



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA TERAPIA FÍSICA**

TEMA:

**Prevalencia de discapacidades en la comunidad San Eduardo
de la ciudad de Guayaquil**

AUTORES:

**Franco Wong, Stefanía Solange
Orellana Solís, Andrés**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADO EN TERAPIA FÍSICA**

TUTOR:

Jurado Auria, Stalin Augusto

Guayaquil, Ecuador

28 de febrero del 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA TERAPIA FÍSICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Franco Wong, Stefanía Solange y Orellana Solís, Andrés**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciado en Terapia Física**.

TUTOR

f. _____
Jurado Auria, Stalin Augusto

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Jurado Auria, Stalin Augusto

Guayaquil, a los 28 días del mes de febrero del 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA TERAPIA FÍSICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Franco Wong, Stefanía Solange y Orellana Solís, Andrés**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de discapacidades en la comunidad San Eduardo de la ciudad de Guayaquil** previo a la obtención del título de **Licenciado en Terapia Física**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 28 días del mes de febrero del 2020

LOS AUTORES

f. _____

Franco Wong, Stefanía Solange

f. _____

Orellana Solís, Andrés



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA TERAPIA FÍSICA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Franco Wong, Stefanía Solange y Orellana Solís, Andrés**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de discapacidades en la comunidad San Eduardo de la ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los a los 28 días del mes de febrero del 2020

LOS AUTORES

f. _____

Franco Wong, Stefanía Solange

f. _____

Orellana Solís, Andrés

REPORTE URKUND

URKUND

Documento [TESIS URKUND.docx](#) (D63538852)
Presentado 2020-02-06 11:26 (-05:00)
Presentado por stalin.jurado@cu.uceg.edu.ec
Recibido stalin.jurado.uceg@analysis.urkund.com
Mensaje REVISIÓN TESIS URKUND FRANCO-ORELLANA. [Mostrar el mensaje completo](#)
0% de estas 44 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

Lista de fuentes Bloques

Lista de fuentes	Categoría	Enlace/nombre de archivo
<input type="checkbox"/>		LA INCLUSIÓN LABORAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD BAJO LA METODOLOGÍA EMPLEO CON AP...
<input type="checkbox"/>		III Gaby y Stefy 2.docx
<input type="checkbox"/>		https://pdfs.semanticscholar.org/0eece/0c223bc76de42a194454a9196282666448ff.pdf?_ga=2.2332513...
<input type="checkbox"/>		URKUND BETANCOURT 7FEB2019.docx
<input type="checkbox"/>		CURICAMA KAIN RODOLFO.docx
<input type="checkbox"/>		SOBRECARGA-KATHERINE.docx
<input type="checkbox"/>		evaluación del desarrollo biopsicosocial en los niños con necesidades educativas especiales.docx

0 Advertencias. Reiniciar Exportar Compartir

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS CARRERA TERAPIA FÍSICA

TEMA: Prevalencia de discapacidades en la comunidad San Eduardo de la ciudad de Guayaquil

AUTORES: Franco Wong, Solange Stefania Orellana Solis, Andrés

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de LICENCIADOS EN TERAPIA FÍSICA

TUTOR: Jurado Auria, Stalin Augusto
Guayaquil, Ecuador 11 de febrero del 2020

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS CARRERA TERAPIA FÍSICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación,

fue realizado en su totalidad por Franco Wong, Solange Stefania y Orellana Solis, Andrés, como requerimiento para la obtención del título de Licenciados en Terapia Física.

TUTOR

f. _____ Jurado Auria, Stalin Augusto

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____ Jurado Auria, Stalin Augusto

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por haberme dado la paciencia y constancia para poder culminar la carrera, a mis padres Francisco Franco y Susana Wong por siempre ayudarme cada día a superar cada uno de los obstáculos que se me presentaban, y a mi hermana por haber sido un impulso para seguir con la carrera y poder llegar hacer una profesional, a mi mejor amigo que siempre estuvo para mí dándome consejos y apoyándome en las decisiones que tomaba en el día a día, siempre acompañándome y estando conmigo en las jornadas educativas. A todos los docentes que me dieron cátedras donde influyeron positivamente en mi formación académica a lo largo de la carrera, brindándome sus conocimientos y compartiendo sus experiencias, sobre todo disipando cualquier duda que tuviera; un agradecimiento muy especial al Licenciado Stalin Jurado por ser un gran ser humano que siempre está dispuesto a ayudar a los demás, siendo nuestro guía y un amigo en el transcurso de este trabajo investigativo.

Stefanía Solange Franco Wong

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por permitirme tener a mis padres, por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí, por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, me formaron con reglas, límites y ciertas libertades, a mis hermanos, un agradecimiento singular al Lic. Stalin Jurado, considerado un maestro de la vida, consejero que siempre da su mejor opinión, que con el pasar del tiempo ha desarrollado un amplio conocimiento el cual lo hace apto para aconsejar y enseñar sobre una amplia temática, a mi mejor amiga y compañera de la carrera que me hizo ver que la vida me demostrará que de los actos que yo realice, serán los mismo que harán conmigo. Siembra una buena y sincera amistad, y será el tiempo el que te permitirá disfrutar de una agradable cosecha.

Andrés Orellana Solís

DEDICATORIA

Se la dedico a Dios y a mis padres por haberles dado la paciencia y fuerza de voluntad para ayudarme a culminar la carrera, a mis hermanos que siempre estuvieron ayudando a mi papá con los gastos de la Universidad.

Stefanía Solange Franco Wong

La presente tesis está dedicada a mi padre, que a pesar de nuestra distancia física, fue quien me enseñó que el mejor regalo que puede darme son los estudios. A mi madre por ser un pilar importante en mi vida y sé que este momento es tan especial para ti como lo es para mí.

Andrés Orellana Solís



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA TERAPIA FÍSICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

MÓNICA DEL ROCÍO, GALARZA ZAMBRANO
DECANO O DELEGADO

f. _____

LAYLA YENEBI, DE LA TORRE ORTEGA
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

ISABEL ODILA, GRIJALVA GRIJALVA
OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

Contenido	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 Formulación del problema	6
2. OBJETIVOS.....	7
2.1 Objetivo General:.....	7
2.2 Objetivos Específicos:.....	7
3. JUSTIFICACIÓN.....	8
4. MARCO TEÓRICO	10
4.1 Marco Referencial.....	10
4.2 Marco Teórico.....	12
4.2.1 Definición de Discapacidad.....	12
4.2.2 Etiología.....	12
4.2.3 Tipos de discapacidad	13
4.2.3.1 Física	13
4.2.3.2 Intelectual	13
4.2.3.3 Auditiva.....	13
4.2.3.4 Visual.....	14
4.2.3.5 Psicosocial.....	14
4.2.4 Discapacidad en el Ecuador	14
4.2.5 Epidemiología	15
4.2.6 Evaluación de la discapacidad.....	16
4.2.7 Carné de las personas con discapacidad	16
4.2.8 Grado de discapacidad	17
4.2.9 Discapacidad e inclusión en Instituciones del Estado.....	17
4.2.9.1 Misión Manuela Espejo.....	17
4.2.9.2 Inclusión Social.....	18
4.2.9.3 Atención de calidad para personas con discapacidad	18
4.2.10 Factores sociodemográficos	19
4.2.10.1 Identificación de la familia.....	19
4.2.10.2 Familias según el sector	19
4.2.10.3 Características de las viviendas.....	20

4.2.10.4	<i>Riesgos ambientales</i>	21
4.2.11	Composición familiar y riesgos individuales.....	21
4.2.11.1	<i>Actividad económica</i>	21
4.2.11.2	<i>Discapacidad</i>	22
4.2.11.3	<i>Actividad física</i>	22
4.2.12	Antecedentes de carácter familiar	23
4.2.12.1	<i>Hipertensión arterial (HTA)</i>	23
4.2.12.2	<i>Diabetes</i>	23
4.2.12.3	<i>Artritis</i>	24
4.2.13	Factores de riesgo	24
4.2.13.1	<i>Alimentación y nutrición</i>	24
4.2.13.2	<i>Prácticas y servicios de la salud</i>	24
4.2.13.3	<i>Vivienda y vecindario</i>	25
4.2.13.4	<i>Situación socioeconómica</i>	25
4.2.14	Instrumento Riesgo Familiar Total (RFT 5-33).....	26
4.2.15	Vinculación con la Comunidad.....	27
4.3	Marco Legal	29
4.3.1	Ley Orgánica de Discapacidades	29
4.3.2	Plan Nacional de Desarrollo 2017- 2021 – Toda una vida.....	30
5.	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	33
6.	IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES	34
6.1	Variable de estudio	34
6.2	Variables de caracterización.....	34
6.3	Operacionalización de variables	35
7.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	36
7.1	Justificación de la Elección del Diseño	36
7.2	Población y Muestra	36
7.2.1	Criterios de Inclusión	36
7.2.2	Criterios de Exclusión	37
7.3	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	37
7.3.1	Técnicas	37
7.3.2	Instrumentos	37
8.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	38
8.1	Análisis e Interpretación de Resultados.....	38

9. CONCLUSIONES	45
10. RECOMENDACIONES	46
11. PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA	47
BIBLIOGRAFÍA.....	63
ANEXOS.....	70

ÍNDICE DE TABLAS

Contenido	Pág.
Tabla 1. Grado de discapacidad	17
Tabla 2. Vivienda social para personas con discapacidad	20
Tabla 3. Personas con discapacidad laboralmente activas	22

ÍNDICE DE FIGURAS

Contenido	Pág.
Figura N° 1. Distribución porcentual según el sexo.....	38
Figura N° 2. Distribución porcentual según la edad.....	39
Figura N° 3. Distribución porcentual de los antecedentes de carácter familiar.....	40
Figura N° 4. Distribución porcentual de actividad física.....	41
Figura N° 5. Distribución porcentual de actividad económica.....	42
Figura N° 6. Distribución porcentual de discapacidad.....	43
Figura N° 7. Distribución porcentual de discapacidad de acuerdo al carné.....	44

RESUMEN

La discapacidad se detalla como un término que comprende tanto deficiencias como restricciones de la actividad de los individuos, en el desarrollo personal, familiar y en la comunidad. El objetivo del trabajo fue determinar la prevalencia de discapacidades en la comunidad San Eduardo de la ciudad de Guayaquil. La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, diseño de tipo no experimental y de alcance descriptivo; con una población de 2.759 personas de las Cooperativas 25 de Julio y Virgen del Cisne que participaron en el Proyecto Familias y Comunidades Saludables de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Los resultados demostraron que de los porcentajes mínimos analizados en un 4,2% que corresponden a 116 miembros integrantes de las familias; 2,2% padecen de discapacidad física; 1% auditiva; 0,7% intelectual y el 0,3% de lenguaje. El estudio concluye que las condiciones, costumbres de vida y estratos socioeconómicos bajos, por los que atraviesan las personas que habitan en el sector de San Eduardo reflejan un marco de pobreza, que se suma al trabajo inestable, desequilibrio económico, inadecuada infraestructura de las viviendas y de insalubridad de algunos hogares los que se traducen en componentes que influyen de forma negativa en la calidad de vida de los habitantes. Se recomienda actualizar la base de datos, para con esa información elaborar la guía que permita hacer una intervención con datos correspondientes para la prevención de discapacidades.

PALABRAS CLAVES: PREVALENCIA; DISCAPACIDAD; COMUNIDAD; SAN EDUARDO; FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS; ACTIVIDAD FÍSICA

ABSTRACT

Disability is detailed as a term that includes both deficiencies and restrictions on individuals' activities; in personal, family and community development. The objective of the work was to determine the prevalence of disabilities in the San Eduardo community of the city of Guayaquil. The research had a quantitative approach, non-experimental design and descriptive scope; with a population of 2.759 people from Cooperatives 25 de Julio and Virgen del Cisne who participated in the Healthy Families and Communities Project of the Catholic University of Santiago de Guayaquil. The results showed that of the minimum percentages analyzed at 4.2% corresponding to 116 members of the families: 2.2% suffer from physical disability; 1% auditory; 0.7% intellectual and 0.3% language. The study concludes that the conditions, customs of life and low socioeconomic strata, which are experienced by people living in the San Eduardo sector, reflect a framework of poverty, which adds to unstable work, economic imbalance, inadequate housing infrastructure and the unhealthiness of some households which translate into components that negatively influence the quality of life of the inhabitants. It is recommended to update the database, with this information to prepare the guide that allows an intervention with corresponding data for the prevention of disabilities.

KEYWORDS: PREVALENCE; DISABILITY; COMMUNITY; SAN EDUARDO; SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS; PHYSICAL ACTIVITY.

INTRODUCCIÓN

La condición humana no siempre hace noción al conjunto de sucesos y características primordiales; por consiguiente, hace referencia a un grupo de condiciones vinculadas a la dimensión biológica que contribuye una dinámica a la existencia y exhibiendo a la experiencia de la disminución de cualidades. Dicho de otra manera, la discapacidad es una manera de manifestación de la condición humana y un conocimiento viable que proyecta interrogantes y da el paso a nuevas vías para indagar esa condición (Canto, 2018, p. 8).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) define: “Discapacidad es un término que abarca deficiencias que son los problemas que afectan una estructura corporal; las limitaciones son dificultades para ejecutar acciones, y las restricciones de la participación son problemas para integrarse en situaciones vitales” (p. 1).

En efecto, la discapacidad se especula y se trabaja como consecuencia de las situaciones de salud y enfermedad, las resoluciones contextuales de las condiciones físicas, sociales, distintas estimaciones culturales, actitudes y disposición de servicios para los individuos que presentan esta limitación (Malta et al., 2016, p. 2).

Es considerable que la prevalencia de discapacidad es de mayor predominio en cuanto a menor es el nivel de progreso socioeconómico, como es la situación de India y Ghana, los estados de ingresos elevados como Suiza y Dinamarca poseen menores porcentajes de limitaciones que las naciones de ingresos medios y bajos. Es decir existen importantes discrepancias en los niveles de los datos considerados según la fuente de investigación que se utiliza en cada nación (Monteverde, Acosta, González y Zamora, 2018, p. 11).

En Ecuador, existen 475.747 personas con algún tipo de discapacidad según la encuesta realizada por el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS) en el año 2019, de la población el 43,81% son mujeres, mientras que el 56,19% son hombres (p. 1).

La Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG, 2018) mediante el Proyecto “Familias y Comunidades Saludables”, prevé desarrollar una acción eminentemente de prevención y promoción de salud con enfoque de vulnerabilidad, buscando el propósito de contribuir al mejoramiento en la calidad de vida y bienestar integral de la población de las Cooperativas Virgen del Cisne y 25 de Julio, sector San Eduardo, promoviendo conductas saludables y de higiene personal en la salud individual, familiar y en la comunidad, a través de procesos de integración y articulación social de los actores institucionales y sociales (párr. 2).

Del mismo modo, gestionando aspectos de autocuidado, asepsia básica en los domicilios, alimentación saludable, actividad física, salud dental, sexual y reproductiva, con participación de la comunidad, identificando posibles y potenciales determinantes relacionados con los riesgos de la salud.

El proyecto se enfoca en la prevalencia de discapacidad destacando los factores asociados y sociodemográficos, analizando las necesidades y condiciones de vida por las que atraviesa la comunidad, buscando estrategias sustentables para el bienestar comunitario.

