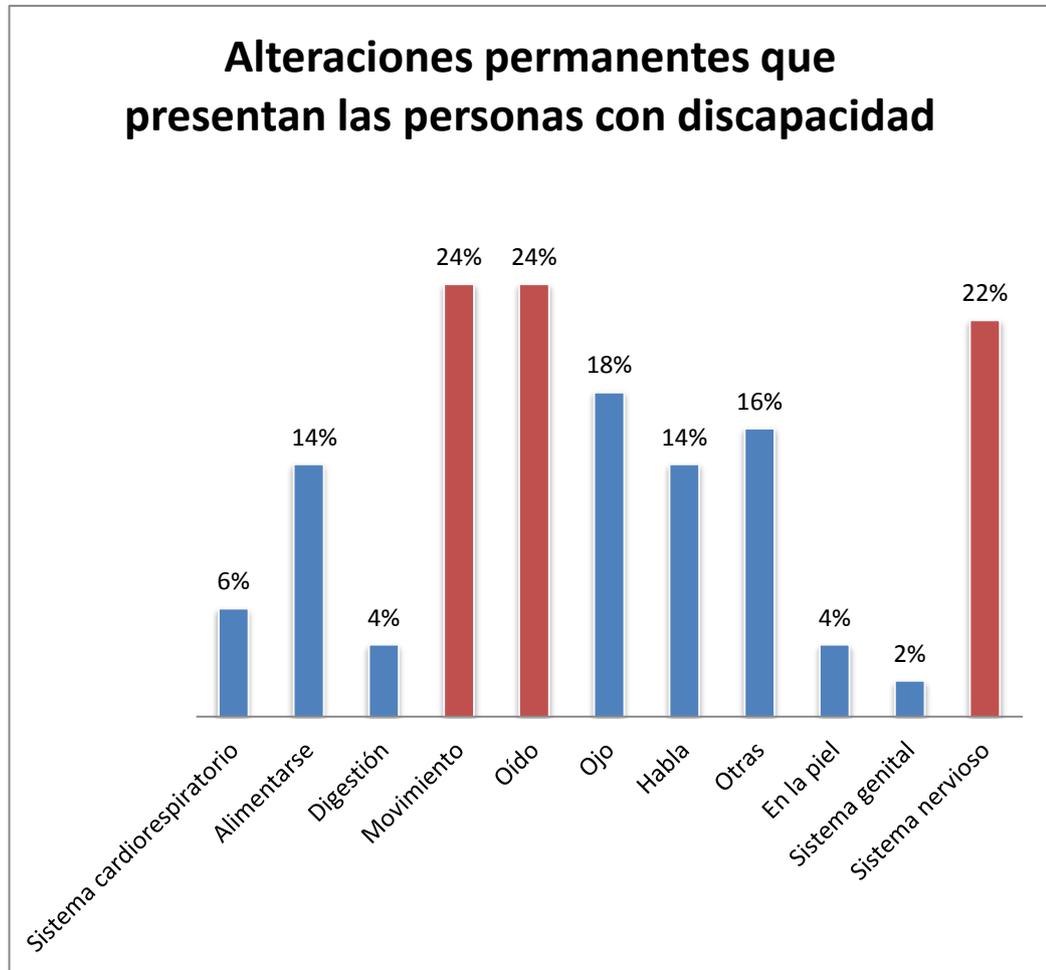
El 72% de la población si conoce cuál es la etiología de la discapacidad que presentan, siendo este un factor protector en la investigación considerando que si conocen la causa pueden prevenir que sus familiares puedan padecer el mismo problema, pueden entender el tratamiento a seguir.

Gráfico 6 Distribución porcentual de la etiología de la discapacidad



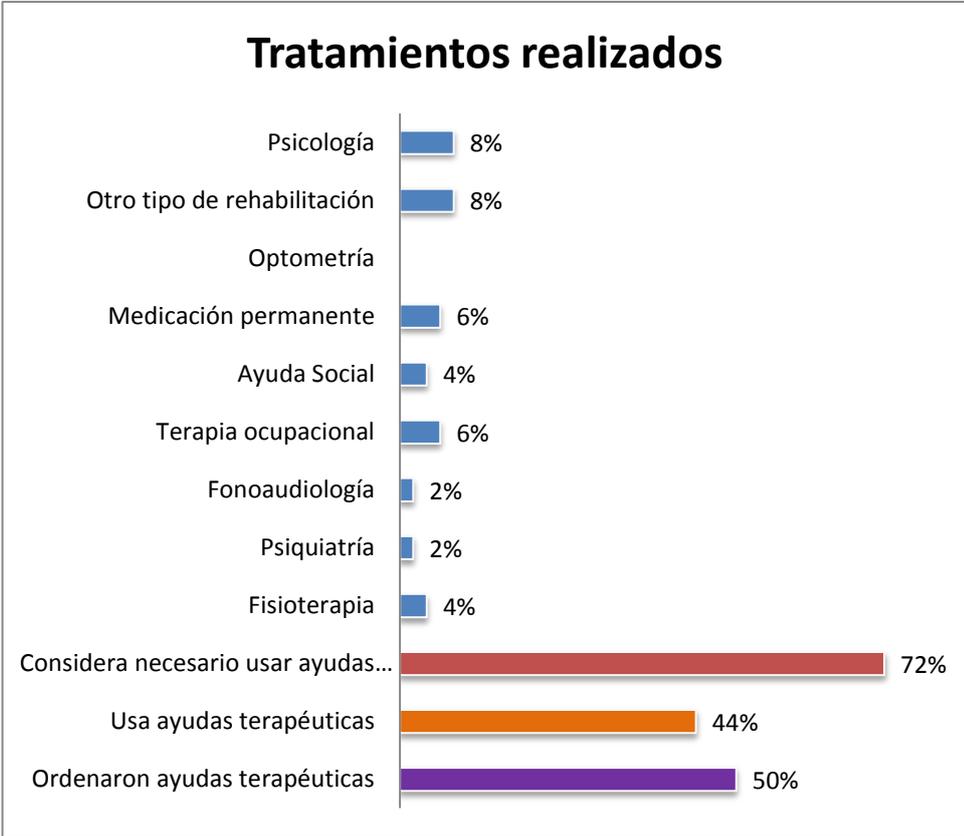
La mayoría indica que fue a causa de un accidente 30% y el 14% que fue por condiciones de la madre en el embarazo, haciendo un total del 44% de la población que pudo haber prevenido esa discapacidad.

Gráfico 7 Distribución porcentual de las alteraciones permanentes que presentan las personas con discapacidad



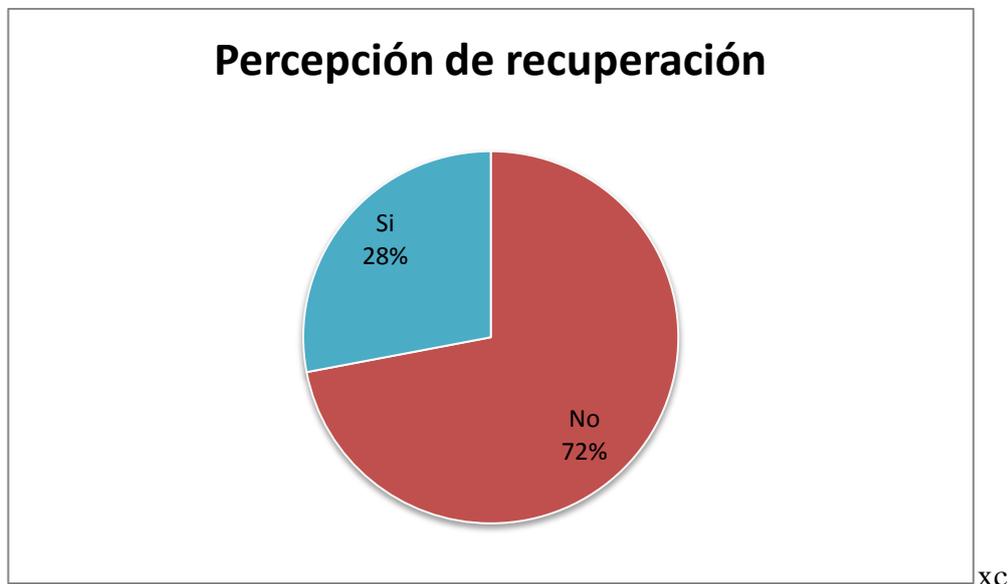
Debido a que en el estudio hay mayor prevalencia de discapacidad física y auditiva se halló en igualdad de condiciones alteraciones permanente es el movimiento, oído y sistema nervioso con el 24% en el primero y segundo, mientras que en el tercero registra un 22%.

Gráfico 8 Distribución porcentual de los tratamientos que realizan las personas con discapacidad



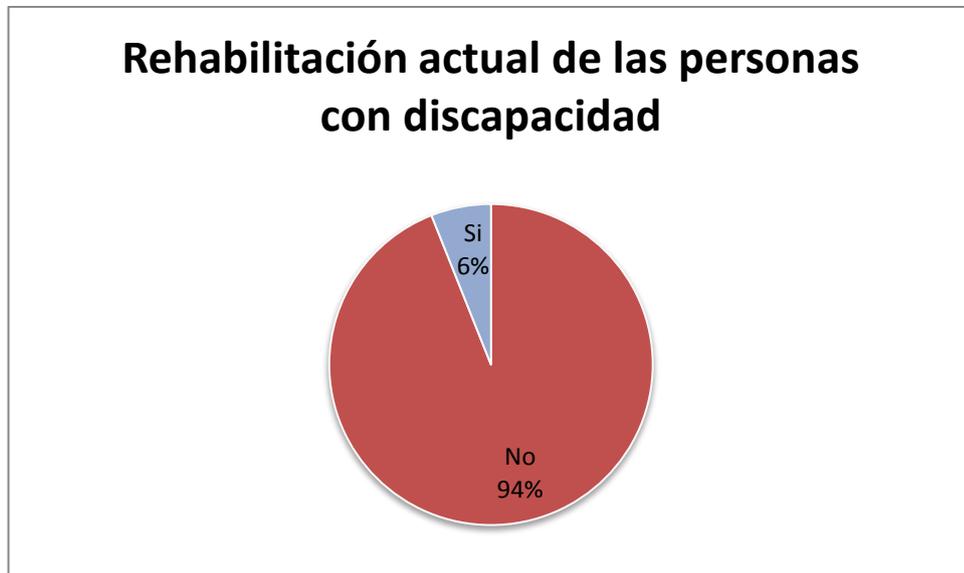
El 72% de la población considera que debe usar ayudas terapéuticas, al 50% le ordenaron ayudas terapéuticas, y el 44% la usa. El 4% de la población realiza fisioterapia, y considerando que la mayoría de personas tienen discapacidad física es un porcentaje muy reducido.