El trabajo de investigación fue realizado en una población de 2.759, de 729 hogares correspondientes al sector de San Eduardo, Cooperativas 25 de Julio y Virgen del Cisne de la parroquia Tarqui, cantón Guayaquil, provincia del Guayas.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El contexto de discapacidad afecta el transcurso del desarrollo personal y es una condición que se vivencia y adquiere un significado a nivel individual, familiar, social y cultural, debido a que no sólo el individuo que presenta discapacidad se ve afectado, sino también el entorno básicamente afectando a los cuidadores y acompañantes quienes desarrollan una apreciación propia de la discapacidad desde la experiencia en estos casos (Giaconi et al., 2017, p. 2).

Del mismo modo, la discapacidad que un individuo presenta a través de una experiencia de limitaciones y restricciones se debe a los obstáculos físicos, estructurales y sociales con que se afronta a diario, siendo independiente del deterioro. Por ello, será un compromiso de la sociedad instaurar las condiciones y circunstancias que permitan la participación de todos los individuos (Tamayo et al., 2018, p. 2).

A nivel mundial, se deduce que cerca de mil millones de personas 15% de la población mundial presentan cierto tipo de discapacidad, presentan limitaciones importantes para participar entre 110 millones 2,2% y 190 millones 3,8% personas mayores de 15 años. Puesto que las porcentajes de discapacidad ha aumentado a lo largo de los años, esto se debe en parte al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de patologías crónicas (OMS, 2018, p. 1).

En Chile se describe que existe un 12,9% de personas con discapacidad; y de este porcentaje la de mayor representación pertenece a la población de mujeres respecto a los hombres, orientándose no sólo en el estado de salud, sino también en temas como inserción profesional, participación e identificación de grietas o discrepancias con respecto a la población sin discapacidad, convirtiéndose en datos valiosos para el diseño de políticas públicas con perspectiva de los derechos de cada individuo (Castro et al., 2016, p. 3).

En Ecuador, el 46,65% de los ciudadanos presentan discapacidad física, constituyendo la de mayor predominio en el país, mientras que la segunda es de carácter intelectual con el 22,30%, la tercera es la auditiva con el 14,06%, la cuarta es de tipo visual con el 11,73% y el menor índice es la psicosocial con el 5,27% de la población (CONADIS, 2019, p. 1).

Por consiguiente, el Gobierno Nacional del Ecuador suscribió el 30 de marzo del 2007 la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, y fue ratificado por la Asamblea Nacional Constituyente el 3 de Abril del 2008, que contiene un capítulo concreto y disposiciones individuales en el tema de las discapacidades que comprenden los Derechos de este grupo de atención prioritaria y las disposiciones de elaboración, control y participación por parte de la ciudadanía, bajo la Coordinación del CONADIS (Siavichay, 2016, p. 37).

En efecto, en el análisis estadístico de este trabajo se describirán a los hogares de las Cooperativas 25 de julio y Virgen del Cisne en función de los parámetros de riesgos individuales de cada uno de los miembros que componen a la familia, destacando los inconvenientes a nivel biológico, demográfico y ambiental, identificando el ambiente físico de vivienda y vecindario, el estilo de vida y la disponibilidad de prácticas y servicios sociales en salud.

En la comunidad San Eduardo se desconoce la prevalencia de discapacidad, debido a que diversos factores asociados y sociodemográficos conllevan a que la actividad económica es inestable, convirtiéndose en una de las causas inminentes de los problemas que afrontan las Cooperativas; por consiguiente, en condiciones que pueden ser benefactores para la presencia de dicha limitación.

1.1 Formulación del problema

¿Cuál es la prevalencia de discapacidades en la comunidad San Eduardo de la ciudad de Guayaquil?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

Determinar la prevalencia de discapacidades en la comunidad San Eduardo de la ciudad de Guayaquil.

2.2 Objetivos Específicos:

- Analizar los resultados obtenidos de la base de datos del Proyecto Familias y Comunidades Saludables.
- Identificar los factores asociados y sociodemográficos de la población de estudio.
- Categorizar la base de datos de los habitantes de la comunidad, mediante el Instrumento de Riesgo Familiar Total (RFT 5-33).
- Diseñar una guía de prevención, para disminuir la prevalencia de discapacidad.

3. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo investigativo se realizó un análisis desde la mirada de fisioterapia y el manejo de información de la línea base del Proyecto de Vinculación Familias y Comunidades Saludables de la UCSG que corresponden a las encuestas realizadas en el 2017, contó con la participación de estudiantes y docentes de todas las carreras involucradas activamente, en donde la recolección de los datos ha sido previamente planificada y ejecutada con la ayuda de los docentes para que los estudiantes apliquen el conocimiento y contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de las personas que residen en las Cooperativas.

La indagación contempla la necesidad de analizar la situación vigente de la comunidad identificando los aspectos de este sector vulnerable debido a que la actividad económica es irregular, acompañado de factores ambientales que no son de óptimas condiciones y considerando que el vecindario donde residen no se encuentra sobre los cimientos adecuados, afectando la condición y calidad de vida de las personas que habitan en las Cooperativas.

Por tal motivo, es importante identificar los factores asociados y sociodemográficos de las Cooperativas 25 de Julio y Virgen del Cisne debido a que se convierten en determinantes claves para establecer las condiciones sociales, socioeconómicas y ambientales que se pueden presentar y poder determinar la prevalencia de discapacidad en la comunidad debido a que cada tipo de discapacidad es única para cada persona puesto que está influenciada por una compleja combinación de factores desde las discrepancias personales de costumbres, contextos y apoyos distintos, que intervienen en el desarrollo de la salud y el bienestar integral.

Por otro lado, desde el punto de vista de vinculación por parte de la UCSG, a partir de la intervención del estudiante de la carrera de terapia física en la comunidad, busca el levantamiento de información por medio de datos

relevantes e importantes que se convierten en resultados de cómo se encuentra en la actualidad dicha comunidad, esto se realiza por medio de la atención primaria en salud y se fortalecen los vínculos que como carrera formativa en el área de la salud debe extenderse el ámbito de prevención y promoción de la misma, y de esta manera la vinculación le brinda al estudiante la posibilidad de poner en práctica los conocimientos analíticos y ese criterio clínico que ha sido adquirido a lo largo de la formación académica y del mismo modo fomentar ese perfil humanitario que hace que se solidarice y se responsabilice a nivel individual y social.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Marco Referencial

(Obando, López, Rendón, Castro, Obando y Medoza, 2016), en la investigación acerca de la **Discapacidad y su relación con variables sociodemográficas y clínicas en adultos de San Juan de Pasto - Nariño, Colombia**, tuvo como objetivo correlacionar la discapacidad con variables sociodemográficas y clínicas. El tipo de estudio fue correlacional, la muestra estuvo constituida por 117 personas con discapacidad, mayores de 20 años con más de seis meses de la limitación, se utilizó el WHODAS-II. La investigación concluye que las personas con discapacidad de la indagación en la mayoría fueron hombres, solteros, y con grado de discapacidad leve, mientras que la ocupación y las variables clínicas demostraron mayor repercusión sobre las actividades de la vida cotidiana, funcionalidad y discapacidad a nivel global.

Del mismo modo, (Flores et al., 2015), en el estudio acerca de la **Prevalencia de discapacidad y sus características en población de 18 a 65 años de edad, Honduras, Centro América, 2013-2014**, la pesquisa tuvo como objetivo determinar la prevalencia de discapacidad y las características en población. La indagación correspondió al tipo descriptivo transversal de asociación. Médicos en asistencia social, Facultad de Ciencias Médicas UNAH, visitaron 50 casas resididas de comunidades escogidas aleatoriamente. Los resultados demostraron que en 39,554 individuos de 18-65 años de edad se determinó prevalencia de discapacidad de 4.6% (IC95% 4.4%-4.8%), de mayor predominio en mujeres (5.5% versus 3.4%). En 1,805 individuos con discapacidad, el grado de discapacidad fue leve 74.4% (1,342) moderado 19.2% (346), severo 6.4% (116), completo 0.1%, mientras que los hombres presentaron mayor porcentaje de discapacidad moderada y completa (29.2% versus 23.9%, $p < 0.02$).

De igual manera, (Monteverde, Acosta, González y Zamora, 2018) realizó una investigación denominada **Prevalencia de discapacidades en actividades básicas de la vida diaria y condición socioeconómica de las personas mayores: análisis comparado entre Argentina y México**, cuyo objetivo principal de este trabajo es comparar y evaluar en qué nivel las diferencias de prevalencias se relacionan con la estructura socioeconómica de las poblaciones. Las fuentes de microdatos utilizadas son: la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCAVIAM) realizada en Argentina en 2012, la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (Enasem) de 2015 y los microdatos del estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (SABE) del año 2000.

Los resultados obtenidos sugieren que en la mayoría de las diferencias en las prevalencias de discapacidades entre los dos estados sería a las diferencias de composición de la condición económica, fortaleciendo los datos que se observan en el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud de la Organización Mundial de la Salud.

Así mismo, (González, Díaz, Ramírez y Acosta, 2016) realizó una investigación acerca de la **Prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en discapacitados intelectuales**, la indagación es de tipo descriptivo prospectivo para caracterizar la comorbilidad psiquiátrica en escolares con discapacidad mental “Escuela Especial Batalla de Jobito” del Municipio Guantánamo, mientras que la muestra fue de 26 estudiantes en edades entre 6 y 12 años; con no menos de tres y un máximo de hasta cinco enfermedades psiquiátricas, sin enfermedades somáticas, seleccionados de manera intencionada. Predominó la comorbilidad psiquiátrica: trastorno por déficit de atención e hiperquinesia; trastorno de personalidad de causa orgánica; trastornos concretos del aprendizaje; retardo integral del desarrollo del lenguaje. Tuvo como conclusión que la comorbilidad psiquiátrica en los pacientes estudiados constituye un problema de salud.

4.2 Marco Teórico

4.2.1 Definición de Discapacidad

Se define como un concepto que contiene, tanto deficiencias, como restricciones o limitaciones en la participación de las mismas; de este modo se deduce a la discapacidad, como la interacción entre individuos que tienen alguna patología, como depresión, parálisis cerebral, diferentes síndromes, entre otros elementos particulares y ambientales, lugares públicos y medios de transporte inaccesibles, por lo que la discapacidad desistiría de ser apreciada como condición de un individuo, con lo que se acreditaría a optimar la participación de la sociedad incidiendo directamente en derribar las dificultades que imposibilitan a los individuos con discapacidad desempeñarse en su vida habitual (García y Bustos, 2015, p. 4).

4.2.2 Etiología

En España, en la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de Salud de 1999 brinda información acerca de las causas de las limitaciones y deficiencias, clasificadas de acuerdo con las siguientes categorías, que pueden presentarse de manera congénita que constituyen a deficiencias por dificultades de carácter genético y las que se desarrollan en el periodo gestacional como resultado de infecciones en el embarazo, patologías crónicas de la madre; del mismo modo, están los problemas en el parto como las deficiencias por traumatismos a los que se somete el neonato; por otra parte, los accidente de tránsito, domésticos y laborales; también se encuentran las patologías causadas en el área de trabajo incluyendo los casos en que la profesión ha sido el origen de la deficiencia y que se agravara, y las que se derivan de la edad constituyendo el origen a las deficiencias múltiples (Jiménez y Huete, 2015, p. 73).

4.2.3 Tipos de discapacidad

La discapacidad posee distintos tipos, que se clasifican de acuerdo a la severidad o el grado de la limitación. A continuación, se describen la clasificación de la misma:

4.2.3.1 Física

Se puede definir como una limitación que presentan algunos individuos para efectuar tareas de la vida diaria y problemas que tienen para la ejecución de los propios movimientos; la tipología de limitación se da a través de una deficiencia de las estructuras biológicas y algunas estructuras que hacen posible el control físico y el movimiento (Godoy, González y Verdugo citado por Arbelaez, Arrieta y Torres, 2019, p. 28).

4.2.3.2 Intelectual

Es el trastorno que se da como resultado de la disrupción genética y/o la acción ambiental, que conlleva un daño en el procesamiento de la información, aprendizaje y funcionamiento de manera intelectual, conllevando pequeños comportamientos que adquieren una dificultad en destrezas adaptativas, sociales, comunicativas, familiares, actividades funcionales, y mayormente pérdida en las habilidades académicas a la hora del estudio (Díaz, 2017, p. 1).

4.2.3.3 Auditiva

Este tipo de discapacidad es producida por la pérdida o disminución anormal del sistema auditivo y como resultado presenta la dificultad para oír y casi siempre se encuentra una pérdida en el lenguaje y habla, estos trastornos se ven frecuentemente en las edades tempranas de niñas y niños; algunas veces la parte auditiva se presenta debido a un trastorno sensorial de la personas (Olivas citado por Arbelaez, Arrieta y Torres, 2019, p. 28).

4.2.3.4 Visual

La discapacidad se define como una limitación que incluye la disminución de la visión moderada y severa que puede llevar a la ceguera total siendo una de las principales causas a nivel mundial de limitaciones en el funcionamiento, el primordial criterio clínico es la perspicacia visual en el ojo sano, presentando el grado de deficiencia, limitación o pérdida en la función (Rojas et al., 2016, p. 2).

4.2.3.5 Psicosocial

La discapacidad es causada habitualmente por patologías como esquizofrenia, trastorno bipolar, psicosis, entre otras. Se presenta por medio de deficiencias o trastornos de la conciencia, comportamiento, razonamiento, estados de ánimo, afectividad, y comprensión de la realidad, irritabilidad, depresión, inestabilidad emocional crónica. Esas deficiencias varían según el nivel, mientras que las personas que tienen deficiencias leves o moderadas, con la debida medicación podrá realizar las actividades cotidianas con autonomía e independencia (CONADIS, 2015).

4.2.4 Discapacidad en el Ecuador

En los inicios de los años 60 fue el momento en el que los ecuatorianos con discapacidad comienzan de cierta forma a tomar áreas de visibilización social, tomando en cuenta que fue la época en la que se fundaron los primeros centros que brindaron atención desde la perspectiva de un modelo de rehabilitación, con la finalidad de cubrir las necesidades pedagógicas especiales, lo que permitió la inserción de los individuos con discapacidad a la sociedad. A resultado de esto, se fundó en Quito el Centro de Formación y Capacitación Laboral para Ciegos (CEFOCLAC), el Instituto de Audición y Lenguaje (INAL), el Instituto Especial para Ciegos y Sordos Mariana de Jesús, la Escuela Especial para Ciegos en Guayaquil, y otros institutos especiales que se ubicaron en otras ciudades como Ambato, Loja y Machala (Unuzungo y Miranda, 2018, p. 7).

La Asamblea Nacional del Ecuador citado por (Pinargote et al., 2018, p. 5) refirió que el diseño de accesibilidad en el Ecuador se construye en el marco legislativo de: la Ley Orgánica de Discapacidades, en uno de los principios rectores, "Accesibilidad: se garantiza el acceso de las personas con discapacidad al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de información y las comunicaciones, ya otros servicios abiertos al público o de uso público"; en el artículo 33 "Accesibilidad a la educación: la autoridad educativa nacional en el marco de su competencia, vigilancia y supervisión, que las instituciones educativas escolarizadas y no escolarizadas, especial y de educación superior, públicas y privadas, cuenten con infraestructura, diseño universal, adaptaciones físicas, ayudas técnicas y tecnológicas para las personas con discapacidad".

4.2.5 Epidemiología

Con respecto a las apreciaciones de la encuesta sobre ingresos y condiciones de vida, en Europa, uno de cada cuatro individuos de 16 o más años presentan limitación en las actividades habituales debido a problemas de salud (27,0% en 2013); las condiciones son graves en el 8,7% de los individuos y moderadas en el 18,3%. Del mismo modo, esto presume que en la Unión Europea, habrían 115 millones de individuos de 16 o más años con restricciones en la actividad, en efecto alrededor de 37 millones de personas experimentarían discapacidades severas. Las prevalencias de mayor predominio se registran en Letonia (37,4), Alemania (34,4%) y Finlandia (34,2%), y las de menor predominio en Malta (11,2%), Irlanda (17,4%) y Bulgaria (17,7%) (Jiménez y Huete, 2015, p. 197).

En Colombia, 2.149.710 correspondiente al 4,7% pertenecen a la población total de individuos que presentan discapacidad; por otro lado, el grupo de edad que se ve afectado es el de las personas mayores de 60 años, representando un 47% del total de la población. La mayor causa de discapacidad reportada en el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), para el 2011, son las patologías en general (44,78%),

seguida de la accidentalidad (17,28%) y la alteración genética y hereditaria (15,09%). Según el Registro de localización y caracterización de personas con discapacidad-RLCPD la limitación predominante se da en el cuerpo y afecta a 543,213 individuos (Martínez, Uribe, y Velázquez, 2015, p. 3).

En la actualidad en el Ecuador el grupo etario de 0 a 3 años de edad presenta el 0,64% de discapacidad, de 13 a 18 años el 7,18%, el grupo de 25 a 64 años representa el 52,72%, y el de 65 años en adelante simboliza el 25,52%; por consiguiente 46.109 son estudiantes con algún tipo de discapacidad; del mismo modo, existen 74.597 personas laboralmente activas de las cuales 69.632 están incluidas laboralmente (CONADIS, 2019).

4.2.6 Evaluación de la discapacidad

Los procesos para evaluar la discapacidad varían de un país a otro e influyen en los resultados adquiridos sobre el tema, las medidas estratégicas para la discapacidad varían según el propósito y la aplicación de los datos, así como en la manera en que se presenta y los aspectos de la misma evaluados como deficiencias, limitaciones en la actividad, restricciones de participación, condiciones de salud y factores asociados (Gómez, Avella y Morales, 2015, p. 3).

4.2.7 Carné de las personas con discapacidad

El Carné es cedido por medio del Ministerio de Salud en donde se detalla el tipo, porcentaje y grado de discapacidad, lo cual representa un requisito al momento de acceder a un puesto de laboral de igual manera facilita al empleador la ubicación de este individuo, al momento el Ministerio de Salud Pública (MSP) cuenta con un proyecto que beneficia a los individuos facilitando la integración a la sociedad (Rodríguez y Tualombo, 2017, p. 27).

Los individuos con discapacidad acreedores del carné emitido por el Ministerio de Salud Pública independiente del año de emisión, deberán acercarse a los establecimientos de salud de primer nivel autorizados y cambiarlo por un nuevo carné; en el cual se reflejará la nueva fecha de emisión y no poseerá límite de caducidad (MSP, 2015, p. 1).

El carné emitido por el CONADIS poseerá validez hasta el 31 de diciembre de 2019, en cuestión de que el individuo con discapacidad portador del mismo solicite una certificación adicional deberá requerir en las instituciones de salud de primer nivel autorizadas el certificado de discapacidad; el mismo que será el instrumento que habilite al individuo para acceder a los beneficios de la Ley, hasta que se evalúe con el nuevo instrumento de valoración de discapacidad en la sociedad ecuatoriana (MSP, 2015, p. 2).

4.2.8 Grado de discapacidad

Tabla 1.

Grado de discapacidad

Grado de discapacidad	Número de personas	Porcentaje
[30% - 49%]	215,433	45,07%
[50% - 74%]	165,113	34,55%
[75% - 84%]	68,381	14,31%
[85% - 100%]	29,031	6,07%
Total general	477,958	100%

Datos obtenidos por el (CONADIS, 2019, p. 1) (Elaborado por Stefania Franco y Andrés Orellana)

4.2.9 Discapacidad e inclusión en Instituciones del Estado

4.2.9.1 Misión Manuela Espejo

Es un movimiento que busca garantizar la atención integral de los individuos que presentan discapacidad y la de sus familias, en primera instancia comprueba el origen de las limitaciones y datos reales que permitan establecer políticas de estado que contribuyan a la salud, formación educativa y bienestar social promoviendo el desenvolvimiento en la sociedad, donde se les proporcione servicios de atención en salud constante y fortificar sus propias capacidades y habilidades. De la misma forma se creó el programa Gallegos Lara en conjunto a la Misión Manuela Espejo como entidades de

ayuda y coordinación técnica después de descubrir los casos más críticos de los individuos (ANID, 2018, p.11).

La inclusión laboral, debe considerar la adopción de estrategias orientadas a incluir a individuos con limitaciones en el mercado laboral, por medio de la implementación de iniciativas afines a todas los períodos de gestión en el desarrollo de los individuos, destacando la programación de áreas adaptadas al trabajo, descripción de funciones, reclutamiento y selección, contratación, inducción y seguimiento, formación, crecimiento profesional y acciones generales para la inserción laboral de personas en situación de discapacidad (Cortés, 2018, p. 2).

4.2.9.2 *Inclusión Social*

Dentro de las distintas Instituciones del Estado, se debe identificar el alineamiento con los acontecimientos señalados anteriormente, estando instruidos para ofrecer una atención óptima y de calidad a toda la sociedad, con respecto a esto se debe tener un punto de partida y de balance, desde donde una empresa particular específicamente privada pueda tener un parámetro, y no solo efectuar lo que estipula la ley (Cortés, 2018, p. 3).

4.2.9.3 *Atención de calidad para personas con discapacidad*

Los individuos debido a que presentan algún tipo de discapacidad, habitualmente se encuentran acompañadas por un familiar o amigo, o sencillamente costean a un asesor que los guie en la elaboración de sus diligencias, la idea es ofrecer un espacio a cualquier persona; donde los funcionarios de instituciones del Estado estén preparados para guiar, apoyar y manipular instrumentos que permitan una atención de calidad (Cortés, 2018, p. 3).

4.2.10 Factores sociodemográficos

Las comunidades urbano marginales se ciñen en el ámbito rural de los estados de ingreso medio y bajo, donde se registran los más bajo niveles en términos de pobreza a nivel nacional, regional y mundial; también si se trata de sociedades con un eminente indicador de dispersión recibirán una menor gestión e inversión por parte de los funcionarios del Estado y poseerán menor accesibilidad a servicios públicos, de la discrepancia y las necesidades humanas no cubiertas nacen las percepciones de marginación y exclusión, que llaman la atención acerca de las circunstancias de vida que se dan en ciertas partes y que de manera irremediable producen pobreza (Herrero, 2018, p. 3).

4.2.10.1 Identificación de la familia

La discapacidad presente en algún integrante induce una serie de limitaciones en la dinámica, no solamente por lo inesperado e imprevisto del evento, sino por lo impresión que resulta para todos y cada uno de los miembros del hogar, sobre todo en el aspecto emocional; la discapacidad va a forzar a toda la familia a cambiar el comportamiento, perspectivas, metas, éxitos y sueños. De la misma manera, cambia la rutina diaria de los integrantes, debido a que desde ese instante se agrega una perpetua y profunda relación con diferentes doctores, especialistas y fisioterapeutas que estudian por medio de evidencia científica y brindando el mejoramiento en la calidad de vida (García y Bustos, 2015, p. 3).

4.2.10.2 Familias según el sector

La familia a lo largo de los años se ha forjado a manera de que constituye el primer contexto social por excelencia, se convierte en el ambiente natural en donde los integrantes que la conforman se desarrollan a nivel emocional, físico, mental y social; en este sentido, según los modelos vividos e interiorizados se establece como la principal fuente de guía para la evolución de los individuos con algún tipo de discapacidad, porque es en el

núcleo donde se producen los pilares y bases fundamentales para hacer que ellos tengan independencia y responsabilidad en lo largo de la vida (Zapata, 2014, p. 2).

4.2.10.3 Características de las viviendas

Según la Organización Panamericana de Salud treinta millones de individuos no poseen una vivienda, mientras que 21 millones de residencias se hallan en un estado no adecuado para habitarla, por otra parte existen un millón de domicilios destruidos anualmente por desastres naturales, tomando en cuenta que 128 millones de personas de la sociedad urbana habitan en tugurios (Herrera et al., 2015, p. 3).

Por otro parte, una residencia saludable involucra un área de domicilio que promueva la salud estableciendo una pertenencia segura de la vivienda promoviendo los títulos de propiedad, un sitio seguro de habitar que se encuentre alejado de zonas que representen un riesgo para la salud constituyendo una estructura y un ambiente adecuado donde tengan acceso a todos los servicios básicos y de excelente calidad, y por supuesto donde desarrollen hábitos de comportamiento saludables y lograr un impacto sobre la calidad de vida de la sociedad. A continuación, por medio de la siguiente tabla se describe a las personas que cuentan con el beneficio de la vivienda social según el tipo de discapacidad:

Tabla 2.

Vivienda social para personas con discapacidad

Discapacidad	Número de personas	Porcentajes
Física	202	54.16%
Auditiva	39	10.46%
Visual	52	13.94%
Intelectual	65	17.43%
Psicosocial	15	4.02%
Total	373	100%

Datos obtenidos por el (CONADIS, 2019, p. 1) (Elaborado por Stefanía Franco y Andrés Orellana)

4.2.10.4 Riesgos ambientales

Constituyen una parte importante en el avance de actividades de los individuos con discapacidad, debido a que estos pueden ayudar o delimitar la participación activa y constante de los mismos, los factores ambientales están conformados por los aspectos extrínsecos que hacen parte del medio donde se desenvuelve la persona y que de alguna manera pueden llegar a intervenir en el buen funcionamiento del mismo, además de constituir un entorno con factores biológicos, físicos, sociales a los cuales se encuentran propensos las personas, involucran también la parte socioeconómica y cultural del individuo abordado como ser biopsicosocial, afectando la integridad a nivel familiar y en la comunidad (Arbelaez, Arrieta y Torres, 2019, p. 31).

4.2.11 Composición familiar y riesgos individuales

4.2.11.1 Actividad económica

De acuerdo al artículo 47 de la Constitución de la República del Ecuador y el artículo 45 de la Ley Orgánica de Discapacidades, todas las personas con discapacidad, con deficiencia o condición discapacitante tienen derecho a un trabajo remunerado bajo condiciones de igualdad y no discriminación en la ejecución del empleo, además prevé que los procedimientos para aplicación, selección, contratación, capacitación e indemnización se realice en igualdad de condiciones en los dos sectores: público y privado (Torres, 2017, p. 50).

A continuación, se describe la actividad económica de las personas con discapacidad en el Ecuador:

Tabla 3.

Personas con discapacidad laboralmente activas

Discapacidad	Número de personas	Porcentajes
Física	41,433	54.93%
Auditiva	12,237	16.22%
Visual	10,213	13.54%
Intelectual	8,285	10.98%
Psicosocial	3,264	4.33%
Total	75,422	100%

Datos obtenidos por el (CONADIS, 2019, p. 1) (Elaborado por Stefania Franco y Andrés Orellana)

4.2.11.2 Discapacidad

La OMS, considera la discapacidad como un inconveniente de salud pública, debido a que afecta de modo significativo a los individuos que presentan la condición, contexto que ha aumentado debido en gran proporción al envejecimiento poblacional y al aumento de la prevalencia de patologías crónicas, es así como la realidad lleva a que el Gobierno efectúe respuestas masivas, adecuadas y pertinentes, ya que la gran demanda de los servicios de salud implicará que la limitación trascienda del discurso a la realidad como una preocupación fundamental de salud pública (Gómez, Avella y Morales, 2015, p. 2).

4.2.11.3 Actividad física

La actividad física realizada de manera regular está asociada a la prevención y tratamiento de la mayoría de las enfermedades crónicas como las cardiovasculares, diabetes, obesidad, algunos tipos de cáncer, a la disminución de la mortalidad prematura, y a las lesiones musculoesqueléticas; teniendo efectos significativos en la salud, mejorando el desempeño cognitivo, prevención de caídas, fracturas y en mejorar la capacidad funcional en los adultos mayores. Por tanto, debe hacer parte de las recomendaciones de todos los profesionales en salud (Mahecha, 2019, p. 1).

Las prácticas y servicios de actividad física para individuos con discapacidad se adaptan al perfil sociodemográfico de la sociedad y, aunque se construyen políticas de fomento de la práctica, hay una gran falta de indicadores que permiten valorar la realización de la práctica de la población en cuestión; por ello, la promoción y prevención en salud deben ser abordadas de tal manera que la actividad física debe adaptarse no sólo a las capacidades de los individuos sino a los intereses e inquietudes. En este sentido, se logra desarrollar con mayor eficacia el número de servicios donde pueden incluirse individuos con discapacidad desarrollando actividades específicas para ellos. (Pinilla y Pérez, 2017, p. 11).

4.2.12 Antecedentes de carácter familiar

4.2.12.1 Hipertensión arterial (HTA)

La HTA constituye una de las principales causas para el desarrollo de patologías cardiovasculares y constituye la primera causa de mortalidad y la tercera causa de discapacidad a nivel mundial, debido a que participa en el desarrollo de patologías cardiovasculares, provocando más de 3 millones de fallecimientos cada año. Sin embargo se desconoce con exactitud los factores de riesgo que incurren en la presencia y prevalencia de la enfermedad, sin embargo hay una serie de aspectos que se pueden relacionar así como comidas con elevado contenido de sal, azúcares, grasas, edad, inactividad física, obesidad, estrés y el consumo excesivo de sustancias psicoactivas (Cárdenas, López, Silva y Monar, 2019, p. 2).

4.2.12.2 Diabetes

Es un problema a nivel mundial que cada día va aumentando, cuando la enfermedad no tiene la intervención adecuada implica cambios en la calidad de vida de los individuos, produciendo mayor discapacidad en la población. Se ha comprobado que la educación a pacientes que presentan diabetes de manera continua, es un instrumento fundamental tanto para la sociedad que están propensa a los factores de riesgo, como desde el momento del

diagnóstico de la enfermedad, donde permitirá al individuo y la familia, un cambio de comportamiento adecuado (Hevia, 2016, p. 1).

4.2.12.3 Artritis

La Artritis Reumatoidea (AR) es una patología inflamatoria sistémica de origen autoinmune, caracterizándose por ser poliartritis simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, de evolución crónica y progresiva que puede inducir limitación funcional y alteraciones en la calidad de vida en los individuos que lo padezcan, a la vez puede obtener como consecuencia una significativa discapacidad en la capacidad funcional y provocando especialmente dificultad al momento de realizar las actividades cotidianas como levantarse de la cama, asearse o vestirse; estando relacionada no solo con el nivel de actividad sino también con la condición funcional que afecta a los individuos con la enfermedad (Barrios et al., 2017, p. 3).