Gráfico 9 Distribución porcentual de la recuperación de las personas con discapacidad



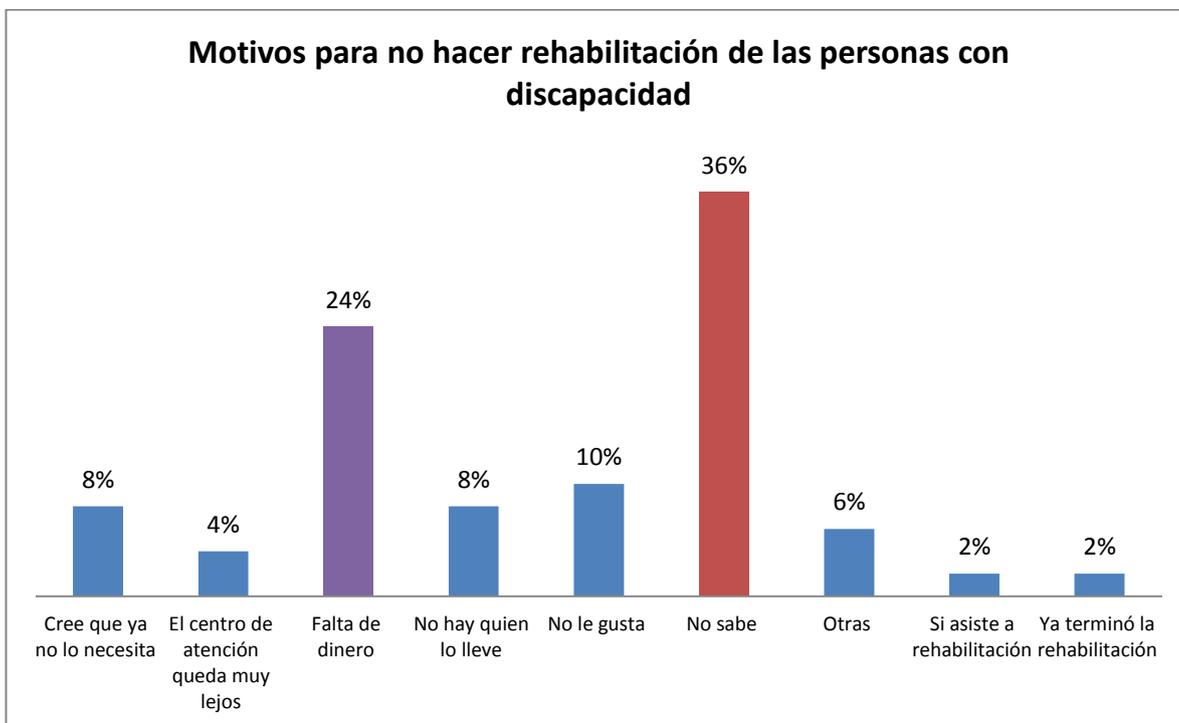
El 72% de la población indica que no se está recuperando ni mejorando en su tratamiento con la discapacidad. Situación que parece estar relacionada con el hecho de que no realizan ningún tipo de rehabilitación física sobretodo.

Gráfico 10 Distribución porcentual de rehabilitación de las personas con discapacidad



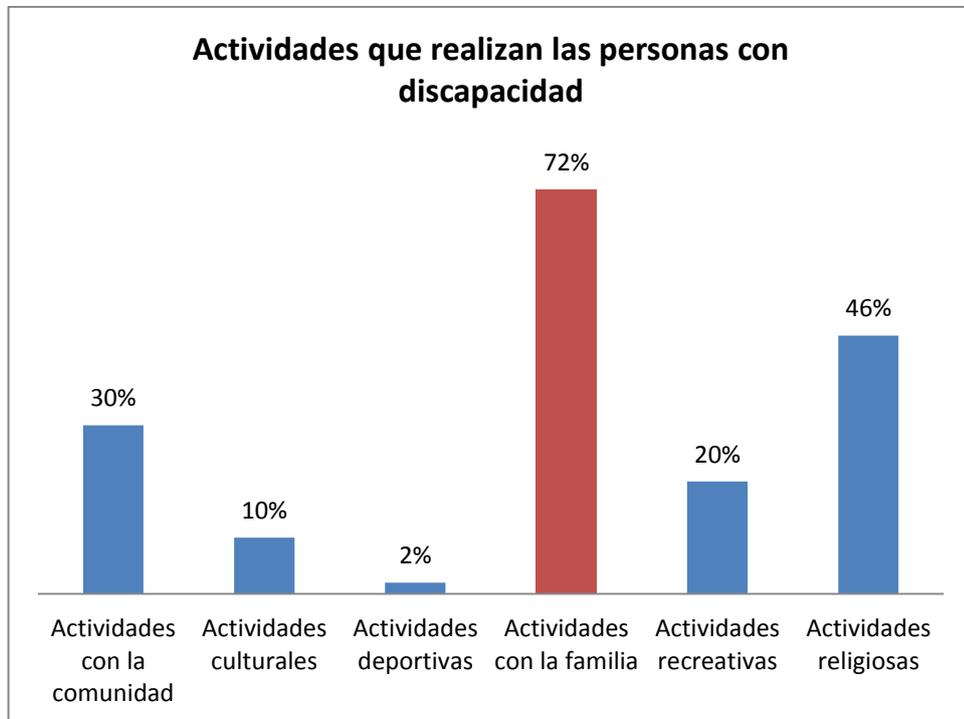
Únicamente el 6% de la población realiza rehabilitación y si consideramos que el 44% de la población tiene discapacidad física se cubre únicamente el 14% de esta población en cuestión de rehabilitación.

Gráfico 11 Distribución porcentual del motivo para no hacer rehabilitación



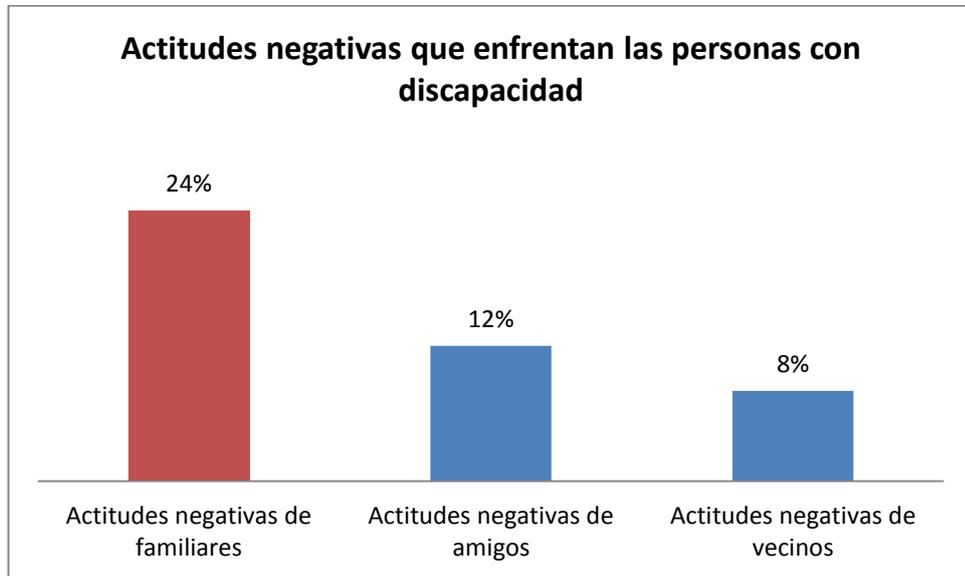
El motivo principal para no hacer rehabilitación en este grupo de estudio es el no tener dinero 24%. Y esto es un efecto del desempleo que tiene esta población.

Gráfico 12 Distribución porcentual de las actividades que realizan las personas con discapacidad



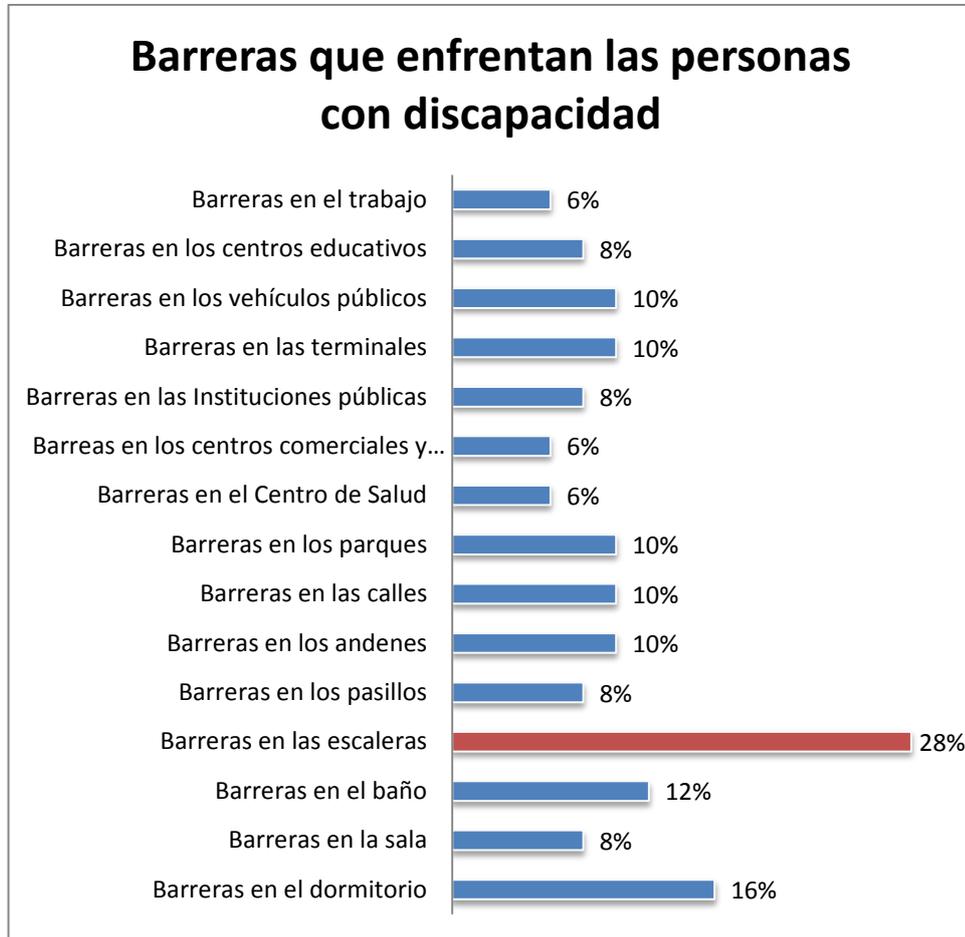
A la mayoría de la población con discapacidad le gusta realizar actividades con la familia, seguido de actividades religiosas.

Gráfico 13 Actitudes negativas que enfrentan las personas con discapacidad



En contraposición con la información anterior a la mayoría de personas con discapacidad les gusta hacer actividades familiares, pero precisamente de los familiares es de que reciben más actitudes negativas reciben.

Gráfico 14 Distribución porcentual de las barreras que encuentran las personas con discapacidad



El 28% de la población tiene problemas en el acceso a las escaleras, debido seguramente a la presencia de discapacidad física, se halla también que un gran número de personas con discapacidad encuentran barreras en sus mismas viviendas en cuanto a los espacios públicos los problemas más grandes son los parques, calles, terminales y medios de transporte.

Tabla 1 Tipo de discapacidad según género

Discapacidad	Género					
	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Auditiva	5	55,6	4	44,4	9	18%
Física	11	50	11	50	22	44%
Lenguaje	5	62,5	3	37,5	8	16%
Visual	2	33,3	4	66,7	6	12%
Otra	5	100	0	0	5	10%
Total	28	56%	22	44%	50	100%

El género femenino es más numeroso que el masculino, y de acuerdo a cada discapacidad encontrada se obtuvo que en la discapacidad física que es la más prevalente se halló homogeneidad estadística entre hombre y mujeres. En la discapacidad auditiva se halló más mujeres que hombres pero por la diferencia de un solo sujeto de investigación. En la discapacidad de lenguaje se halló más mujeres que hombres con una proporción de 2:1. La discapacidad visual en cambio es superior en los hombres que en las mujeres con proporción de 2:1. Cuando se puso otras discapacidades únicamente las mujeres se ubican en este parámetro.

Tabla 2 Discapacidad según grupo etáreo

Grupo etáreo												
	Auditiva		Física		Lenguaje		Otra		Visual		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
0 a 5 años	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1	2%
6 a 10 años	0	0	1	50	1	50	0	0	0	0	2	4%
11 a 15 años	2	28,6	1	14,3	2	28,6	2	28,6	0	0	7	14%
16 a 18 años	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1	2%
19 a 40 años	2	11,8	9	52,9	3	17,6	2	11,8	1	5,9	17	34%
41 a 59 años	3	30	4	40	0	0	0	0	3	30	10	20%
60 a 75 años	1	12,5	5	62,5	1	12,5	0	0	1	12,5	8	16%
76 a 89 años	1	50	1	50	0	0	0	0	0	0	2	4%
Más de 90 años	0	0	0	0	1	50	0	0	1	50	2	4%
Total	9	18%	22	44%	8	16%	5	10%	6	12%	50	100%

Se destaca que en los niños se halla discapacidad física y de lenguaje. En los adolescentes es más auditiva y de lenguaje. En la población económicamente activa es más la física, visual y de lenguaje; y finalmente en los adultos mayores la discapacidad con más prevalencia es la física.

II. Condiciones socioeconómicas

Gráfico 15 Distribución porcentual del Género de las personas con discapacidad



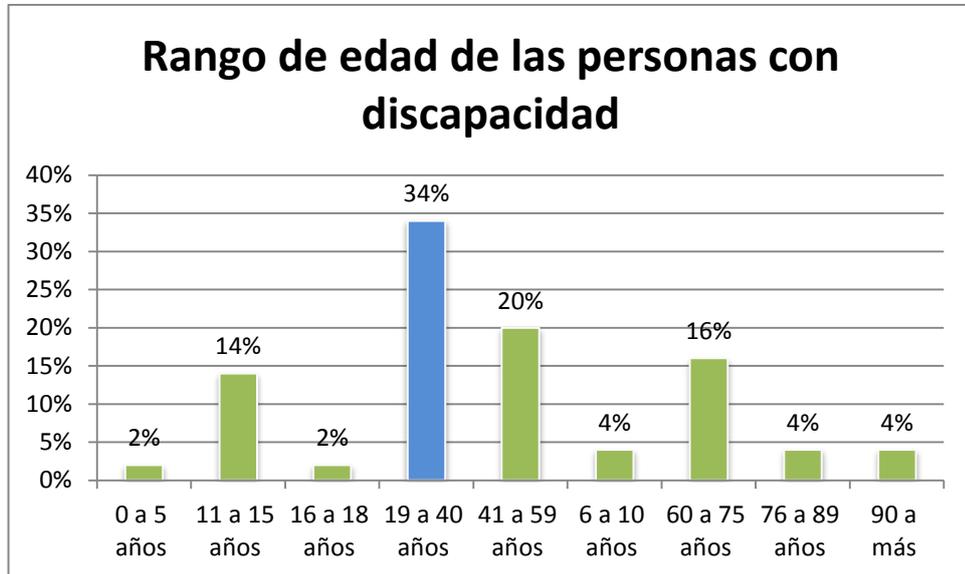
La mayoría de personas encontradas pertenecen al género femenino, con una superioridad estadística de 12 pp (punto porcentual). Situación diferente a la valorada por el CONADIS en la cohorte del 2014 en donde el género masculino en la parroquia de San Pablo es superior en número al femenino. (CONADIS, 2014)

Gráfico 16 Distribución porcentual de la etnia de las personas con discapacidad



La etnia de las personas con discapacidad del estudio según la autopercepción de las mismas es mestiza, pese a que la parroquia se caracteriza por ser en su mayoría indígena. (Casco, 2014)

Gráfico 17 Distribución porcentual del rango de edad de las personas con discapacidad



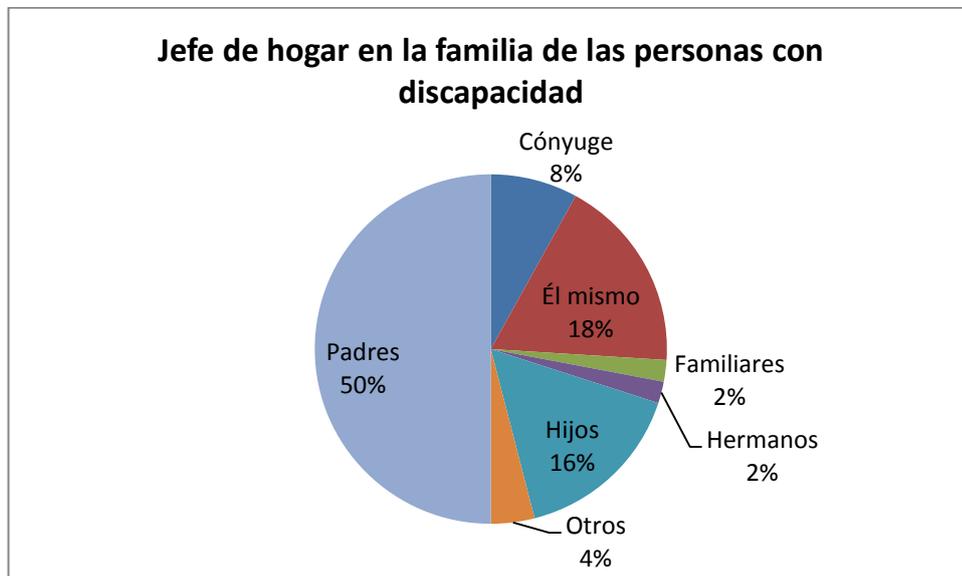
Se halló mayor prevalencia de discapacidad en el grupo etáreo de 19 a 40 años (34%), es decir, que en la PEA se encuentra el 54% de la población. La población adulta mayor que tiene riesgos de padecer discapacidades alcanzó una prevalencia de 24%. Los niños menores de cinco años representan el 2% de la población en estudio, los niños escolares el 4% y los adolescentes el 16%.

Gráfico 18 Distribución porcentual de la escolaridad de las personas con discapacidad



Casi la mitad de la población tiene educación básica, pero casi en igualdad de número el 36% es analfabeto, lo que disminuye las posibilidades de un empleo en este grupo vulnerable.

Gráfico 19 Distribución porcentual del cargo de jefe de hogar



En la mayoría de los casos son los padres de las personas con discapacidad quienes cumplen con el papel de jefe de familia, el 18% de las personas con discapacidad cumple como jefe de familia.

Gráfico 20 Distribución porcentual de la actividad laboral de las persona con discapacidad



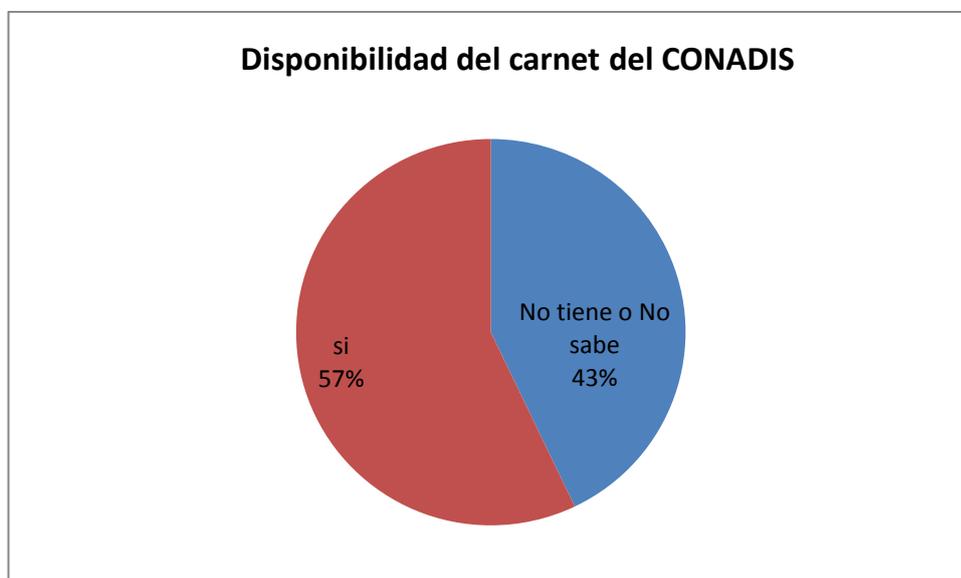
Se halló alarmantemente que el 88% de este grupo de investigación se encuentra en el desempleo, el resto de la población trabaja como jornalero o como obrero, disminuyendo de esta forma la accesibilidad al IESS para atención médica.