4.2.13 Factores de riesgo

4.2.13.1 Alimentación y nutrición

La alimentación se define como el consecuencia del vínculo entre el consumo de alimentos y la necesidad de los mismos; el desequilibrio entre ingerir alimentos y el gasto energético y/o de nutrientes, conlleva una disminución en el estado nutricional, por abundancia o deterioro, que tiene alcances en el cambio de salud de las personas; por lo tanto, se debe precisar la extensión de la variabilidad nutricional como un inconveniente sanitario, donde se revela y considera los factores de riesgo y plantea gestiones adecuadas que consigan contribuir a optimizar la salud del individuo (Govantes, Ortiz y Lantigua, 2018, p. 2).

4.2.13.2 Prácticas y servicios de la salud

En la actualidad los estudios acerca del acceso a las prácticas y servicios en salud de los individuos en condiciones discapacitantes presentan obstáculos económicos y geográficos, así como las dificultades en los medios

de transporte, excesivos valores en los costos de visitas al profesional en salud, falta de equipos actualizados; por otra parte también se encuentran las percepciones negativas de los pacientes por parte de los gestores en salud, estableciendo inconvenientes con la eficacia de los servicios, debido a la falta de conocimiento por parte de los profesionales y negación en la prestación de servicios (Hurtado y Arrivillaga, 2018, p. 3).

4.2.13.3 *Vivienda y vecindario*

Un domicilio en particular debe ser adecuado para la comodidad y el bienestar de la familia, necesita tener áreas distribuidas para todos los integrantes del núcleo familiar, donde puedan sentirse conformes con ellos mismos y con las condiciones de salud, la residencia puede poseer diferentes maneras de distribución esto va a depender de las necesidades de los habitantes; por otro lado los domicilios se clasifican en residencias particulares y colectivas, suelen poseer de uno a dos pisos, y que posiblemente cuenten con un área verde, del mismo modo se considera domicilios particulares a las casas, haciendas, villas, entre otros, mientras que los colectivos son las viviendas donde residen más de una familia, pueden ser edificaciones verticales o varias viviendas en una propiedad, las residencias son los edificios de varias plantas y departamentos (Padilla, 2016, p. 30).

4.2.13.4 *Situación socioeconómica*

A nivel mundial el 80% de las personas con limitación se concentran en las naciones de bajos ingresos, donde presentan más inconvenientes para superar los obstáculos, se resalta que 65 millones de individuos requieren una silla de ruedas, en los estados pobres solo tienen accesibilidad entre el 5 y el 15 % de la sociedad, debido a la falta de ingresos económicos los niños con restricciones en las regiones más desfavorecidas no tienen acceso a la educación. En el mundo, el índice de población que se consideran discapacitados han aumentado a 650 constituyendo a más del 10% en los estados más desarrollados, la media de desempleo de las personas con discapacidad es superior a las que no presentan discapacidad, a pesar de que

muchas naciones conservan políticas acerca de la inclusión para los discapacitados, aunque a menudo no se aplican (Sueiro et al., 2016, p. 2).

4.2.14 Instrumento Riesgo Familiar Total (RFT 5-33)

El objetivo de este instrumento es detectar aquellos núcleos familiares vulnerables a la presentación de problemas de salud o disfunción, debido a factores asociados con la trayectoria, forma de organización, prácticas de salud, disponibilidad y distribución de recursos, o funcionamiento cotidiano en general. Dicho instrumento cuenta con cinco categorías, las primeras cuatro no poseen puntaje, pero permiten identificar características propias de los hogares y de cada uno de los integrantes; mientras que la última categoría permite evaluar y calificar los factores de riesgos.

Según (Sánchez y Cataño, 2016) se pueden analizar las categorías de este instrumento:

Identificación de la familia: Constituye a 15 ítems destinados a recolectar información, así como la ubicación de la misma y estos datos se relacionan con el tipo de hogares, ubicación geográfica, permanencia en ese sector.

Composición de las familias y riesgos individuales: Incluye la identificación de los integrantes de la familia y la composición demográfica, de igual manera datos individuales que pueden representar riesgos en ellos como el cuidado en la salud donde se indaga sobre el género, edad, rol, riesgo individual, servicios de salud, nutrición, vacunas y otras, este parámetro también identifica cada uno de los miembros, aun los fallecidos.

- **Antecedentes de patología de carácter familiar:** Categoría compuesta de 19 elementos que investigan acerca de las condiciones psicológicas, biológicas y sociales presentadas en algún integrante del núcleo familiar, teniendo en cuenta tres generaciones atrás.

- **Instituciones de apoyo:** Contiene los grupos o redes sociales a los que forman parte los miembros de la familia de acuerdo con el entorno, de igual manera si se consideran apoyados. Adquiere relevancia y se considera parte del patrimonio del hogar, las condiciones psicosociales de éstas son deterioradas o presentan dificultades en la estructura.
- **Factor de riesgo:** Este parámetro posee 33 ítems que evalúan en conjunto el riesgo familiar total, estos tienen puntuación de “1”, “0” y “NA” el no aplica es característico para los apartados de la categoría de manejo de menores (p. 3).

4.2.15 Vinculación con la Comunidad

La vinculación de las Instituciones de Educación Superior (IES) con la comunidad es una de las funciones características que, en conjunto con la instrucción pedagógica y la pesquisa, tiene como objetivo solucionar los inconvenientes de la comunidad, por medio de proyectos, prácticas preprofesionales, capacitación y otros servicios profesionales en salud, que permiten la comunicación y la interacción de manera efectiva de la universidad con la sociedad, del mismo modo como la relación de la teoría con la práctica del quehacer de los universitarios en función del desarrollo social (Polaino y Romillo, 2017, p. 2).

Del mismo modo, establece un trabajo misional de las Universidades del Ecuador, donde se permita explayar el conocimiento del universitario y que se dirija más allá de los límites y orientarlos al servicio de la sociedad tanto urbana como rural, constituyendo un proceso donde participan pedagógicos y educandos con el fin de brindar respuesta a los distintos problemas de la sociedad, al momento de ofrecer un servicio en conjunto científico - técnico desde la mirada de cada profesión y el área de especialidad en una indagación permanente en el mejoramiento de la calidad de vida de la sociedad.

Actualmente la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (2018), ejecuta 19 proyectos de desarrollo comunitario que abordan temáticas

vinculadas al campo profesional de las carreras, entre las temáticas se encuentra el Proyecto “Familias y Comunidades Saludables” siendo realizado por la Facultad de Ciencias Médicas, desarrollado en la Cooperativa Virgen del Cisne y 25 de Julio, ubicadas al noroeste de la ciudad de Guayaquil, en y a las faldas del cerro San Eduardo, tiene como objetivo principal el contribuir al mejoramiento de las capacidades necesarias de la familia para mejorar la cohesión como célula social básica, la salud, vivienda y entorno, donde el sujeto de atención se enfoca en la familia (párr. 2).

La Facultad de Ciencias Médicas con las especialidades de: Medicina, Enfermería, Odontología, Nutrición Dietética y Estética y Terapia Física; están altamente comprometidas con la prevención y promoción de la salud en comunidades previamente definidas, constituyendo un equipo que se encuentra desarrollando actividades extramurales de promoción de la salud y prevención de patologías a través de visitas a domicilios, talleres, expo ferias, conversatorios, encuentros, certificaciones (UCSG, 2018).

4.3 Marco Legal

4.3.1 Ley Orgánica de Discapacidades

Capítulo I

DE LAS DEFINICIONES

Art. 1.- De la persona con discapacidad.- Para efectos de este Reglamento y en concordancia con lo establecido en la Ley, se entenderá por persona con discapacidad a aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en una proporción equivalente al treinta por ciento (30%) de discapacidad, debidamente calificada por la autoridad sanitaria nacional.

Capítulo III

DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Art. 12.- Inclusión laboral. - La autoridad nacional encargada de trabajo es competente para vigilar, controlar, dar seguimiento al cumplimiento del porcentaje de inclusión laboral de personas con discapacidad y aplicar las sanciones conforme a lo establecido en la legislación correspondiente. Pasarán a formar parte del porcentaje de inclusión laboral, quienes tengan una discapacidad igual o superior al treinta por ciento.

Capítulo V

DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA IGUALDAD DE DISCAPACIDADES

Art. 34.- El Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades establecerá su estructura y funciones de acuerdo a lo dispuesto en la Constitución de la

República y la Ley Orgánica de los Consejos Nacionales para la Igualdad y su Reglamento.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera. - Sin perjuicio de la obligación de las respectivas instituciones públicas de desarrollar e implementar inmediatamente los mecanismos operativos necesarios para el adecuado acceso a los beneficios señalados en la Ley Orgánica de Discapacidades, las entidades correspondientes, en el ámbito de sus competencias, expedirán los actos normativos necesarios para la correcta aplicación de los beneficios relacionados con los impuestos que administren, de conformidad con la Ley.

Tercera. - Para efectos de la calificación de las personas con discapacidad, el Ministerio de Salud Pública elaborará el instrumento de calificación de discapacidades con apoyo del Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. El Ministerio de Salud Pública contará con el plazo de un (1) año para su aprobación y aplicación.

4.3.2 Plan Nacional de Desarrollo 2017- 2021 – Toda una vida

Objetivo 3:

Garantizar los derechos de la naturaleza para las actuales y futuras generaciones

En la Agenda Nacional para la Igualdad de Discapacidades (ANID) la política del Gobierno Nacional, el Plan Toda Una Vida, incorpora como parte sustancial de su accionar, la garantía de los derechos de las ciudadanas y ciudadanos de los grupos de atención prioritaria, entre ellos, las personas con discapacidad, mediante el desarrollo de estrategias y acciones para lograr una vida digna, con iguales accesos y oportunidades durante todo su ciclo de vida, con profundo respeto a las identidades diversas y con respuestas inclusivas e

integrales, de acuerdo a lo enunciado en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2017 – 2021 (ANID, 2018, p. 6).

El Plan Toda una Vida apuesta por el fortalecimiento y la institucionalización de políticas públicas y servicios que respondan a derechos fundamentales de las personas, en particular de los grupos de atención prioritaria y en situación de vulnerabilidad, con miras a la eliminación gradual de las desigualdades sociales innecesarias, injustas y evitables, enfrentando las causas estructurales para alcanzar una sociedad más igualitaria. Este objetivo se conseguirá mediante las acciones coordinadas entre los diferentes niveles de gobierno, y mediante la corresponsabilidad de la familia, la sociedad y la comunidad en general (PND, 2017, p. 67).

Por consiguiente, en la Misión “Las Manuelas” Las personas con discapacidad, grupo de atención prioritaria, requieren un cuidado especial que se conseguirá mediante mecanismos de respuesta inclusivos e integrales, para lo cual esta intervención emprenderá la actualización de información, provisión de ayuda técnica, pensiones asistenciales y vivienda, así como servicios de salud, inclusión laboral, educativa y comunitaria. La garantía de este derecho se logrará con acciones coordinadas y articuladas entre: la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida, el Ministerio de Salud Pública, el Consejo Sectorial Social, el Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades y el Ministerio de Inclusión Económica y Social (PND, 2017, p. 68).

Del mismo modo, el programa “Las Joaquinas” busca generar condiciones necesarias para aquellos que tienen la gran responsabilidad de cuidar a las personas con discapacidades severas o enfermedades catastróficas, mediante la entrega de capital semilla para emprendimientos productivos, la afiliación a la seguridad social de las madres cuidadoras y el incremento del bono Joaquín Gallegos Lara, para que puedan no solo atenderlos, sino también sustentar el hogar y tener una vida digna. La garantía de este derecho se logrará con acciones coordinadas y articuladas entre: la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida, el Instituto Ecuatoriano de

Seguridad Social, el Ministerio de Inclusión Económica y Social y el Instituto de Economía Popular y Solidaria (p. 68).

Los derechos de las personas con discapacidad han sido objeto de gran atención en las Naciones Unidas (ONU), y las Organizaciones que la componen. En esa medida han trabajado en favor de la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad: la Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), se ha enfocado fundamentalmente en los aspectos relacionados con la educación; la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el campo de la salud y de la prevención; el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el apoyo a programas dirigidos a los niños con discapacidad y la prestación de asistencia técnica, en colaboración con Rehabilitación Internacional (una organización no gubernamental); la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en la mejora del acceso de las personas con discapacidad al mercado laboral y en el incremento de los niveles de integración económica a través del desarrollo de la legislación laboral y de actividades de cooperación técnica (Hernández, 2015, p. 53).

5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

La prevalencia de discapacidades en la comunidad de San Eduardo de la ciudad de Guayaquil es baja en relación de los factores asociados.

6. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES

6.1 Variable de estudio

- Discapacidad

6.2 Variables de caracterización

- Edad
- Sexo
- Actividad económica
- Factores sociodemográficos

6.3 Operacionalización de variables

Variables de Estudio	Indicador	Técnica o Instrumento	Valor final
Discapacidad	Afectación física, sensorial y mental.	Instrumento Riesgo Familiar Total (RFT 5-33)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auditiva ▪ Física ▪ Intelectual ▪ Lenguaje
Edad	Años transcurridos desde el nacimiento.		Años
Sexo	Sexo		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Masculino ▪ Femenino
Actividad económica	Funciones que se realiza durante la mayor jornada diaria		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajador dependiente ▪ Trabajador independiente ▪ Eventual ▪ Jubilado ▪ No responde
Factores sociodemográficos	Identificación de la familia		Tipo de infraestructura de la vivienda
	Composición familiar y riesgos individuales		Actividad Física
	Antecedentes de carácter familiar		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipertensión arterial ▪ Diabetes ▪ Artritis

7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 Justificación de la Elección del Diseño

El enfoque de éste trabajo investigativo es cuantitativo – retrospectivo, debido a que utiliza la recolección de datos para probar la hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 4).

El alcance del estudio es de tipo descriptivo porque busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice y describe tendencias de un grupo o población (Hernández et al., 2014, p. 92).

El diseño de la investigación es no experimental, debido a que es un estudio que se realiza sin la manipulación deliberada de variables y que sólo se observan los fenómenos en el ambiente natural para ser analizado (Hernández et al., 2014, p. 152). Es de tipo transversal ya que se recopilan datos en un momento único.

7.2 Población y Muestra

La población que se ha considerado para el presente trabajo es de 2.759 miembros de la comunidad de San Eduardo, de los cuales 116 han sido considerados como muestra de acuerdo a los criterios y necesidades de la investigación.

7.2.1 Criterios de Inclusión

- Personas que residan en la comunidad de San Eduardo, Cooperativas 25 de Julio y Virgen del Cisne.

7.2.2 Criterios de Exclusión

- Familias que se negaron a colaborar en el estudio.

7.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

7.3.1 Técnicas

- **Observación:** Consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos y situaciones observables, a través de un conjunto de categorías y subcategorías (Hernández et al., 2014, p. 252).
- **Análisis estadístico:** Información procedente de la base de datos de las personas seleccionadas, utilizándose una hoja electrónica de Microsoft Excel 2019.