Gráfico 21 Distribución porcentual del ingreso mensual que perciben las personas con discapacidad



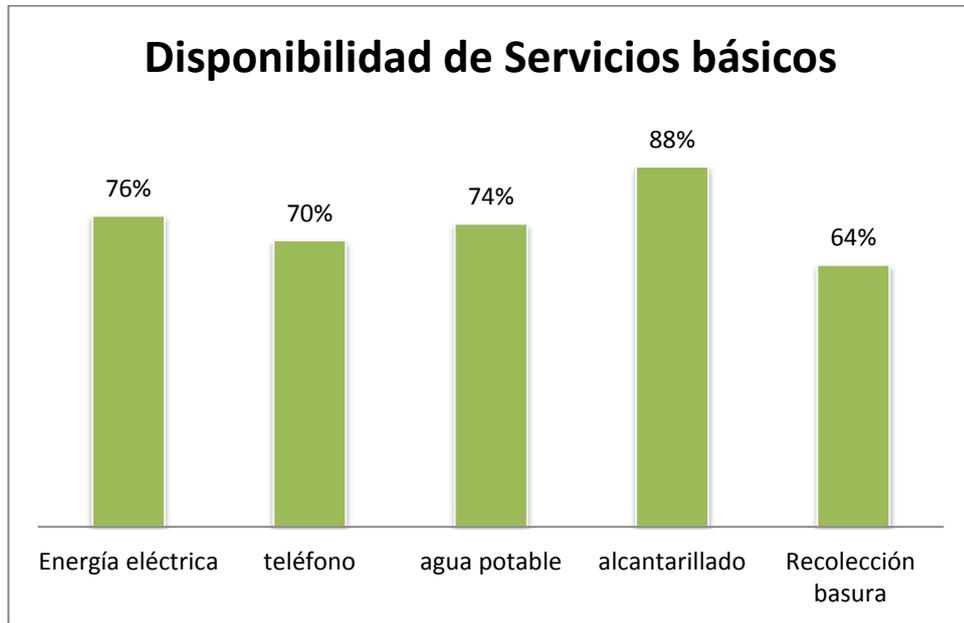
Corroborando la información anterior más de la mitad de la población no tiene ingreso mensual, el 32% reciben hasta los 100 dólares mensuales y únicamente el 12% casi llegan al salario básico vigente.

Gráfico 22 Disponibilidad del carnet del CONADIS de las personas con discapacidad



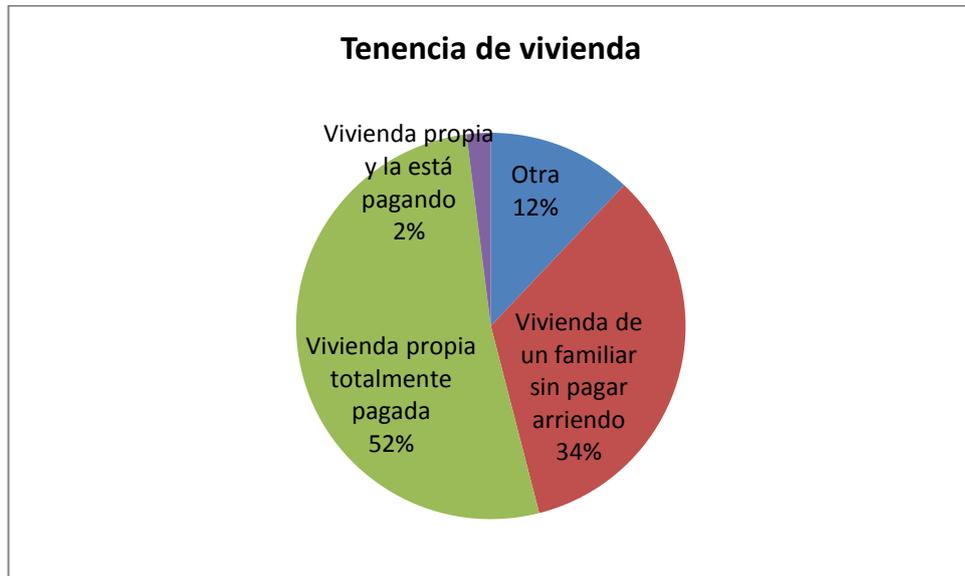
El 57% se encuentra registrado en el CONADIS, según el mismo organismo en su última cohorte se halló 291 casos, y de estos el 17,53% se encuentra como nuevos es decir, que la cobertura del CONADIS parece ir ampliándose, sin embargo el 43% de la población en estudio no tiene carnet, lo que implica que no reciben los beneficios que la Institución brinda.

Gráfico 23 Distribución porcentual de la Disponibilidad de servicios básicos



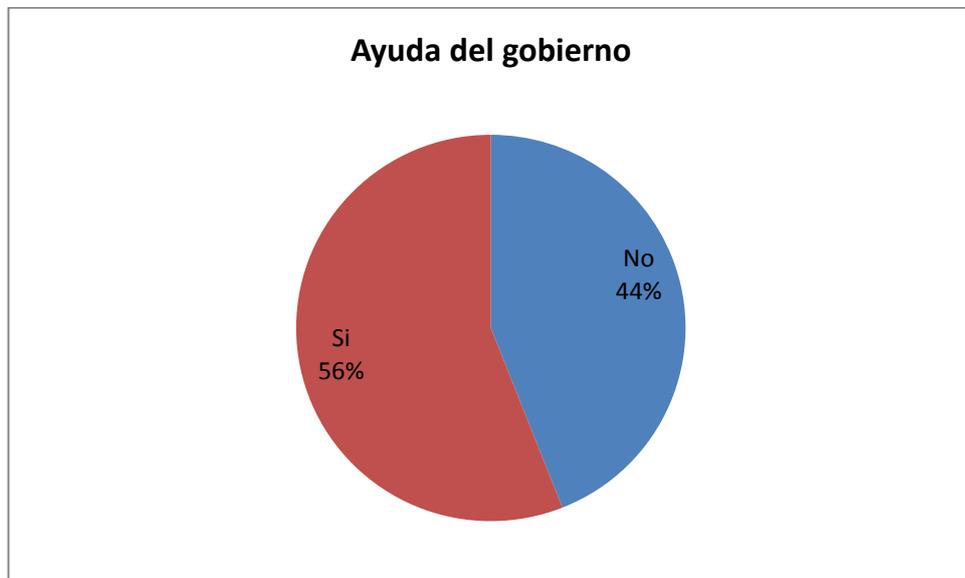
En cuanto a los servicios básicos se halló que el servicio con mayor cobertura es el alcantarillado 88%, el de menor cobertura es la recolección de basura con el 64%. En promedio se halla que una cuarta parte de la población no cubre con los servicios básicos que permitan tener una calidad de vida digna.

Gráfico 24 Distribución porcentual de la tenencia de la vivienda



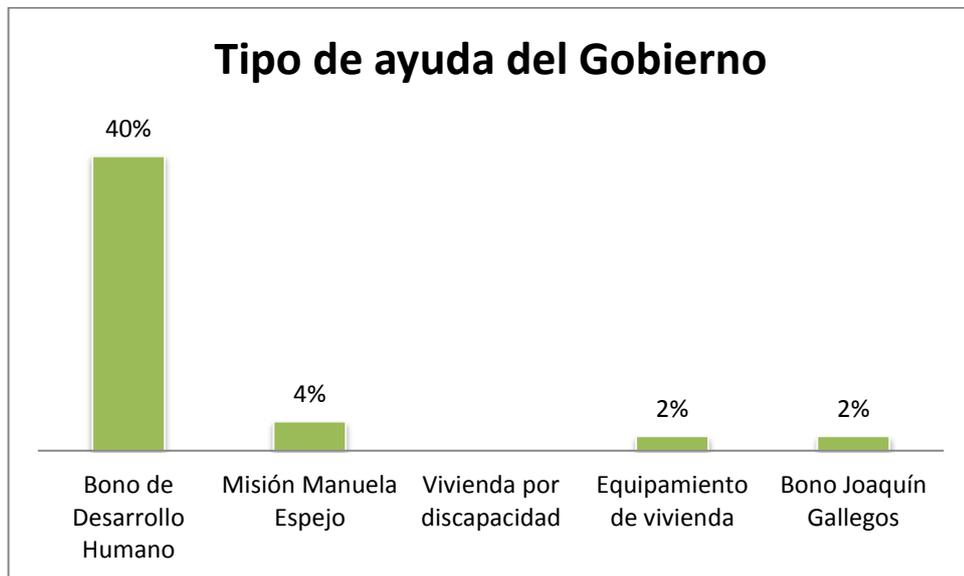
La población en estudio en su mayoría poseen casa propia, lo que desde el punto de vista económica reduce los gastos de arriendo, el 14% de la población continua pagando su vivienda o la arrienda.

Gráfico 25 Distribución porcentual de la ayuda del gobierno



El 56% de la población en estudio si recibe ayuda del gobierno mediante sus diferentes políticas o estrategias.

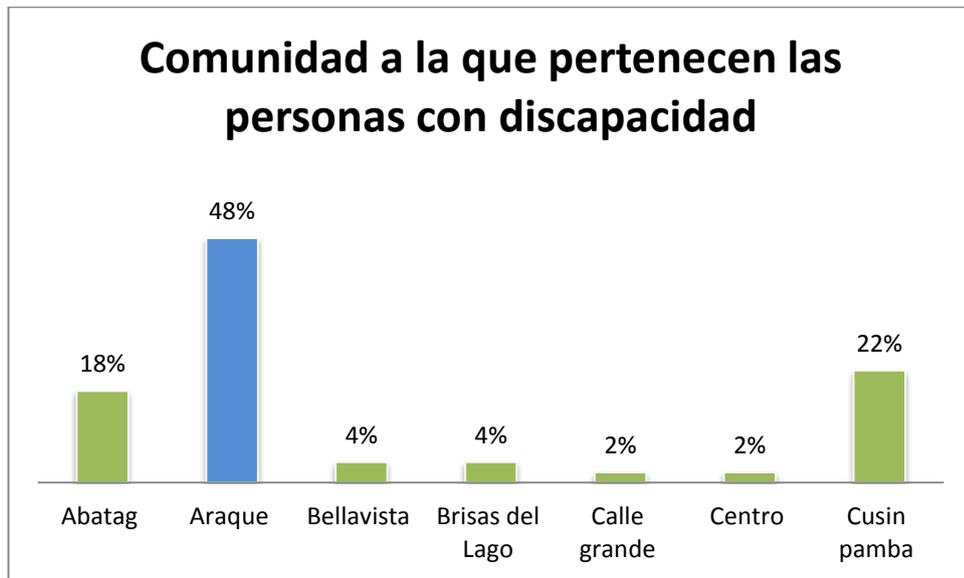
Gráfico 26 Distribución porcentual del tipo de ayuda que reciben del Gobierno



La ayuda que más personas reciben es la del Bono de Desarrollo Humano que actualmente en el Gobierno de Rafael Correa es de 50,00 dólares mensuales. Lo que permite ampliar su disponibilidad económica, sin embargo la Misión Manuela Espejo que es la indicada para la ayuda específica a personas con discapacidad cubre al 4% de la población.

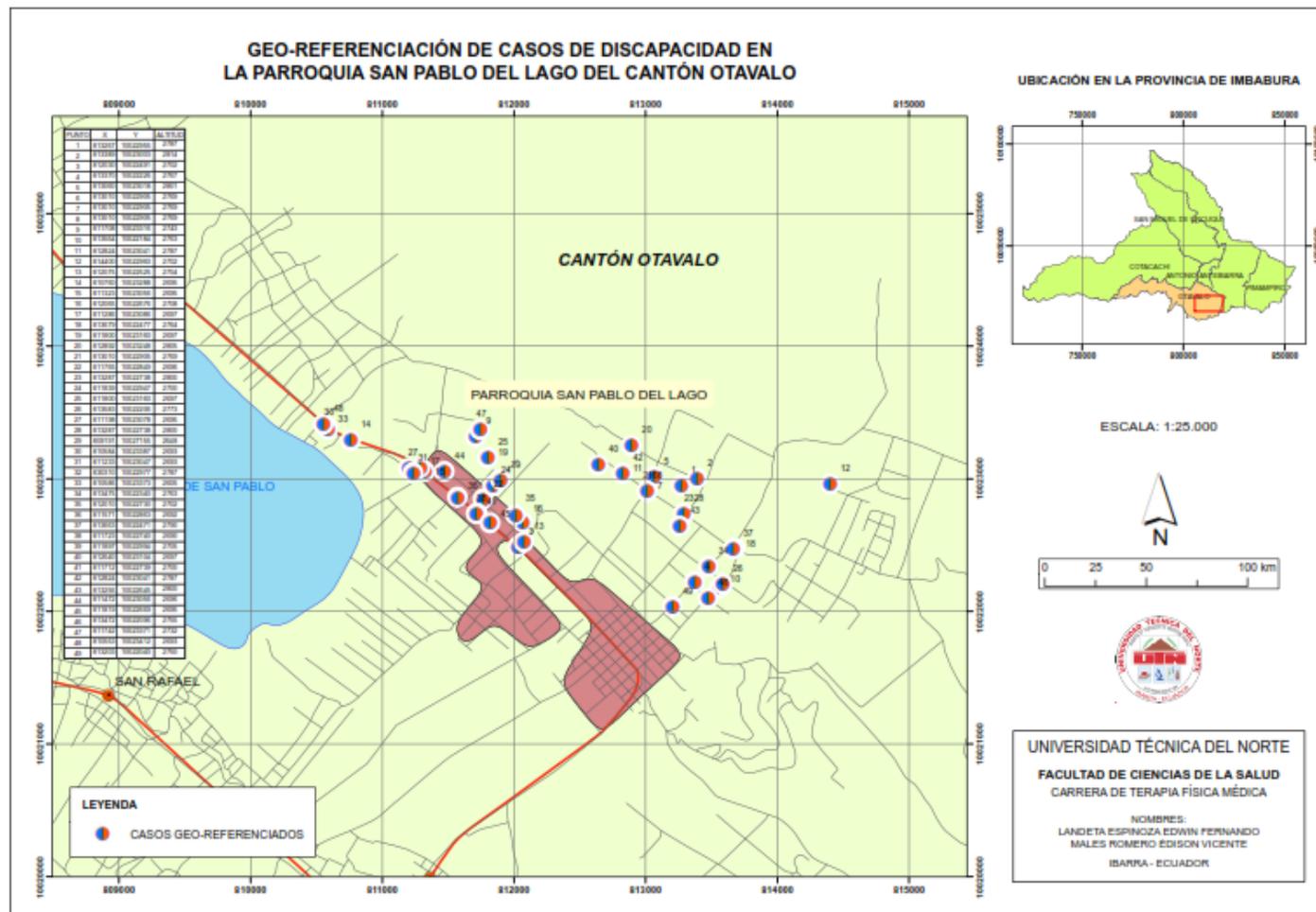
III. Georreferenciación

Gráfico 27 Distribución porcentual de la Comunidad a la que pertenecen



El mayor número de personas con discapacidad encontrado está en el Barrio Araque 48%, seguido del barrio Cusinpamba 22%, Abatag el 18%.

Gráfico 28 Georreferenciación de la Discapacidad en la Parroquia San Pablo, comunidades Araque, Abatag, Cusimpamba e Imbaburita



4.2 Discusión de resultados

En el Ecuador las personas con discapacidad son parte de un grupo vulnerable, ya que es considerada uno de los problemas de salud que el mundo debe acoger para establecer políticas, estrategias que permitan garantizar la mejora de la calidad de vida de estas personas.

Por lo tanto el estudio realizado en las comunidades de Araque, Abatag, Imbaburita y Cusimpamba, de la parroquia San Pablo, cantón Otavalo, provincia de Imbabura durante el periodo febrero-julio 2014 buscó identificar las personas mediante un estudio georrefenciado y se halló una población de 50 personas. El mayor número de personas con discapacidad encontrado está en el Barrio Araque 48%, seguido del barrio Cusimpamba 22%, Abatag el 18%; y en esta población se halló que la discapacidad con mayor prevalencia es la física en el 44% de la población en estudio, el 18% tiene discapacidad auditiva, el 16% de lenguaje, y el 12% visual. En similitud a los datos del (CONADIS, 2014) en donde la discapacidad mayoritaria es la física en el 41.24% de la población, la auditiva en el 20.96% al igual que la intelectual, la visual en el 12.37%. De esta población el 56% son mujeres y el 44% son hombres lo que indica una relación de casi 1:1. Por lo tanto en la población de la parroquia San Pablo por cada mujer con discapacidad hay un hombre con discapacidad. Con una ligera superioridad en número de las mujeres frente a los hombres, situación que no concuerda con la última cohorte del CONADIS en donde los hombres son superiores en número frente a las mujeres.

El género femenino es más numeroso que el masculino, y de acuerdo a cada discapacidad encontrada se obtuvo que en la discapacidad física que es la más prevalente se halló homogeneidad estadística entre hombres y mujeres. En la discapacidad auditiva se halló más mujeres que hombres pero por la diferencia de un solo sujeto de investigación. En la discapacidad de lenguaje se halló más mujeres que hombres con una proporción de 2:1. La discapacidad visual en cambio es superior en los hombres que en las mujeres con proporción de 2:1. Cuando se puso otras discapacidades únicamente las mujeres se ubican en este parámetro.

Según el (CONADIS, 2014) la edad más afectada en San Pablo es la población económicamente activa de 20 – 49 años (31.98%) seguido de 65 a más años (21.99%) se registra también un grupo poco significativo de niños menores de cinco años, lo que indica que probablemente las discapacidades mayoritariamente se deba al envejecimiento a la falta de prevención de accidentes. En la parroquia de San Pablo en la investigación de georreferenciación se halló mayor prevalencia de discapacidad en el grupo etáreo de 19 a 40 años (34%), es decir, que en la población económicamente activa se encuentra el 54% de la población. La población adulta mayor que tiene riesgos de padecer discapacidades alcanzó una prevalencia de 24%. Los niños menores de cinco años representan el 2% de la población en estudio, los niños escolares el 4% y los adolescentes el 16%. Situación muy similar entre los dos estudios. En Otavalo como ciudad el grupo más afectado es la PEA, y los del adulto mayor.

La etnia de las personas con discapacidad del estudio según la autopercepción de las mismas es mestiza, pese a que la parroquia se caracteriza por ser en su mayoría indígena. (Casco, 2014), y siempre se asociado la etnia indígena con situaciones de pobreza, (Amate, 2006).

Factores predisponentes y subsecuentes a la discapacidad como los encontrados en el estudio son: casi la mitad de la población tiene educación básica, pero casi en igualdad de número el 36% es analfabeto, lo que disminuye las posibilidades de un empleo en este grupo vulnerable. De igual forma el analfabetismo y la pobreza están íntimamente relacionados, al no tener educación el empleo es deficiente ya que se encontró el 88% de desempleados y en los casos en los que no tiene empleo quien hace las funciones de jefe de hogar son los padres. Corroborando la información anterior más de la mitad de la población no tiene ingreso mensual, el 32% reciben hasta los 100 dólares mensuales y únicamente el 12% casi llegan al salario básico vigente.

El 57% de las personas con discapacidad en San Pablo se encuentra registrado en el CONADIS, en su última cohorte se halló 291 casos, y de estos el 17,53% se

encuentra como nuevo, es decir, que la cobertura del CONADIS parece ir ampliándose. Las condiciones socioeconómicas permitieron identificar grados de pobreza, falta de acceso a servicios de salud para prevención, falta de acceso a tratamientos de rehabilitación permanente. Falta de disponibilidad de ingreso económico que ayude a mantener el costo de una discapacidad. Se comprobó lo que menciona la World Health Organization (WHO, OMS, 2013) en donde evidencian que las personas con discapacidad reportan siempre más tasas de pobreza, mayor estadística de analfabetismo o de escolaridad baja, presentan problemas sanitarios, etc.