7.3.2 Instrumentos

Riesgo Familiar Total (RFT 5-33): Compuesto por cinco secciones. Las cuatro primeras abarca la identificación, composición de la familia y riesgos individuales, antecedentes de carácter familiar, instituciones de apoyo, la quinta sección corresponde a condiciones psicoafectivas, prácticas y servicios de salud, condiciones de vivienda y vecindario, situación socioeconómica y manejo de menores (Siguas, Solís, Moreno y Tafur, 2017).

8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

8.1 Análisis e Interpretación de Resultados

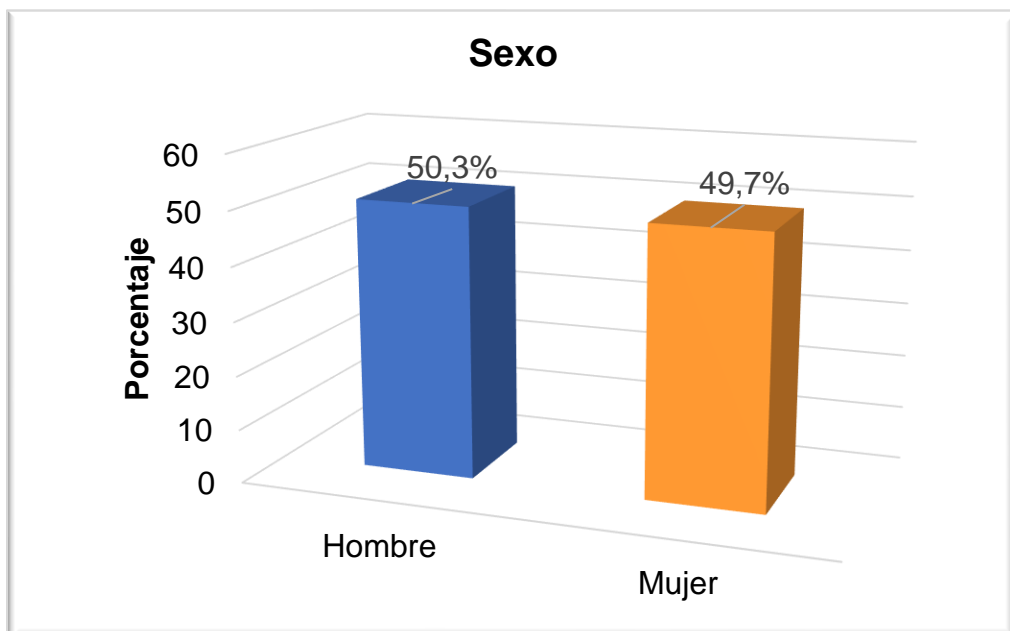


Figura N° 1. Distribución porcentual según el sexo

Análisis: De acuerdo a la población de estudio el 50,3% corresponde al sexo masculino; y en un 49,7% al femenino, evidenciándose en un 0.6% la diferencia del promedio porcentual según el sexo.

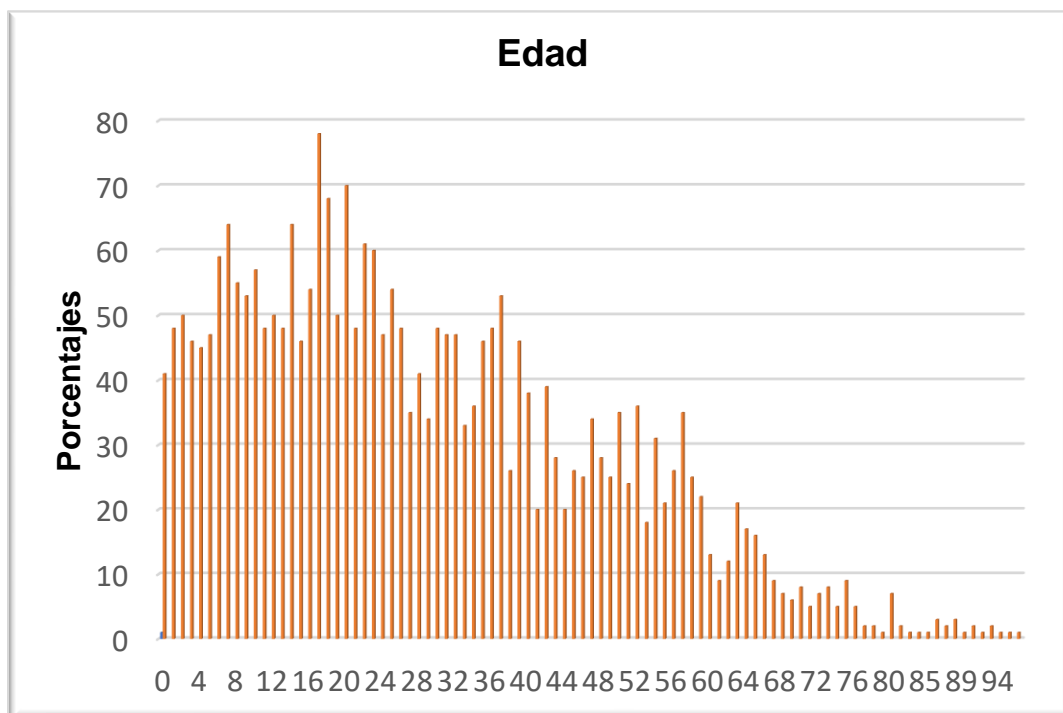


Figura N° 2. Distribución porcentual según la edad

Análisis: Según datos recopilados se analiza mayor concentración en grupos etarios de niños y jóvenes; menor frecuencia en mayores de 60 años de edad.

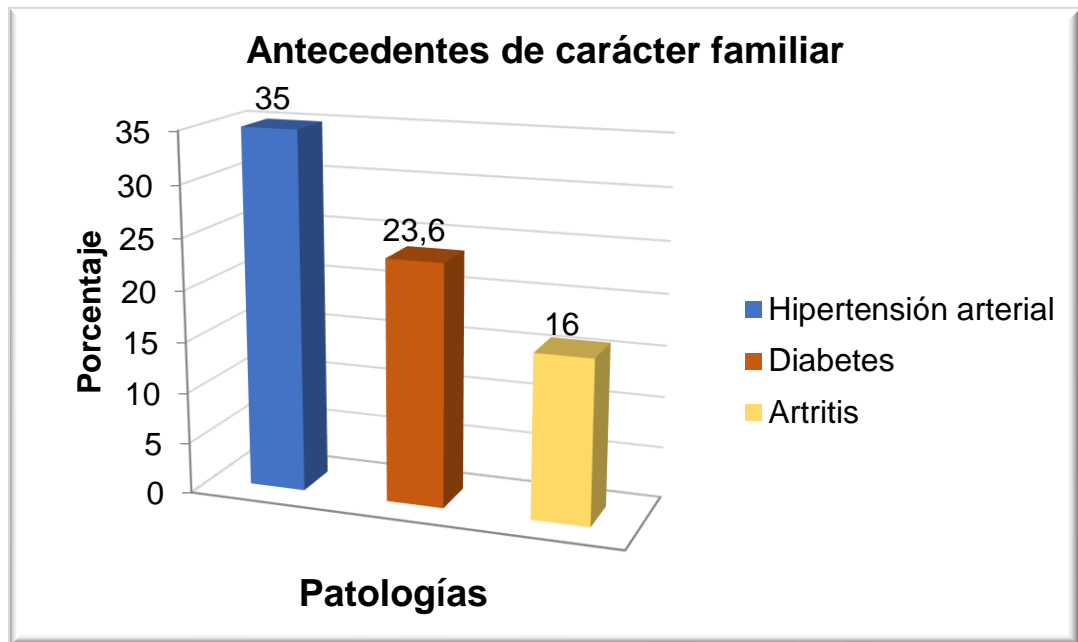


Figura N° 3. Distribución porcentual de los antecedentes de carácter familiar

Análisis: En la distribución porcentual de los antecedentes de carácter familiar, la patología de mayor predominio es la hipertensión arterial con el 35%; la diabetes con el 23,6% y artritis con el 16%.

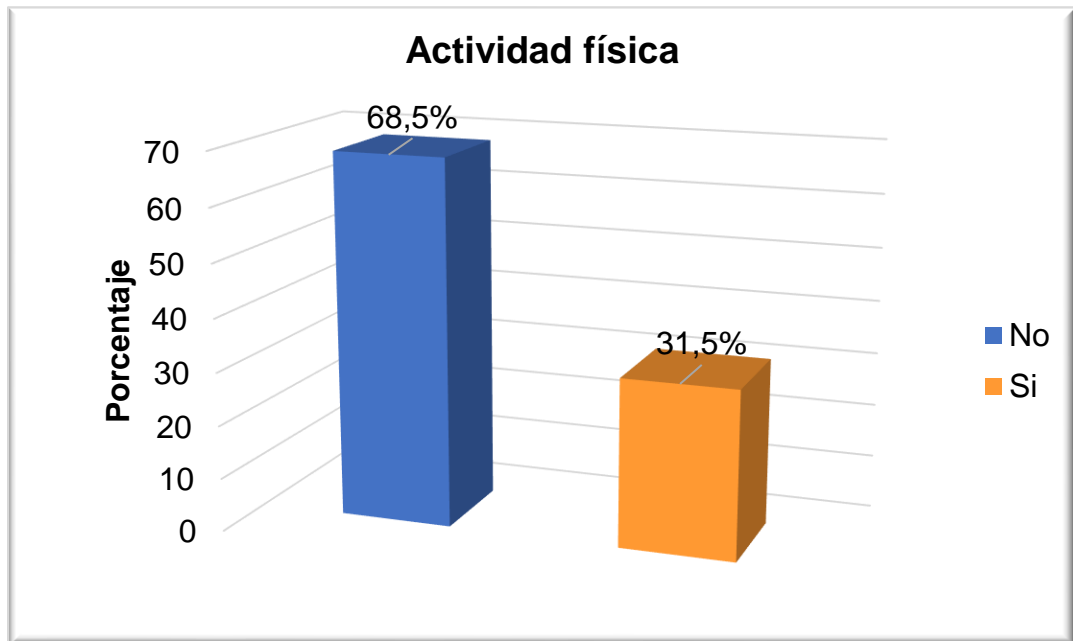


Figura N° 4. Distribución porcentual de la actividad física

Análisis: De los resultados evidenciados, el 68,5% no practica actividad física; el 31,5% si realiza, lo cual establece que en su porcentaje mayoritario esta población presenta inactividad física, a pesar de que los individuos que constantemente están físicamente activos corren menor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, degenerativas y musculoesqueléticas que pueden convertirse en una limitación constituyendo una discapacidad física.

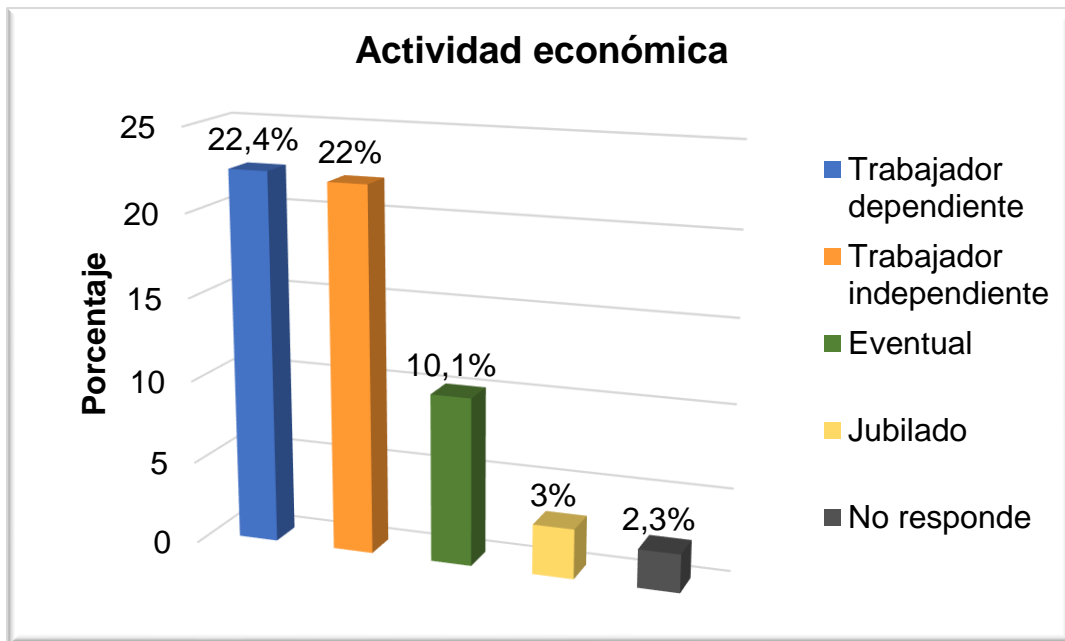


Figura N° 5. Distribución porcentual de la actividad económica

Análisis: En la distribución porcentual de la actividad económica el grupo de mayor predominio son estudiantes con el 31,6%; el trabajador dependiente con el 22,4%, el independiente en un 22%; el 10,2% los que trabajan de manera eventual; el 8,6% no aplican debido a que son menores de 5 años; el 3% son jubilados y el 2,3% no respondieron; sin embargo el hecho de no poseer un trabajo estable indica que existe desigualdad de ingresos, debido a que están estrechamente ligados a su nivel de educación y de recursos, por ende tienen dificultades en cubrir sus necesidades básicas y costear la intervención en salud.

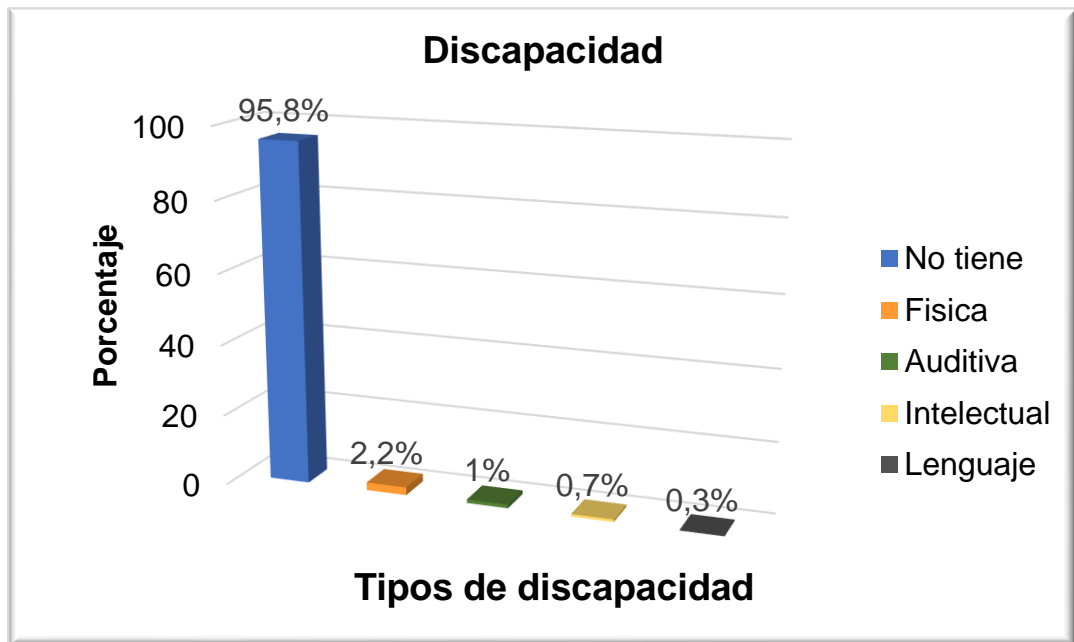


Figura N° 6. Distribución porcentual de discapacidad

Análisis: En la distribución porcentual de discapacidad se puede apreciar que el 95,8% no presenta ningún tipo de discapacidad; el 2,2% tiene discapacidad física; el 1,0% de tipo auditiva; el 0,7% de carácter intelectual y el 0,3% de lenguaje, lo cual determina que de los porcentajes mínimos analizados en un 4,2% que corresponden a 116 miembros integrantes de las familias, padecen de alguna discapacidad física, auditiva, intelectual o de lenguaje.

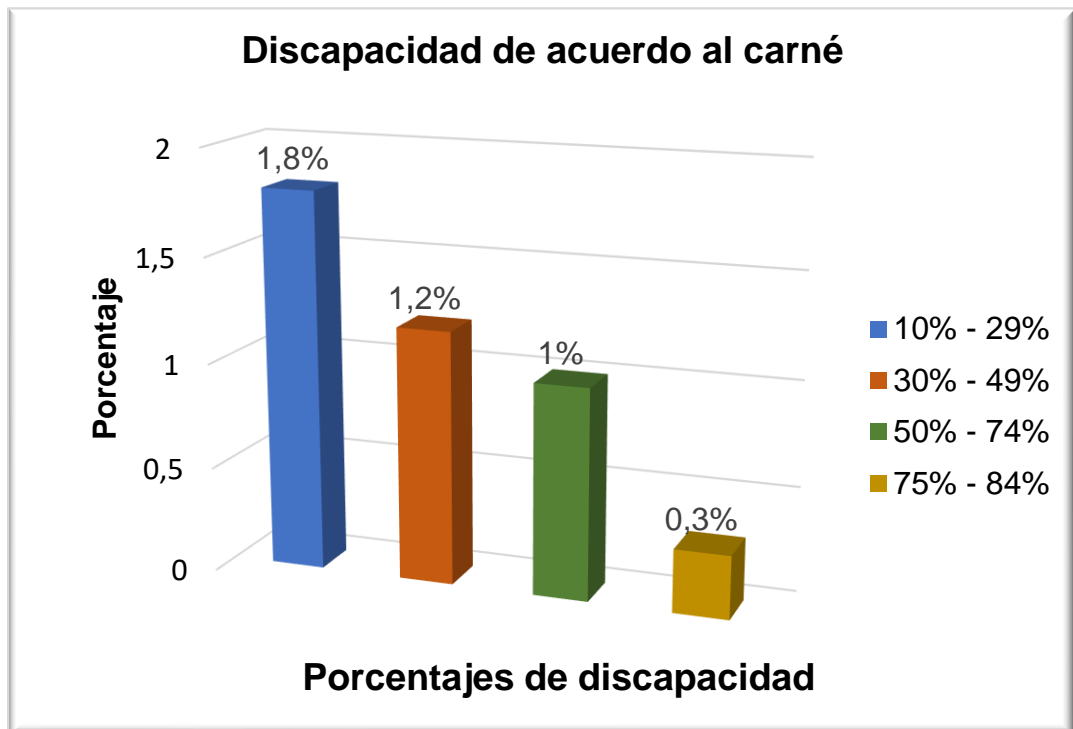


Figura N° 7. Distribución porcentual de discapacidad de acuerdo al carné

Análisis: En la distribución porcentual se puede apreciar que el 95,8% no tienen carnet de discapacidad; el 1,8% posee del 10% - 29%; el 1,2% tiene del 30% - 49%; el 1% tiene del 50% - 74% y el 0,3% tiene del 75% - 84%, lo que determina que el 4,3% han adquirido el carnet según el tipo de limitación que presentan.

9. CONCLUSIONES

Los resultados demostraron que de los porcentajes mínimos analizados en un 4,2% que corresponden a 116 miembros integrantes de las familias; 2,2% padecen de discapacidad física; 1% auditiva; 0,7% intelectual y el 0,3% de lenguaje; lo que determina que las condiciones, costumbres de vida y por los estratos socioeconómicos bajos por los que atraviesan las personas que habitan en las Cooperativas 25 de Julio y Virgen del Cisne, reflejan un marco de pobreza, que se suma al trabajo inestable, desequilibrio económico, inadecuada infraestructura de las viviendas y de insalubridad de algunos hogares, lo que se traduce en componentes que influyen de forma negativa en la calidad de vida de los habitantes del sector de San Eduardo.

En consecuencia, se identificaron los factores sociodemográficos que afectan a la comunidad como los riesgos ambientales, características de las viviendas, prácticas y servicios de salud y entre otros, dentro de los factores asociados se encuentran los antecedentes de carácter familiar donde el de mayor predominio fue la hipertensión arterial seguido de la lumbalgia y si realizan o no actividad física.

Mediante el instrumento de Riesgo Familiar Total (RFT 5-33) se categorizó la base de datos de los habitantes de la comunidad, obteniendo los datos de mayor relevancia en la identificación de la familia, composición familiar y riesgos individuales, antecedentes de carácter familiar, instituciones de apoyo y factores de riesgo; por medio de estos parámetros se pudo identificar condiciones que están relacionadas con la fisioterapia.

Finalmente se diseñó una guía de prevención para disminuir la prevalencia de discapacidad, debido a que la mayoría de los habitantes de las Cooperativas no practican actividad física, llevando una vida sedentaria, donde en el futuro pueden llegar a desarrollar enfermedades cardiovasculares y lesiones musculoesqueléticas, conllevando limitaciones en el individuo que afectan el desempeño en las actividades de la vida diaria.

10. RECOMENDACIONES

A la comunidad en general a comprometerse en realizar cambios de comportamiento a nivel personal y comunitarios, debido a que los factores sociodemográficos que presentan las Cooperativas lo ameritan y mejorar de forma significativa la calidad de vida; empezando desde el hogar con una mejor higiene personal y familiar, con el fin de obtener cambios positivos en la convivencia de este sector.

De acuerdo a la identificación de los factores asociados y sociodemográficos se revela la importancia de implementación de talleres donde se brinden charlas informativas acerca de la promoción y prevención de salud, es por esto que las Cooperativas 25 de Julio y Virgen del Cisne, deben asistir a los programas e intervenciones brindadas por parte de las Instituciones de Educación Superior, en este caso la Universidad Católica Santiago de Guayaquil por medio de diferentes proyectos brindan atención de salud a la comunidad.

Actualización de la base de datos para con esa información aplicar instrumentos de evaluación de terapia física en el que se permitan trabajar las categorías a nivel individual y en la comunidad orientadas al bienestar de la salud, con el objetivo de tratar y prevenir enfermedades y lesiones musculoesqueléticas, conllevando a un futuro a limitaciones que se convierten en discapacitantes para el individuo.

En vista de los resultados obtenidos se recomienda el seguimiento de las condiciones de vida de las cooperativas y la pronta aplicación de la “Guía de actividad física para la prevención de discapacidades”, puesto que por medio del ejercicio físico se ayuda a prevenir las limitaciones discapacitantes que afectan de manera integral a la calidad de vida; también se pueda considerar las estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC), mediante un proceso de capacitación para la comunidad.

11. PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

De acuerdo a estos resultados a partir del factor de prevención se plantea la propuesta de una guía de actividad física que proporcionará información necesaria para los habitantes de las Cooperativas, debido a que durante la práctica de actividad física aumenta el oxígeno en el cuerpo, se interactúa con otras personas, se plantean nuevos retos y actividades, lo que permite un mejoramiento del estado físico y anímico de las personas, quienes se sentirán más cómodas y con un estado de salud sano.

TEMA DE PROPUESTA:

Guía de actividad física para la prevención de discapacidades de la comunidad San Eduardo de la ciudad de Guayaquil.

ANTECEDENTES

La actividad física es todo movimiento del cuerpo en donde por medio de ejercicios aeróbicos se mejora el funcionamiento de los pulmones, el corazón, metabolismo y la circulación, debido a que benefician e impactan de forma integral en la salud física, mental y social del individuo para mejorar la calidad de vida y disminuir los riesgos de contraer enfermedades no transmisibles como la diabetes, enfermedades relacionadas con el corazón, enfermedades respiratorias, y cáncer.

La falta de actividad física trae como consecuencia el aumento de peso corporal que puede alcanzar niveles catalogados como obesidad, disminución de la elasticidad y movilidad articular, disminución de la habilidad y capacidad de reacción, ralentización de la circulación con la consiguiente sensación de pesadez, dilataciones venosas, dolor lumbar, lesiones del sistema de soporte y mala postura, debido al poco desarrollo del tono de las respectivas masas musculares, tendencia a enfermedades crónico-degenerativas como la hipertensión arterial, diabetes, síndrome metabólico, sensación frecuente de

cansancio, desánimo, malestar, poca autoestima relacionada con la imagen corporal, etc., lo que les impide realizar funciones básicas como respirar, dormir, caminar, disminuye el nivel de concentración y altera el sistema nervioso (Ayona et al., 2017, p. 4).

JUSTIFICACIÓN

Debido a los factores sociodemográficos a los que se enfrenta la comunidad se vio la necesidad de elaborar una guía de actividad física, debido a que produce cambios referidos a la mejora en la fuerza muscular y en la flexibilidad o rango de movimiento de las articulaciones y actúa en el sistema musculoesquelético mejorando la coordinación neuromuscular y la agilidad. La actividad física será un sistema de prevención del declive funcional que se puede convertir en condiciones que más adelante pueden ser discapacitante.

Está demostrado que la actividad física practicada con regularidad reduce el riesgo de enfermedades del corazón, y accidentes cerebrovasculares, diabetes de tipo II, hipertensión, cáncer de colon, cáncer de mama y depresión. Además, las personas físicamente activas gozan de mejor salud que las personas sedentarias, y logran un mejor control sobre el peso corporal y la presión arterial; la actividad física fortalece los huesos y aumenta la densidad ósea.

OBJETIVOS

Objetivo General

Elaborar guía de actividad física para la prevención de discapacidades de la comunidad San Eduardo de la ciudad de Guayaquil.

Objetivos Específicos

- Proporcionar información sobre los beneficios de la actividad física en la salud por medio de talleres informativos.

- Contribuir con la mejora de los niveles de actividad física de los individuos en las Cooperativas 25 de Julio y Virgen del Cisne.
- Llevar información para que a través de la guía se complementen procesos de educación para la prevención en fisioterapia.

INSTRUCCIONES GENERALES

- Adoptar una posición confortable y relajada.
- El ejercicio no debe producir dolor.
- Realizar el estiramiento a ambos lados del cuerpo de derecha e izquierda.
- Los ejercicios deben ser suaves y progresivos hasta notar barrera de tensión.
- No realizar rebotes.

BENEFICIOS

Efectos psicológicos

- Control y autosuficiencia.
- Mejora la autoestima y un alto refuerzo social.
- Proporciona distracción y evasión de pensamientos.
- Mejora el estado de ánimo y disminuye el riesgo de padecer estrés, ansiedad y depresión.

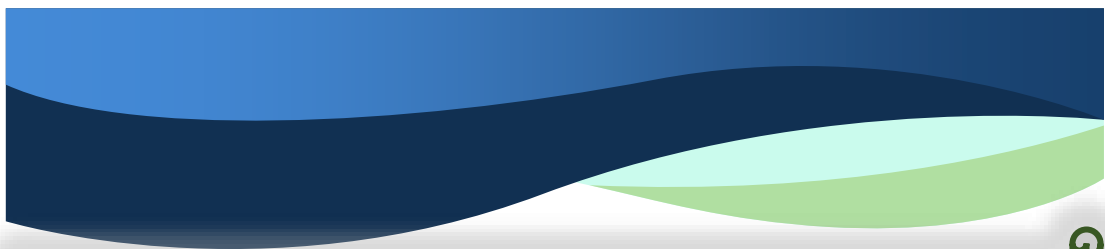
Efectos físicos

- La actividad física reduce el riesgo de padecer enfermedades del corazón y la circulación, cáncer de colón y diabetes.
- Ayuda a controlar el sobrepeso y la obesidad.
- Mejora la salud de los huesos.
- Hace sentir al cuerpo que está en forma y menos cansado.

GUÍA DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA LA PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES EN LA COMUNIDAD SAN EDUARDO DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.

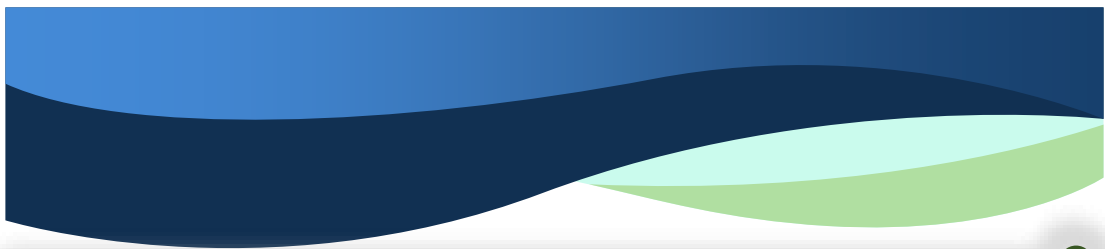
PROTOCOLO

FASE	EJERCICIOS	DEFINICIÓN	FRECUENCIA
I.	Respiración	Se basan en técnicas de inhalación y exhalación por la nariz de manera adecuada, que mejoran la presión sanguínea y cardíaca, interviniendo en el estado corporal y fisiológico.	Realizar entre 6 a 10 respiraciones lentas por minuto.
II.	Estiramiento	Es el alargamiento al que se someten los músculos, tendones, fascias, y cápsulas articulares cuando ejercemos sobre ellos una fuerza horizontal o de tensión.	Realizar 1 serie de 10 repeticiones.
III.	Fortalecimiento	Se basa en una serie de ejercicios que ayudan a recuperar las cualidades motoras de los músculos cuando se encuentran debilitados.	Realizar 3 series de 15 repeticiones.






EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN




EJERCICIO	DESCRIPCIÓN	IMAGEN
<p>Abdominal o diafragmática</p>	<p>Inspire lenta y profundamente por la nariz llevando el aire hacia la barriga y expulsarlo lentamente por la boca.</p>	
<p>Costal o torácica</p>	<p>Situé las manos sobre las costillas, las manos deben notar el movimiento de expansión de la caja torácica. Inspire lenta y profundamente dirigiendo el aire hacia el pecho y expulsarlo lentamente por la boca.</p>	
<p>Respiración acompañada por el movimiento de los brazos</p>	<p>Inspire separando los brazos en cruz hasta unir las manos por encima de la cabeza. Expulse el aire bajando los brazos rectos por delante de la cara hasta la cama.</p>	






EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE CABEZA Y CUELLO

EJERCICIO	DESCRIPCIÓN	IMAGEN
Inclinación cervical	Con una mano llevar la cabeza lateralmente hasta llegar a topar el hombro. Realizar lo mismo en el lado opuesto.	
Flexo-extensión	Llevar la cabeza hacia adelante, regresar a la posición inicial y llevarla hacia atrás.	
Rotación	Rotar la cabeza de derecha a izquierda.	




EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO PARA MIEMBROS SUPERIORES

EJERCICIO	DESCRIPCIÓN	IMAGEN
<p>Dorsales y tríceps</p>	<p>Sentado o de pie con las piernas separadas, con los brazos por detrás de la cabeza una mano topando el hombro y la otra tomando el codo inclinar el cuerpo hacia un lado esperar unos segundos regresar a la posición inicial e inclinarlo hacia el otro lado.</p>	
<p>Antebrazos y dorsales</p>	<p>De pie se unen los brazos y estiran hacia arriba, como si intentara tocar el techo.</p>	
<p>Hombro</p>	<p>Con el brazo por delante de la cabeza, la mano toca el hombro contralateral. La mano libre realiza presión sobre el codo llevando el brazo hacia el pecho.</p>	



EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO PARA MIEMBROS SUPERIORES

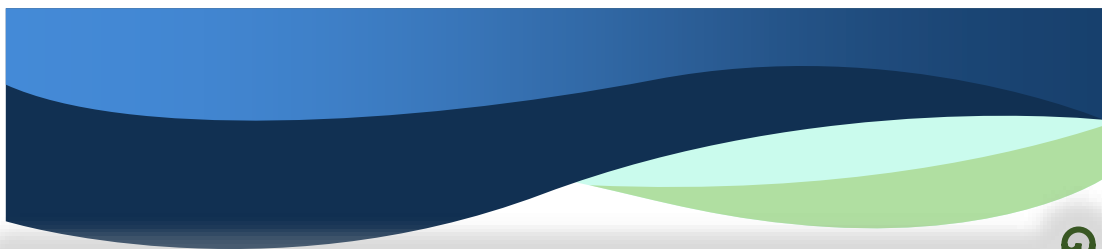
EJERCICIO	DESCRIPCIÓN	IMAGEN
<p>Hombros y pectorales</p>	<p>Dedos entrelazados por detrás de la espalda. Levante los brazos por detrás hasta notar tensión en los hombros, pecho y brazos, manteniendo la barbilla flexionada.</p>	
<p>Brazos</p>	<p>Brazos estirados y cruzados sobre la cabeza y las palmas de las manos unidas. Tratamos de “tocar el techo” de forma progresiva.</p>	
<p>Mano y muñeca</p>	<p>Con la palma de la mano hacia arriba y el codo estirado, extiende la muñeca sosteniéndola con la otra mano lo dedos hacia el suelo. Estire cada uno de los dedos hacia abajo para flexibilizarlos.</p>	

EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO PARA MIEMBROS INFERIORES




EJERCICIO	DESCRIPCIÓN	IMAGEN
<p>Estiramiento de isquiotibiales</p>	<p>Sentados con las piernas estiradas con las rodillas ligeramente flexionadas, nos inclinamos flexionando el tronco hasta tocar las puntas de los pies.</p>	
<p>Estiramiento del cuádriceps</p>	<p>De pie, flexiona la rodilla y lleva el talón al glúteo. Sujete la punta del pie en este punto y note la tensión en el muslo.</p>	
<p>Estiramiento de abductores</p>	<p>De pie, separe las piernas e inclínese hacia a un lado hasta notar estiramiento en el muslo.</p>	

EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO PARA MIEMBROS SUPERIORES

EJERCICIO	DESCRIPCIÓN	IMAGEN
De brazos	<p>Siéntese en una silla que tenga brazos, con los pies planos sobre el piso, separados y alineados con los hombros. Inclínese un poco hacia adelante; mantenga la espalda recta. Agarre los brazos de la silla con las manos a la par suya, use sus brazos para empujar y levantar su cuerpo de la silla lentamente.</p>	
Hombros y pecho	<p>Párese de frente toque con sus palmas la pared. Colóquese un poco lejos de la misma, con los pies separados y alineados con los hombros. Doble los codos incline y acerque su cuerpo hacia la pared.</p>	



EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO PARA MIEMBROS INFERIORES

EJERCICIO	DESCRIPCIÓN	IMAGEN
<p align="center">Musculatura de la cadera</p>	<p>Párese derecho detrás de una silla. Lentamente lleve la rodilla hacia el pecho. Mantenga la posición. Lentamente baje la rodilla.</p>	
<p align="center">Musculatura de la pierna</p>	<p>Colocarse de pie detrás de una silla. Mantenga la espalda recta. Levante los talones, poniéndose de puntillas. Bájelos y vuelve a la posición original.</p>	
<p align="center">Musculatura de la pierna</p>	<p>Siéntese en una silla. Ponga una toalla enrollada bajo las rodillas. Lentamente extienda una pierna. Mantenga la posición y lleve la punta del pie hacia arriba.</p>	

PROCESO DE CAPACITACIÓN MEDIANTE LAS ESTRATEGIAS IEC

A través de las estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC), se busca promover en las personas la capacidad de obtener, procesar y entender la información básica de salud y los servicios necesarios para tomar decisiones apropiadas.

El concepto de IEC fue desarrollado y utilizado a partir de la década de los 60 por los planificadores de salud, en respuesta al modelo de atención primaria de salud: "prevenir más que curar", se observó la necesidad de acompañar las intervenciones de salud destinadas a la comunidad, con actividades de información y educación orientadas a lograr cambios de comportamiento sostenibles a través la adquisición de conocimiento y actitudes favorables del público objetivo de programas o proyectos.

INFORMACIÓN

El personal de salud que proporciona la información, anuncia la fecha, hora, lugar y la importancia del mismo, utilizando varios medios, como: radio, afiches, folletos, charlas, murales etc. con el propósito de hacer comprender la necesidad de recibir el control y acudir a la unidad de salud; los receptores de IEC, son usuarios que requieren de la información mínima necesaria.

EDUCACIÓN

Las técnicas participativas, llamadas también técnicas de educación popular, son sólo herramientas que están en función de un proceso de formación u organización comunitaria, que pueden ser emitidas por los estudiantes de salud de cualquier Universidad; se considera que las técnicas deben ser realmente participativas para que generen y promuevan un proceso de auto aprendizaje y como consecuencia, un verdadero cambio actitudinal.

COMUNICACIÓN

Para obtener una comunicación, se necesita de 6 elementos que serán descritos a continuación:



1. Emisor de información
2. Receptor de información
3. Información que quiere enviar el emisor
4. El medio que contiene la información
5. Idea que recibió el receptor a través del medio
6. La información comprendida por la idea que recibió el receptor.





Y cuando hay concordancia entre los elementos 3 y 6, se puede decir que existe una buena comunicación. Si no coinciden 3 y 6, aunque haya comunicación no se ha logrado el objetivo.


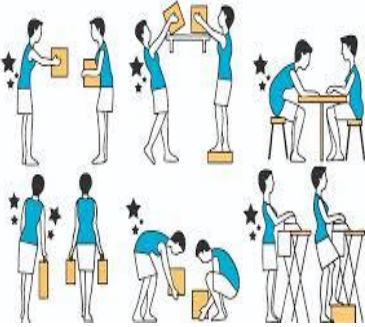
TALLERES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD

La educación para la salud es una estrategia con enfoque de prevención dirigida a identificar factores de riesgo de discapacidades a la salud, tomando en cuenta parámetros que pretenden generar una cultura de prevención que contribuya a fortalecer los factores protectores de la salud, los contextos sociales, económicos, políticos, coyunturales, culturales relacionados a la salud.

CHARLAS

No.	Tema / actividad	Técnica	Imagen
1	Prevención y promoción de salud a nivel general.	Exposición y participación por parte de las comunidades	
2	Discapacidad en el Ecuador, causas, tipos, estadísticas factores de riesgo.	Exposición y entrega de trípticos con los datos más importantes.	
3	Factores que predisponen la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles.	Exposición con el uso de papelógrafos	

4	<p>Importancia y beneficios de la actividad física para la prevención de enfermedades cardiovasculares, lesiones musculoesqueléticas.</p>	<p>Evaluaciones acerca de la charla brindada para identificar las dudas que han quedado.</p>	
5	<p>Leyes e instituciones que brindan apoyo a las personas con discapacidad y a sus familiares.</p>	<p>Exposición, preguntas a los presentes y entregas de volantes.</p>	
6	<p>Prevención de enfermedades a través de la implementación de fisioterapia y hábitos de vida saludables.</p>	<p>Exposición, evaluaciones y entrega de volantes a los asistentes de la charla.</p>	
7	<p>Inclusión, igualdad y respeto de los derechos humanos de las personas con discapacidad.</p>	<p>Exposición con papelógrafos, trípticos y volantes.</p>	<p>IGUALDAD DE OPORTUNIDADES E INCLUSION SOCIAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD</p> 

<p>8</p>	<p>Patologías óseas, definición, causas y diferencias entre ellas y como prevenirlas.</p>	<p>Exposición con papelógrafos y entrega de trípticos.</p>	
<p>9</p>	<p>Higiene postural y ergonomía para adultos y niños.</p>	<p>Exposición del tema y evaluación de las personas que asistieron a la charla.</p>	

BIBLIOGRAFÍA

- Ángeline, Z., y Rubiano, M. (2015). Diabetes y ¿discapacidad?. Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo, 17(2), 111-129.
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/ANID>.
- ANID. (2018). Agenda Nacional para la Igualdad de Discapacidades.
<https://www.planificacion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2018/08/Agenda-Nacional-para-Discapacidades.pdf>
- Arbelaez, A., Arrieta, A., y Torres, K. (2019). Actividades de ocio, recreación, deporte y los factores ambientales de personas con discapacidad de la localidad de la virgen y turística de Cartagena [Universidad de San Buenaventura].http://45.5.172.45/bitstream/10819/7452/3/Actividades%20de%20ocio%2c%20recreaci%3bn%2c%20deporte_Laura%2
- Ayona, R., Bloisse, T., Vidal, P., Vera, V., Chang, Z., y Jaramillo, S. (2017). Diagnóstico sobre la demanda de actividad física para la salud en el adulto mayor guayaquileño. 12.
- Barrios, B., Papisidero, S., Medina, M., Chaparro, R., Rillo, O., Paira, S., y Sandoval, C. (2017). Correlación de diferentes métodos de valoración de la rigidez matinal con índices de actividad y discapacidad en pacientes con artritis reumatoidea. 5.
- Bazàn, C., Perez, K., y Castro, N. (2018). Dolor lumbar y su relación con el índice de discapacidad en un hospital de rehabilitación. Revista Científica Ciencia Médica, 21(2), 13-20.
- Canto, Y. (2018). Discapacidad: Una heurística para la condición humana. Revista Bioética, 26(2).
http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/

- Cárdenas, M., López, O., Silva, F., y Monar, M. (2019). Factores de riesgo que inciden en la hipertensión arterial en los habitantes de la ciudadela la pradera de la ciudad de milagro 2017-2018. *Espirales Revista Multidisciplinaria de Investigación*, 3(24), 149-158. <https://doi.org/10.31876/er.v3i24.648>
- Castro, L., Casas, A., Sánchez, S., Vallejos, V., & Zúñiga, D. (2016). Perception of the quality of life of people with disabilities and its relationship with education. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 42(2), 39-49. <https://doi.org/10.4067/S0718-07052016000200003>
- CONADIS. (2015). Manual de atención en derechos de personas con discapacidad en la función judicial. <http://www.funcionjudicial.gob.ec/www/pdf/Manual-atencion-discapaci>
- CONADIS. (2019). Estadísticas de Discapacidad. Tableau Software. https://public.tableau.com/views/Discapacidad/Inicio?:embed=y&:showVizHome=no&:loadOrderID=0&:display_count=yes&:showTabs=y
- Cortés, F. (2018). Programa de Capacitación Atención de Calidad para Personas con Discapacidad, enfocado en Funcionarios del Estado. http://www.cielolaboral.com/wpcontent/uploads/2018/06/cortes_noticia
- Díaz, A. (2017). Características epidemiológicas de los pacientes con discapacidad intelectual del Centro Psicopedagógico "Meltón Almaguer". <https://www.semanticscholar.org/paper/Caracter%C3%ADs>
- Flores, S., Jiménez, A., Castellanos, W., Alger, J., Zúñiga, L., Gonzales, M., Maradiaga, E., y Sierra, M. (2015). Prevalencia de discapacidad y sus características en población de 18 a 65 años de edad, Honduras,

- Centro América, 2013-2014. Rev Med Hondur [Internet],83(2),1–11.
http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Articulo3_Vol83-1-2-
- García, R., y Bustos, G. (2015). Discapacidad y problemática familiar | García Núñez | PAAKAT: Revista de Tecnología y Sociedad.
<https://www.redalyc.org/pdf/4990/499051499005.pdf>
- Giaconi, C., Pedrero, Z., y San Martín, P. (2017). La discapacidad: Percepciones de cuidadores de niños, niñas y jóvenes en situación de discapacidad. Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad, 16(1), 55-66.
<https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol16-Issue1-fulltext-822>
- Gómez, L., Avella, A., y Morales, L. (2015). Observatorio de Discapacidad de Colombia | Gómez-Aristizábal | Revista Facultad Nacional de Salud Pública. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v33n2/v33n2a14.pdf>
- González, A., García, F., & Ramírez, R. (2016). Discapacidad visual. Cultura Científica y Tecnológica, 0(51).
<http://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/culcyt/article/view/954>
- González, O., Díaz, E., Ramírez, M., y Acosta, G. (2016). Prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en discapacitados intelectuales. Revista Información Científica, 95(5), 739-750.
- Govantes, Y., Ortiz, R., y Lantigua, M. (2018). Evaluación nutricional en adultos mayores discapacitados. 2018, 12.
- Hernández, M. (2015). El Concepto de Discapacidad: De la Enfermedad al Enfoque de Derechos. 14.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. McGrawHill.

- Herrera, M., Silva, L., y Medrano, S. (2015). Características socioeconómicas de familias y viviendas en la comunidad urbana autogestionaria de Huaycán 2014. 17.
- Herrero, S. (2018). ¿Cómo son las comunidades marginales que generan pobreza estructural? Papeles de Población, 24(98), 157-183.
- Hevia, E. (2016). Educación en diabetes. Revista Médica Clínica Las Condes, 27(2), 271-276. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.04.016>
- Hurtado, L., y Arrivillaga, M. (2018). Determinación social del acceso a servicios de salud de población infantil en situación de discapacidad. Revista Cubana de Salud Pública, 44, 100-109.
- Jiménez, A., y Huete, A. (2015). Causas de las discapacidades. http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/2945/Causas_de_las_
- Mahecha, S. (2019). Recomendaciones de actividad física. Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo, 2(2). <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/>
- Malta, D., Stopa, S., Canuto, R., Gomes, N., Mendes, V., Goulart, B., Moura, L. (2016). Prevalência autorreferida de deficiência no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Ciência & Saúde Coletiva, 21(10), 3253-3264. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.17512016>
- Martínez, A., Uribe, A., y Velázquez, H. (2015). La Discapacidad Y Su Estado Actual En La Legislación Colombiana. Duazary, 12(1), 49-58.
- Monteverde, M., Acosta, L., González, M., y Zamora, J. (2018). Prevalencia de discapacidades en actividades básicas de la vida diaria y condición socioeconómica de las personas mayores: Análisis comparado entre

- Argentina y México. *Revista Latinoamericana de Población*, 12(22), 69-84.
- MSP. (2015). *Dirección Nacional de Discapacidades – DND – Ministerio de Salud Pública*. <https://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-discapacidades/>
- Obando, L., López, A., Rendón, C., Castro, C., Obando, A., y Medoza, M. (2016). Discapacidad y su relación con variables sociodemográficas y clínicas en adultos de la ciudad de San Juan de Pasto, Nariño, Colombia. *Universidad y Salud*, 18(3), 505-513. <https://doi.org/10.22267/rus.161803.55>
- OMS. (2018). Discapacidad y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- OMS. (2019). OMS | Discapacidades. WHO. <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- Padilla, M. (2016). Diseño interior de una vivienda para una persona con discapacidad motriz aplicando estrategias bioclimáticas en el Valle de los Chillos [Universidad Tecnológica Equinoccial]. <http://repositorio.ute.edu.ec/xmlui/handle/123456789/16382>
- Pinargote, M., Cruz, M., y Demera, G. (2018). Propuesta de Sitio Web Accesible para Personas con Discapacidad Visual | KnE Engineering. <https://pdfs.semanticscholar.org/0ece/0c223bc76de42a194454a91962>
- Pinilla, J., y Pérez, J. (2017). La inclusión de las personas con discapacidad en la educación superior en México. *Sinéctica, Revista Electrónica de Educación*, 46, 1-15.