En un estudio realizado por la (OMS, 2011); se evidenció que el número de personas con discapacidad está creciendo. Probablemente debido a que la pirámide poblacional se invirtió aumentando el número de adultos mayores, y ellos tienen un mayor riesgo de discapacidad y al incremento global de los problemas crónicos de salud asociados a discapacidad, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales. “Las características de la discapacidad en un país concreto están influidas por las tendencias en los problemas de salud y en los factores ambientales y de otra índole, como los accidentes de tráfico, las catástrofes naturales, los conflictos, los hábitos alimentarios y el abuso de sustancias”. (OMS, 2011)

Siendo Ecuador un país en desarrollo y con diferencias sociales tan marcadas es evidente que lo mencionado anteriormente sea causa y consecuencia de la discapacidad; sin embargo es importante dilucidar que fue en el Gobierno de Rafael Correa mediante la intervención del señor vicepresidente Lenin Moreno que la situación empezó a evidenciar de mejor forma, y a proponer políticas y lineamientos que permitan asegurar que las personas con discapacidad tengan mejores condiciones de vida, acceso a la salud, a la rehabilitación, al trabajo y a la educación inclusive con mayor derecho que el resto de la población normal.

A la mayoría de las personas con discapacidad de este estudio la actividad que más se les dificulta es hablar, oír, caminar y pensar. Lo que justifica que exista discapacidad física y auditiva como discapacidades más prevalentes.

4.3 Respuestas a las preguntas de investigación

- a. ¿Cuáles son los tipos de discapacidad que muestran las personas en la zona designada?

Por medio del estudio realizado en las comunidades de Araque, Abatag, Cusimpamba e Imbaburita se encontró una alta incidencia de la discapacidad física con un 44%, a continuación aparecen las discapacidades sensoriales como la Auditiva y visual que representó una problemática para nuestra zona de censo y georreferenciación con el 18% y 12% respectivamente.

- b. ¿Cuáles son las condiciones socio-económicas en las que se encuentra la población discapacitada?

La información obtenida indica una población desfavorecida tanto para la persona discapacitada, principalmente porque en la mayoría casos dependen de los padres, correspondiente al 50% mientras que en 18% son jefes de hogar, por lo tanto su condición de salud no les permite cumplir con el aporte para su familia y tampoco pueden pagar por la atención en salud. Por otro lado se marcan barreras entre el discapacitado y el lugar de rehabilitación debido a la lejanía y a la poca cobertura de esta población convirtiéndose en una necesidad constante.

- c. ¿Cómo georreferenciar la discapacidad en la población designada?

A través del sistema de Georreferenciación se logró ubicar el domicilio de las personas discapacitadas en las coordenadas y altitud determinadas. A pesar de que las viviendas de la población en estudio no son accesibles debido a que son lugares lejanos y deteriorados, el GPS facilita su localización y resulta un instrumento ágil en esta búsqueda.

4.4 Conclusiones

1. Una vez culminado el estudio podemos concluir que la mayor parte de la población que presenta discapacidad es de tipo física seguido por la auditiva, seguida por la discapacidad de lenguaje, finalmente y en igual porcentaje las discapacidades de tipo intelectual y visual, siendo estos datos muy similares a los que presenta el CONADIS en su estudio realizado en el año 2014, para dar evidencia de lo mencionado se puede decir que la discapacidad de tipo física según el presente estudio representa el 44% de la población discapacitada y según los datos del CONADIS es del 41.24% , mostrando una diferencia de 2,76% justificando este porcentaje por la identificación de varias personas que no tenían registro en el CONADIS, comportamiento que se mantiene para los demás tipos de discapacidades.
2. Con relación a las características socio-económicas del grupo en estudio se puede considerar que el factor base que condiciona la calidad de vida de estas personas es el nivel de escolaridad, ya que esta característica les brinda a las personas la capacidad para desenvolverse en el campo ocupacional y por lo tanto, una remuneración a recibir. Un dato muy preocupante es el que el 36% de las personas aparte de presentar un tipo de discapacidad son analfabetos y un 42% solo haya culminado la primaria, dando como resultado que el 88% de esta población es totalmente desempleada siendo en la mayoría de casos una carga para la familia porque el 52% de estas personas no reciben ningún ingreso económico y el 32% recibe un ingreso de 0 a 100 dólares mensuales, lo cual determina para que esta población no acceda a la atención médica o por lo menos tener los implementos necesarios que puedan mejorar su calidad de vida. Además de demostrar una actitud de conformismo, los discapacitados, en su mayoría católica atribuye esta condición a la decisión de DIOS considerándolo como un castigo.

3. Una vez realizada la georreferenciación en las comunidades determinadas hemos ubicado un total de 50 personas que presentan discapacidad de las cuales 43% no cuenta con el carnet del CONADIS lo que nos indica que la efectividad del estudio de esta entidad no es 100% efectivo, la comunidad que presenta mayor incidencia de discapacidad es Araque ya que en esta comunidad se encuentra concentrada la mayor cantidad de pobladores con relación a las demás comunidades estudiadas.

4.5 Recomendaciones

1. Se debería socializar los resultados de este estudio y poner en consideración de las autoridades pertinentes demostrando la importancia de trabajar en la eliminación de barreras para la movilización de personas con discapacidad física ya que son la mayor parte de la población discapacitada y así implementar accesos para personas con sillas de ruedas, muletas u otro tipo de necesidades tanto en veredas y aceras como en el transporte público para que estas personas se puedan transportar con seguridad y comodidad.
2. En base a la estrecha relación que guarda el nivel de escolaridad su efecto en la salud y la calidad de vida de estas personas se debe trabajar principalmente en garantizar el acceso a la educación para el grupo etario menor de 5 años y para la población adulta facilitar procesos de alfabetización para poder formar parte del grupo económicamente activo, se debe considerar al mismo tiempo la importancia de cumplir un trabajo intersectorial entre el ministerio de educación, ministerios de salud y ministerio de inclusión económica y social.
3. Este estudio no simplemente se debería servir como trabajo de tesis si no se debería poner en conocimiento de las autoridades relacionadas con este tema para que les sirva como un indicador el cual les pueda ser de utilidad para

alcanzar un 100% de la cobertura de estas personas y así pueda haber la evaluación de la discapacidad para que puedan acceder a los beneficios y ayudas que da el estado a las personas que presentan este tipo de condición.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Española de Pediatría. (2008). *Parálisis cerebral infantil*. Barcelona.
2. Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe mundial de la discapacidad*. Washington.
3. Allen, B. (2009). *ESTUDIO SOBRE DISCRIMINACIÓN Y DISCAPACIDAD MENTAL E INTELECTUAL*. Dirección General Adjunta de Estudios, Legislación y Políticas Públicas. México D.F: Colección Estudios.
4. Alvarez, M. (2013). *DSM 5 NOVEDADES Y CRITERIOS DIAGNOSTICOS*. CEDE.
5. Amate, A. (2006). *Discapacidad lo que todos debemos saber*. OPS.
6. Andrade, M., & Castro, R. (Noviembre de 2009). *Lectura y discapacidad auditiva: guía para trabajar con niños*. Santiago de Chile.
7. Arias, M. E. (2010). Relaciones interpersonales entre niños con discapacidad visual . En *Relaciones interpersonales entre niños con discapacidad visual* (pág. 70). Cuenca.
8. Artigas, M. ç. (s.f). *SÍNDROME de DOWN (Trisomia 21)*.
9. Asociación para la Parálisis Cerebral . (s.f de s.f de s.f). *Parálisis cerebral*.
Obtenido de http://www.christopherreeve.org/site/c.lqLPIXOAKnF/b.4636641/k.5F7B/Par225lisis_cerebral.h
10. Casco, A. (2014). *PLAN DE GESTIÓN DEL GAD SAN PABLO DEL LAGO 2014-2018*. Recuperado el 28 de 06 de 2015, de http://vototransparente.ec/apps/resultados-2014/images/planes_trabajo/IMBABURA/VOCALES%20JUNTAS%20PARROQUIALES/OTAVALO/SAN%20PABLO/LISTAS%2018/LISTAS%2018.pdf

11. Centro de Documentación de estudios y oposiciones. (2012). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales DMS-5*.
12. CONADIS. (2013). *Registro Nacional de Discapacidades*. CONADIS.
13. CONADIS. (2014). *Calificación a personas con discapacidad, Ecuador: 2013 - 2014*. Recuperado el 20 de 06 de 2015, de <https://public.tableau.com/profile/javier.gaona#!/vizhome/DICAPACIDADE SECUADOR/Discapacidades>
14. Constituyente, A. (2008). *Constitución del Ecuador*.
15. Dirección General de Educación. (2012). *Atención Educativa de alumnos con Discapacidad motora*. México DF: El Dragón Rojo.
16. Fernández, Y., & López, M. (agosto de 2008). *Discapacidad y atención a la diversidad: un desafío a la ciencia*. Buenos Aires.
17. INEC, & AUTORES. (2010).
18. INEC, I. N. (2010). *Censo de Población y de Vivienda Nacional 2010*.
19. INEGI. (s.f). *Clasificación de tipo de Discapacidad*. s.f.
20. Instituto de Mayores y Servicios Sociales Ana Madrigal. (2006). *LA PARÁLISIS CEREBRAL*.
21. Martínez, F. D. (2012). *Georreferenciación de documentos cartográficos para la gestión de*.
22. Martino, Raúl H. (2007). *El niño discapacitado*. Buenos Aires: Xeros.
23. Melero, S. (2006). *Deficiencias Sensoriales Auditivas*.
24. Ministerio de Educación de Chile. (2009). *Necesidades Educativas Especiales asociadas a la Discapacidad Auditiva*. Recuperado el 02 de 02 de 2015, de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2009/12/Discapacidad-Auditiva.pdf>
25. Ministerio de Educación, Gobierno de Chile. (2009). *Guía de apoyo Pedagógico, Necesidades Educativas Especiales asociadas a Discapacidad Visual*. Santiago de Chile.
26. OMS. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Recuperado el 20 de 05 de 2014, de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf

27. Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*.
28. Osorio, L. (4 de Noviembre de 2009). Recuperado el 14 de 03 de 2015, de <http://www.elportaldelasalud.com/>
29. Portal Universia. (2008). *Discapacidad*. Recuperado el 20 de 01 de 2015, de <http://universitarios.universia.es/voluntariado/discapacidad/>
30. Presidencia de la República del Ecuador. (2012). *Ley Orgánica de Discapacidades*.
31. Revista Española de Pediatría. (12 de 2012). Síndrome de Down. *Clínica e Investigación*.
32. Rosell. (2010). *Alumnado con Discapacidad Motriz*.
33. Ruiz, R. (2009). *Síndrome de Down y Logopedia*. Cultivalibros.
34. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). *Plan Nacional Buen Vivir 2013-2017*. Quito, Pichincha, Ecuador: Senplades.
35. Sobsey, D., & Wolf-Schein, E. (s.f). *Deficiencias Sensoriales*.
36. Unviersidad Tecnológica de Pereira. (2103). *Programa de Medicina y Cirugía*. Pereira.
37. V, L. A. (s.f). *Discapacidad Visual*, Dirección provincial de Educación del Guayas. Obtenido de <http://www.superabile.it: http://www.superabile.it/repository/ContentManagement/information/P987488720/espana%20visual.pdf>
38. WHO, OMS. (2013). *10 datos sobre la discapacidad*. Recuperado el 30 de 11 de 2014, de <http://www.who.int/features/factfiles/disability/es/>

ANEXOS

Anexo 1. FORMULARIO DE DISCAPACIDAD

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

23. Por su condición de salud presenta 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?	

	Medios escritos
31. ¿Cuáles medios de comunicación utiliza habitualmente	Radio
	Televisión
	Teléfono
	Internet
32. ¿Sabe cuál es el origen de su discapacidad?	
33. Principalmente, su discapacidad es consecuencia de:	
34. Enfermedad profesional por:	
35. Por consumo de psicoactivos:	
36. Desastres naturales:	
37. Por accidente:	
38. Como víctima de violencia:	
39. Del conflicto armado por:	
40. Dificultades en la prestación de servicios de salud por:	
41. ¿En su familia existen o existieron más personas con discapacidad?	
42. ¿En cuál país adquirió la discapacidad?	
43. ¿En cuál provincia adquirió la discapacidad?	
44. ¿En cuál ciudad adquirió la discapacidad?	
45. ¿Está afiliado a?	
46. ¿Cuál es el tipo de afiliación?	
47. ¿Su condición de salud fue oportunamente diagnosticada?	
48. ¿Usted o su familia han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad?	
49. ¿Ha recibido atención general en salud, en el último año?	
50. ¿Le ordenaron usar ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?	
51. ¿Utiliza actualmente ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?	
52. ¿Cree que aún necesita de ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?	
53. ¿Requiere permanentemente de la ayuda de otra persona?	
54. ¿Cuál es la persona que más le ayuda para desarrollar sus actividades?	
55. ¿Se está recuperando de su discapacidad?	
56. Principalmente, ¿a qué atribuye su recuperación?	
57. ¿Qué tipo de rehabilitación le ordenaron?	Medicina física y de rehabilitación Fisiatría
	Psiquiatría
	Fisioterapia
	Fonoaudiología
	Terapia ocupacional
	Optometría Psicología

		Trabajo social
		Medicamentos permanentes
		Otro tipo de rehabilitación
	58. ¿Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación?	
	59. ¿Quién paga la rehabilitación?	
	60. El establecimiento donde recibe la rehabilitación, es:	
	61. ¿Por qué no recibe servicio de rehabilitación?	
	62. ¿Cuántos años lleva sin recibir servicio de rehabilitación?	
	63. ¿Sabe si el cantón cuenta con servicios de rehabilitación?	
	64. ¿Cuántos servicios de rehabilitación hay?	
	65. ¿Qué tiempo duraba la rehabilitación? (en horas a la semana)	
EDUCACIÓN: para personas de 3 años y más	66. ¿Sabe leer y escribir?	
	67. El establecimiento en donde estudia, es:	
	68. Para atender a las personas con discapacidad, el establecimiento cuenta con servicios de apoyo:	Pedagógicos
		Tecnológicos
		Terapéuticos
	69. ¿Los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales?	
	70. ¿Cuál es la causa principal por la cual no estudia?	
	71. ¿Usted aprobó?	Preescolar
		Básica
		Bachillerato
		Superior
		Postgrado
	72. ¿Hace cuántos años dejó de estudiar?	
	73. ¿La educación que ha recibido responde a sus necesidades?	
	74. Si le dieran la oportunidad de estudiar o seguir estudiando, ¿lo haría?	
	75. Participa en actividades:	Con la familia y amigos
		Con la comunidad
Religiosas o espirituales		
Productivas		
Productivas		
Deportivas o de recreación		
Culturales		
Educación no formal		
Ciudadanas		
Otras		
76. ¿Actualmente participa en alguna organización?		
77. Señale la razón principal por la cual no participa en ninguna		

	organización:
	78. ¿Participaría en una organización en defensa de los derechos de la población con discapacidad?
TRABAJO	79. Durante los últimos 6 meses, ha estado principalmente:
	80. Usted tiene contrato de trabajo:
	81. La actividad económica en la cual trabaja actualmente, se relaciona con:
	82. En el trabajo se desempeña como:
	83. ¿Quién es el que mantiene el hogar?
	84. ¿Su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad?
	85. ¿Cuál es su ingreso mensual promedio?
	86. Luego de presentar su discapacidad, ¿ha recibido capacitación para el trabajo?
	87. ¿Dónde recibió la capacitación?
	88. Necesita capacitación para:
DATOS DEL ENCUESTADOR	89. Nombre
	90. Fecha
	91. Sector

Anexo 2. TABLAS Y GRAFICOS DE LAS PREGUNTAS TABULADAS

Tabla 3 Distribución porcentual del tipo de discapacidad que presentan

Discapacidad	Frecuencia	Porcentaje
Auditiva	9	18,0%
Física	22	44,0%
La voz y el habla	8	16,0%
Otra enfermedad	5	10,0%
Visual	6	12,0%
Total	50	100,0%

Tabla 4 Distribución porcentual del antecedente familiar

Antecedente familiar	Frecuencia	Porcentaje
No	27	54,0%
No sabe	3	6,0%
SI	20	40,0%
Total	50	100,0%

Tabla 5 Distribución porcentual del tiempo de la discapacidad

Cronicidad	Frecuencia	Porcentaje
1 a 5 años	11	22,0%
6 a 10 años	7	14,0%

11 a 20 años	12	24,0%
21 a 30 años	8	16,0%
31 a 50 años	7	14,0%
51 a 70 años	4	8,0%
Más de 90 años	1	2,0%
Total	50	100,0%

Tabla 6 Distribución porcentual de las actividades que se les dificulta a las personas con discapacidad

Actividades que se les dificulta	Si		No		total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
pensar	11	22	39	78	50	100
percibir luz	5	10	45	90	50	100
oir	11	22	39	78	50	100
distinguir sabores	0	0	50	100	50	100
hablar	18	36	32	64	50	100
desplazarse	0	0	50	100	50	100
digestión	1	2	49	98	50	100
retener orina	3	6	47	94	50	100
cambiar posiciones	5	10	45	90	50	100
otra dificultad	4	8	46	92	50	100
caminar	11	22	39	78	50	100
relacionarse	5	10	45	90	50	100
llevar objetos	6	12	44	88	50	100

Tabla 7 Distribución porcentual del conocimiento de la etiología de la discapacidad

conoce etiología	Frecuencia	Porcentaje
No	14	28,0%
Si	36	72,0%
Total	50	100,0%

Tabla 8 Distribución porcentual de la etiología de la discapacidad

etiología	Frecuencia	Porcentaje
Accidente	15	30,0%
Alteración genética, hereditaria	3	6,0%
Complicaciones en el parto	2	4,0%
Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	7	14,0%
Desastre natural	1	2,0%
Dificultades en la prestación de servicios de salud	1	2,0%
Enfermedad general	1	2,0%
Enfermedad profesional	1	2,0%
No sabe	13	26,0%
Otras	5	10,0%
Víctima de violencia	1	2,0%
Total	50	100,0%

Tabla 9 Distribución porcentual de las alteraciones permanentes que presentan las personas con discapacidad

Alteraciones Permanentes	si		no		total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Sistema cardiorrespiratorio	3	6	47	94	50	100
Alimentarse	7	14	43	86	50	100
Digestión	2	4	48	96	50	100
Movimiento	12	24	38	76	50	100
Oído	12	24	38	76	50	100
Ojo	9	18	41	82	50	100
Habla	7	14	43	86	50	100
Otras	8	16	42	84	50	100
En la piel	2	4	48	96	50	100
Sistema genital	1	2	49	98	50	100
Sistema nervioso	11	22	39	78	50	100

Tabla 10 Distribución porcentual de los tratamientos que realizan las personas con discapacidad

Tratamientos	si		no		total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Ordenaron ayudas terapéuticas	25	50	25	50	50	100
Usa ayudas terapéuticas	22	44	28	56	50	100
Considera necesario usar ayudas terapéuticas	36	72	14	28	50	100
Fisioterapia	2	4	48	96	50	100
Psiquiatría	1	2	49	98	50	100
Fonoaudiología	1	2	49	98	50	100
Terapia ocupacional	3	6	47	94	50	100
Ayuda Social	2	4	48	96	50	100
Medicación permanente	3	6	47	94	50	100

Optometría	0	0	50	100	50	100
Otro tipo de rehabilitación	4	8	46	92	50	100
Psicología	4	8	46	92	50	100

Tabla 11 Distribución porcentual de la recuperación de las personas con discapacidad

Se recupera	Frecuencia	Porcentaje
No	36	72,0%
Si	14	28,0%
Total	50	100,0%

Tabla 12 Distribución porcentual de rehabilitación de las personas con discapacidad

Actualmente rehabilitación	Frecuencia	Porcentaje
No	47	94,0%
Si	3	6,0%
Total	50	100,0%

Tabla 13 Distribución porcentual del motivo para no hacer rehabilitación

Por qué no rehabilitación	Frecuencia	Porcentaje
Cree que ya no lo necesita	4	8,0%
El centro de atención queda muy lejos	2	4,0%
Falta de dinero	12	24,0%
No hay quien lo lleve	4	8,0%
No le gusta	5	10,0%
No sabe	18	36,0%