- PND. (2017). Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. <https://www.planificacion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2017/1>
- Polaino, C., y Romillo, A. (2017). Vinculación con la Sociedad en la Universidad de Otavalo, Ecuador. *Formación universitaria*, 10(3), 21-30. <https://doi.org/10.4067/S0718-50062017000300004>
- Rodríguez, E., y Tualombo, J. (2017). Análisis de la situación laboral en personas con discapacidad en el Ecuador, periodo 2007 – 2014.
- Rojas, S., Ruiz, R., Carvajal, J., Álvarez, M. J., Duque, D., Correa, S., Ramírez, C., Pineda, L., Restrepo, S., Castrillón, L., Arango, S., Portela, M., Fernández, M., Astudillo, E., Galarcio, J., y Suárez, J. (2016). Caracterización de una población con discapacidad visual (baja visión y ceguera) atendida en dos Instituciones Prestadoras de Salud de Medellín. *Medicina U.P.B*, 34(1), 30-39.
- Sánchez, D., y Cataño, N. (2016). Factores de riesgo total en familias migrantes en Soledad, Atlántico. *Revista CUIDARTE*, 7(1), 1152. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.174>
- Siavichay, Y. (2016). Desarrollo social de las personas con discapacidad en Ecuador [Universidad de Cuenca]. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23532/1/tesis.pdf>
- Siguas, R., Solís, H., Moreno, T., y Tafur, C. (2017). Caracterización del riesgo familiar total y tipo de familia en pobladores de un asentamiento humano de un distrito de Lima Norte. *Peruvian Journal of Health Care and Global Health*, 1(1), 18-23.

- Sueiro, I., Hernández, A., Díaz, G., Padilla, E., Díaz, C., y Hernández, Z. (2016). Estado de salud bucal en pacientes discapacitados del área de salud de Espartaco, municipio Palmira. *MediSur*, 14(6), 717-726.
- Tamayo, M., Besoain, Á., y Rebolledo, J. (2018). Determinantes sociales de la salud y discapacidad: Actualizando el modelo de determinación. *Gaceta Sanitaria*, 32, 96-100. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.004>
- Torres, W. (2017). Inclusión de las personas con discapacidad al campo laboral y social en el Distrito Metropolitano de Quito en el primer semestre del 2016 [Universidad Central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/11542/1/T-UCE-0013-UCSG>.
- UCSG. (2018). Programas y proyectos de vinculación – UCSG. <https://www.ucsg.edu.ec/vinculacion/programas-y-proyectos-de-vinculacion/>
- Unuzungo, M., y Miranda, W. (2018). Visibilización de las personas con discapacidad en el Ecuador: Un enfoque desde los derechos de participación ciudadana/política. 2, 16.
- Zapata, M. (2014). Percepción de las familias sobre la funcionalidad, la participación y los factores ambientales donde se desempeñan sus hijos en situación de discapacidad intelectual. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 14(2), 249-260. <https://doi.org/10.30554/archmed.14.2.264.2014>

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento Riesgo Familiar Total (RFT 5 -33)



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
INSTRUMENTO DE RIESGO FAMILIAR (RFT 5-33)

I. IDENTIFICACION DE LA FAMILIA

Código Entrevistador: _____ Fecha de aplicación: _____

1. Provincia: _____
2. Ciudad: _____
3. Distrito: _____
4. Sector: _____
- 5.1 Dirección: _____
- 5.2 Referencias: _____
6. Permanencia en vivienda en años: _____
7. Teléfono del domicilio: _____

8. Poseer:

A	Electricidad	E	Consola de video juegos
B	TV por cable	F	Motorcicleta
C	Refrigerador	G	Automóvil
D	Internet	H	Cocina a Gas

9. Fuente de agua para beber

A	Red pública dentro de la casa
B	Red pública fuera de la casa
C	Carro reparador
D	Cisterna
E	Tanques
F	Otros: _____

10. Combustible usual para cocinar

A	Leña/carbón
B	Gas
C	Electricidad
D	Otros (gasolina, kéréx)
E	No cocina

11. Disposición de la basura

A	Carro recolector
B	A la calle/quebrada
C	En un pozo
D	La quemna.
E	La recician

12. Tenencia de la vivienda

A	Propia
B	Alquilada
C	Cuidador/alojado
D	Prestada o cedida
E	Otros

13. Piso de la vivienda

A	Tierra
B	Enabado
C	Vinil, loseta o similares
D	Cemento
E	Cerámica

14. Material de las paredes

A	Madera
B	Caña
C	Bloque
D	Ladrillo/Cemento
E	Otros: _____

15. Material del techo

A	Asbesto (etermit, teja)
B	Paja u otros
C	Zinc
D	Cade (paja)
E	Cemento (loza)

16. ¿El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:

A	Conectado a red pública de alcantarillado
B	Conectado a pozo séptico
C	Con descarga directa a quebrada
D	Letrina
E	No tiene

17. Total de habitaciones (sin contar con baño y cocina)

--

18. a) Mascotas b) Vacunada el último año

	Si	No	Vacunados último año
A			
B			
C			
D			

19. Tipo de familia :

A	Nuclear	D	Extensa
B	Monoparental	E	Ampliada
C	Nuclear reconstituida	F	Pareja
		G	Equivalente de familia

20. Total de miembros: _____

21. Centro de salud preferente: _____

22. Nombre del entrevistado: _____

23. Parentesco con el jefe del hogar: _____

24. Riesgos ambientales:

A	Deslizamiento
B	Avalancha
C	Ninguno

25. Resultado de la visita:

A	Completa
B	Presente (entrevistado)
C	Hogar ausente
D	Apiazada
E	Rechazada
F	Vivienda desocupada
G	Vivienda destruida



II. COMPOSICION FAMILIAR Y RIESGOS INDIVIDUALES

N. Orden	NOMBRES APELLIDOS	FECHA NAC (MM/AA)	SEXO 1=varón 2=mujer	EDAD (años)	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	ESTADO CIVIL >12 a 1=soltero 2=casado 3=conviviente 4=divorciado 5=separado 6=viudo	SEGURO MEDICO 0=no 1=ESS 2=MSP 3=FFAA 4=OTRO	GRADO DE INSTRUC. 00 sin estud. 0 Pre inicial 1=Educación básica incompleta 2=Educación básica completa 3=bachillerato incompleta 4=bachillerato completa 5=superior técnico 6=sup. universitario	ACT. ECONOMICA		USO DE REDES SOCIALES 00=no sabe 0=no tiene A=Facebook B=twitter C=google+ D=linkedin E=otras (especifique)	CONTROL ODONTOLÓGICO (último año) 0=no 1=si
									A=desempleado pero no busca o necesita empleo B=desempleado buscando empleo C=trabaja	(9a) (9b)		
-1	-2	(FN)	-3	-4	-5	-6	-7	-8	(9a)	(9b)	-10	-11
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

III ANTECEDENTES DE CARÁCTER

FAMILIAR

MORBILIDADES	NO	SI
1.Alcoholismo		
2.Anemia		
3.Osteoporosis		
4.Artrosis		
5.Artritis		
6.Asma		
7.Cáncer		
8.Desnutrición infantil		
9.Diabetes		
10.Tuberculosis		
11. Enfermedad mental		
13.Discapacidad		
14.Hipertensión arterial		
15.Infarto agudo de miocardio		
16.Epilepsia		
17.Obesidad		
18.Lumbalgia (dorsopatías)		
19. Otros		

Proyecto de Vinculación de la Facultad de Ciencias Médicas:

"Familias y Comunidades Saludables"

Sector San Eduardo, Cooperativas Virgen del Cisne
y 25 de Julio
2017 - 2020

V FACTORES DE RIESGO

A. CONDICIONES PSICOAFECTIVAS	NO	SI
1. Desarmonía conyugal (infidelidad o riñas permanentes de pareja)		
2. Desarmonía entre padres e hijos o entre hermanos		
3. Violencia intrafamiliar (física, psicológica o sexual)		
4. La familia o un miembro tiene ansiedad permanente por problemas familiares		
5. Privación afectiva, desprotección.		
6. Roles gratificantes o roles sustitutos de padres, hijo (sobrinos, abuelos, tíos hermanos mayores que sostienen a la familia, un rol no acorde)		
7.Divorcio o separación conyugal		
8.Fuga de menores o abandono de hogar (padre o madre)		
9. Depresión, intentos de suicidio, etc.		
10. Uso y consumo de tabaco, alcohol u otras drogas (cannabis, heroína, cocaína, otros)		

B. PRACTICAS Y SERVICIOS DE SALUD	NO	SI
1. Subutilización de servicios de salud disponibles (frente a un problema o necesidad no acude, prefiere consejos de abuelas, boticarios, etc.)		
2. Inaccesibilidad a servicios de salud.		
3. Manejo inapropiado de cuidado perinatal y salud de la mujer.		
4. Manejo inapropiado de control médico general (asistencia a servicios y cumplimiento de tratamiento).		
5. Familia no percibe riesgos familiares, pero realmente se presenta		
6. Manejo inapropiado de control de discapacidades		
7. Manejo inapropiado de salud dental (no control anual o cepillado 2v/día)		
8. Manejo inapropiado de control nutricional.		

IV INSTITUCIONES DE APOYO

	NO	SI
1. Colación escolar		
2. Comedor popular		
3. Casas de Acogida		
4. Centros de Rehabilitación		
6. Otros servicios de apoyo		

F. ALIMENTACION Y NUTRICIÓN	NO	SI
1. ¿Desayuna los integrantes de la familia antes de ir a la escuela o al trabajo?		
2. ¿Los integrantes de la familia se alimenta 3 veces al día ?		
3. La lactancia materna es una práctica común en la familia?		
5. Es una práctica en la familia lavarse las manos antes de comer o preparar los alimentos?		
6. ¿Se trata el agua para el consumo de la familia para hacerla más segura para beber?		

C. VIVIENDA Y VECINDARIO	NO	SI
1. Falta de uso de saneamiento ambiental (pese a que pase el recolector no bota basura, tiene conexión con desagüe y no termina de instalar su baño, etc.)		
2. Condiciones insalubres del vecindario		
3. Higiene y organización deficiente del hogar		
4. Ausencia de por lo menos un servicio público (agua, alcantarillado, electricidad, recojo de basura)		
5. Inadecuada ventilación, iluminación o almacenamiento de alimentos		

D. SITUACION SOCIOECONOMICA	NO	SI
1. Ingreso escaso para cubrir necesidades de salud		
2. Pobreza: ingreso menor, insuficiente para cubrir comida, techo, estudios y vestido.		
3. Falta de recreación en la familia.		
4. sobrecarga de trabajo en algún miembro de la familia.		
5. Dispone de recursos económicos para la adquisición de medicamentos (tratamiento)		

E. MANEJO DE MENORES	NO	SI
1. Más de cuatro menores de 12 años		
2. Ausentismo escolar de menores de 12 años		
3. No realiza control de crecimiento y desarrollo o manejo inapropiado de EDA, IRA. Inmunizaciones		
4. Falta de seguridad en actividades de menores (no vigilancia u orientación en actividades de niños)		
6. Dificultad en orientación y disciplina de escolares y adolescentes.		



Foto 3. San Eduardo, vista del parque principal Cooperativa Virgen del Cisne



Foto 4. Escuela de Educación Básica Fiscal Mixta Dr. Alejo Lascano Bahamonde de la Cooperativa 25 de Julio



Foto 5. San Eduardo Casa Comunal, Cooperativa 25 de Julio



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Franco Wong, Stefanía Solange**, con C.C: # **0954994307** y **Orellana Solís, Andrés**, con C.C: # **0927923144**, autores del trabajo de titulación: **Prevalencia de discapacidades en la comunidad San Eduardo de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **LICENCIADO EN TERAPIA FÍSICA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 28 de febrero de 2020

f. _____

Nombre: Franco Wong, Stefanía Solange

C.C: 0954994307

f. _____

Nombre: Orellana Solís, Andrés

C.C: 0927923144



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de discapacidades en la comunidad San Eduardo de la ciudad de Guayaquil		
AUTOR(ES)	Franco Wong, Stefanía Solange Orellana Solís, Andrés		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Jurado Auria, Stalin Augusto		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Terapia Física		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciado en Terapia Física		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	28 de febrero del 2020	No. PÁGINAS:	93
ÁREAS TEMÁTICAS:	Discapacidad, Vinculación comunitaria y Rehabilitación		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Prevalencia; Discapacidad; Comunidad; San Eduardo; Factores Sociodemográficos; Actividad Física		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>La discapacidad se detalla como un término que comprende tanto deficiencias como restricciones de la actividad de los individuos, en el desarrollo personal, familiar y en la comunidad. El objetivo del trabajo fue determinar la prevalencia de discapacidades en la comunidad San Eduardo de la ciudad de Guayaquil. La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, diseño de tipo no experimental y de alcance descriptivo; con una población de 2.759 personas de las Cooperativas 25 de Julio y Virgen del Cisne que participaron en el Proyecto Familias y Comunidades Saludables de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Los resultados demostraron que de los porcentajes mínimos analizados en un 4,2% que corresponden a 116 miembros integrantes de las familias; 2,2% padecen de discapacidad física; 1% auditiva; 0,7% intelectual y el 0,3% de lenguaje. El estudio concluye que las condiciones, costumbres de vida y estratos socioeconómicos bajos, por los que atraviesan las personas que habitan en el sector de San Eduardo reflejan un marco de pobreza, que se suma al trabajo inestable, desequilibrio económico, inadecuada infraestructura de las viviendas y de insalubridad de algunos hogares los que se traducen en componentes que influyen de forma negativa en la calidad de vida de los habitantes. Se recomienda actualizar la base de datos, para con esa información elaborar la guía que permita hacer una intervención con datos correspondientes para la prevención de discapacidades.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-969399357 +593-969932779	E-mail: estefy_franco@hotmail.com quechex@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Grijalva Grijalva, Isabel Odila		
	Teléfono: +593- 999960544		
	E-mail: isabel.grijalva@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			