Otras	3	6,0%
Si asiste a rehabilitación	1	2,0%
Ya terminó la rehabilitación	1	2,0%
Total	50	100,0%

Tabla 14 Distribución porcentual de las actividades que realizan las personas con discapacidad

Tipo de actividades	si		no		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Actividades con la comunidad	15	30	35	70	50	100
Actividades culturales	5	10	45	90	50	100
Actividades deportivas	1	2	49	98	50	100
Actividades con la familia	36	72	14	28	50	100
Actividades recreativas	10	20	40	80	50	100
Actividades religiosas	23	46	27	54	50	100

Tabla 15 Actitudes negativas que enfrentan las personas con discapacidad

Actitudes negativas	si		no		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Actitudes negativas de familiares	12	24	38	76	50	100
Actitudes negativas de amigos	6	12	44	88	50	100
Actitudes negativas de vecinos	4	8	46	92	50	100

Tabla 16 Distribución porcentual de las barreras que encuentran las personas con discapacidad

Barreras	si		no		total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Barreras en el dormitorio	8	16	42	84	50	100
Barreras en la sala	4	8	46	92	50	100

Barreras en el baño	6	12	44	88	50	100
Barreras en las escaleras	14	28	36	72	50	100
Barreras en los pasillos	4	8	46	92	50	100
Barreras en los andenes	5	10	45	90	50	100
Barreras en las calles	5	10	45	90	50	100
Barreras en los parques	5	10	45	90	50	100
Barreras en el Centro de Salud	3	6	47	94	50	100
Barreas en los centros comerciales y mercados	3	6	47	94	50	100
Barreras en las Instituciones públicas	4	8	46	92	50	100
Barreras en las terminales	5	10	45	90	50	100
Barreras en los vehículos públicos	5	10	45	90	50	100
Barreras en los centros educativos	4	8	46	92	50	100
Barreras en el trabajo	3	6	47	94	50	100

Gráfico 29 Discapacidad según género

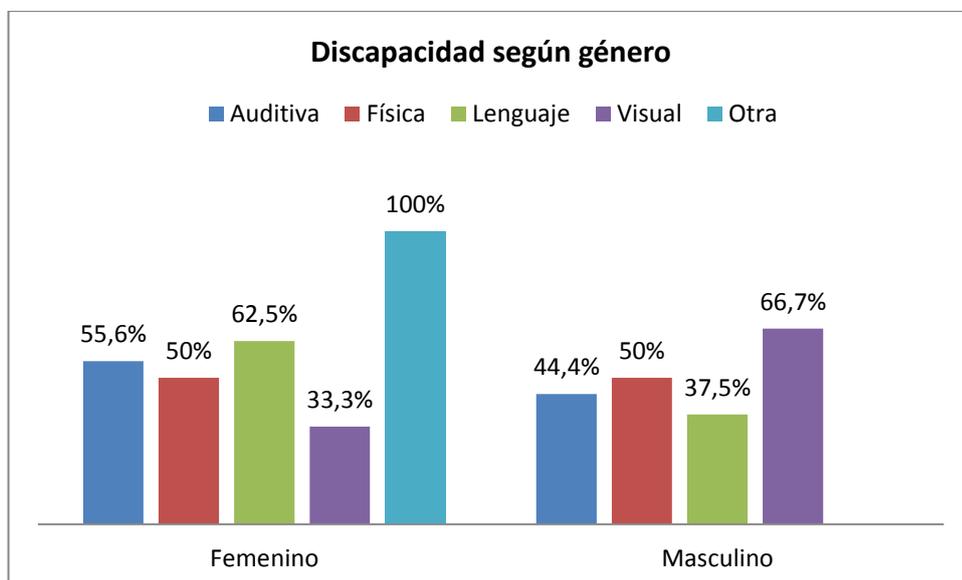


Gráfico 30 Discapacidad según grupo etáreo

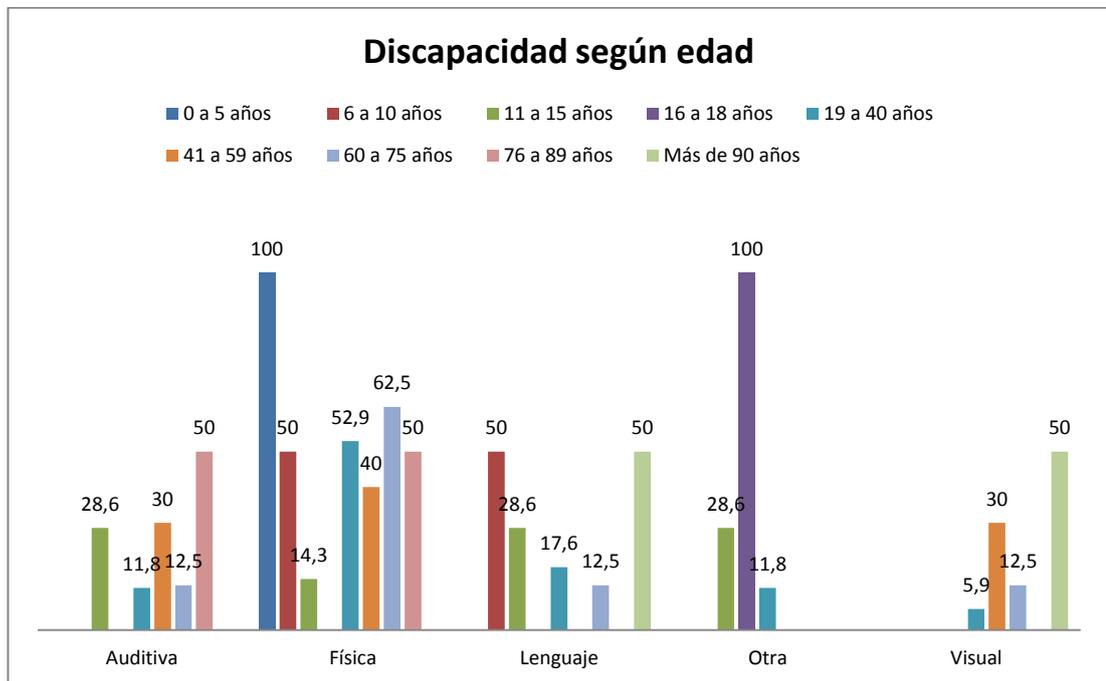


Tabla 17 Distribución porcentual del Género de las personas con discapacidad

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	28	56,0%
Masculino	22	44,0%
Total	50	100,0%

Tabla 18 Distribución porcentual de la etnia de las personas con discapacidad

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Indígena	4	8,0%
Mestizo	46	92,0%
Total	50	100,0%

Tabla 19 Distribución porcentual del rango de edad de las personas con discapacidad

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
0 a 5 años	1	2,0%
11 a 15 años	7	14,0%
16 a 18 años	1	2,0%
19 a 40 años	17	34,0%
41 a 59 años	10	20,0%
6 a 10 años	2	4,0%
60 a 75 años	8	16,0%
76 a 89 años	2	4,0%
90 a más	2	4,0%
Total	50	100,0%

Tabla 20 Distribución porcentual de la escolaridad de las personas con discapacidad

educación	Frecuencia	Porcentaje
alfabetizado	6	12,0%
analfabeto	18	36,0%
primaria	21	42,0%
secundaria	4	8,0%
superior	1	2,0%
Total	50	100,0%

Tabla 21 Distribución porcentual del cargo de jefe de hogar

Jefe hogar	Frecuencia	Porcentaje
Cónyuge	4	8,0%

Él mismo	9	18,0%
Familiares	1	2,0%
Hermanos	1	2,0%
Hijos	8	16,0%
Otros	2	4,0%
Padres	25	50,0%
Total	50	100,0%

Tabla 22 Distribución porcentual de la actividad laboral de las persona con discapacidad

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Jornalero o peón	4	8,0%
No está trabajando	44	88,0%
Obrero - empleado particular	2	4,0%
Total	50	100,0%

Tabla 23 Distribución porcentual del ingreso que recibe la persona con discapacidad

Ingreso	Frecuencia	Porcentaje
0-100 USD	16	32,0%
100-350 USD	6	12,0%
350-700 USD	2	4,0%
No tiene ingreso mensual	26	52,0%
Total	50	100,0%

Tabla 24 Disponibilidad del carnet del CONADIS de las personas con discapacidad

carnet del CONADIS	Frecuencia	Porcentaje
No tiene o No sabe	21	42,9%
si	28	57,1%
Total	49	100,0%

Tabla 25 Distribución porcentual de la Disponibilidad de servicios básicos

Servicios Básicos	SI		NO		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Energía eléctrica	38	76	12	24	50	100
Teléfono	35	70	15	30	50	100
Agua potable	37	74	13	26	50	100
Alcantarillado	44	88	6	12	50	100
Recolección basura	32	64	18	36	50	100

Tabla 26 Distribución porcentual de la tenencia de la vivienda

vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Otra	6	12,0%
Vivienda de un familiar sin pagar arriendo	17	34,0%
Vivienda propia totalmente pagada	26	52,0%
Vivienda propia y la está pagando	1	2,0%
Total	50	100,0%

Tabla 27 Distribución porcentual de la ayuda del gobierno

Ayuda gobierno	Frecuencia	Porcentaje
No	22	44,0%
Si	28	56,0%
Total	50	100,0%

Tabla 28 Distribución porcentual del tipo de ayuda que reciben del Gobierno

Ayuda del gobierno	si		no		total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Bono de Desarrollo Humano	20	40	30	60	50	100
Misión Manuela Espejo	2	4	48	96	50	100
Vivienda por discapacidad	0	0	50	100	50	100
Equipamiento de vivienda	1	2	49	98	50	100
Bono Joaquín Gallegos	1	2	49	98	50	100

Tabla 29 Distribución porcentual del barrio al que pertenecen

Barrio	Frecuencia	Porcentaje
Abatag	9	18,0%
Araque	24	48,0%
Bellavista	2	4,0%

Brisas del Lago	2	4,0%
Calle grande	1	2,0%
Centro	1	2,0%
Cusin pamba	11	22,0%
Total	50	100,0%

Anexo 3. FOTOS DE CENSO Y GEOREFERENCIACIÓN



Foto 1 Comunidad Araque



Foto 2 Comunidad La Unión



Foto 3 Comunidad Imbaburita



Foto 4 Presidente de la Junta Parroquial de San Pablo, Fausto Proaño y sus ayudantes.