



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA  
ESCUELA DE POSTGRADO  
“DR. JOSÉ APOLO PINEDA”**

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA  
DE LA POBLACIÓN INFANTIL DE 0 A 14 AÑOS  
CON DIAGNÓSTICO DE DISCAPACIDADES  
EN LA CIUDAD DE BABAHOYO. AÑO 2013.  
DISEÑO DE UNA PROPUESTA DE  
ENFERMERÍA PARA SU  
ATENCIÓN INTEGRAL.**

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**

**MAESTRANTE**

**Lic. KETTY ROCAFUERTE VILLACIS**

**TUTOR**

**Dr. NELSON V. PERDOMO ÁLVAREZ M. Sc**

**ECUADOR**

**2015**



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA  
ESCUELA DE POSTGRADO  
“DR. JOSE APOLO PINEDA”**

Esta Tesis cuya autoría corresponde a **LICENCIADA EN ENFERMERÍA KETTY ROCAFUERTE VILLACIS**, ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado nominado por la Universidad de Guayaquil, como requisito parcial para optar por el Grado de **MAGÍSTER EN SALUD PUBLICA**.

---

**Dr. Mario Ortiz San Martin Esp.  
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

---

**Dra. Elisa Llanos Rodríguez M.Sc  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

---

**Dr. Marco Ruiz Pacheco M. Sc  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

---

**Ab. Mercedes Morales López  
SECRETARIA  
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA**

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo infinitamente a Dios quien supo guiarme por el buen camino, por darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar ante los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad, ni desfallecer en el intento.

A mi familia, hermanos, hijo y mi pequeña nieta por el amor que me supieron brindar día a día, por quienes soy lo que soy, por haberme brindado el apoyo y comprensión en los momentos difíciles. Me han dado todo lo que soy como persona, mis principios y valores, mi empeño y perseverancia para lograr mis objetivos.

A mis amigos presentes y pasados quienes sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos, alegrías y tristezas.

A mi tutor, por impartir sus conocimientos para llevar a cabo mi trabajo de investigación y ver cristalizados mis sueños.

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad de Guayaquil, Facultad de Odontología por proveer de la formación académica necesaria para alcanzar este logro.

Agradezco de manera especial a los profesionales de salud de las Unidades Operativas del Cantón Babahoyo, a los niños con discapacidades, sus familiares y todos los actores sociales que participaron en este trabajo, esperando devolver con beneficios en su salud mediante los conocimientos adquiridos.

A todos aquellos que con sus sugerencias me permitieron saber y actuar conforme a mis principios y valores contribuyendo en la firme convicción de mantenerme firme en conseguir este logro

## ÍNDICE GENERAL

| Contenidos                                        | Pág. |
|---------------------------------------------------|------|
| Caratula                                          |      |
| Contracaratula                                    |      |
| Aprobación del tribunal                           | II   |
| Certificado del tutor                             | III  |
| Certificado del Gramátologo                       | IV   |
| Dedicatoria                                       | V    |
| Agradecimiento                                    | VI   |
| Índice General                                    | VII  |
| Índice de cuadros                                 | IX   |
| Índice de Gráficos                                | X    |
| Repositorio                                       | XI   |
| Resumen                                           | XIII |
| Abstract                                          | XIV  |
| Introducción                                      | 1    |
| 1. El Problema                                    | 3    |
| 1.1 Planteamiento del problema                    | 3    |
| 1.2 Descripción del problema                      | 3    |
| 1.3 Formulación del problema                      | 4    |
| 1.4 Delimitación del problema                     | 4    |
| 1.5 Preguntas de investigación                    | 5    |
| 1.6 Objetivos                                     | 5    |
| 1.6.1 Objetivo general                            | 5    |
| 1.6.2 Objetivos específicos                       | 5    |
| 1.7 Justificación                                 | 6    |
| 2. Marco Teórico                                  | 7    |
| 2.1 Antecedentes                                  | 7    |
| 2.2 Fundamentos teóricos                          | 8    |
| 2.2.1 Las discapacidades en la historia           | 8    |
| 2.2.2 Caracterización clínica                     | 11   |
| 2.2.3 Caracterización epidemiológica              | 12   |
| 2.2.4 Etapas de la intervención en discapacidades | 14   |

|                                                      |    |
|------------------------------------------------------|----|
| 2.2.5 Etiopatogenia de las discapacidades            | 15 |
| 2.2.6 Tipos de discapacidades                        | 20 |
| 2.2.7 Clasificación de modelos de las discapacidades | 24 |
| 2.2.8 Discapacidades en la República del Ecuador     | 30 |
| 2.2.9 Enfermería y Discapacidades                    | 31 |
| 2.3 Fundamentación conceptual                        | 34 |
| 2.4 Fundamentación legal                             | 38 |
| 2.5 Hipótesis de la investigación                    | 43 |
| 2.6 Variables de Investigación                       | 43 |
| 3. Materiales y Métodos                              | 44 |
| 3.1 Descripción del trabajo                          | 44 |
| 3.2 Tipo de investigación                            | 44 |
| 3.3 Método de Investigación                          | 44 |
| 3.4 Diseño de investigación                          | 45 |
| 3.5 Recursos empleados                               | 45 |
| 3.6 Universo y muestra                               | 46 |
| 3.7 Criterios de Inclusión y exclusión               | 46 |
| 3.8 Procedimiento de la investigación                | 47 |
| 3.9 Resultados y Análisis de información             | 47 |
| 3.10 Análisis de la información                      | 51 |
| 4. Propuesta de intervención                         | 63 |
| 5. Conclusiones                                      | 69 |
| 6. Recomendaciones                                   | 71 |
| Bibliografía                                         | 72 |
| Anexos                                               | 86 |

## INDICE DE CUADROS

| Contenidos                                                                               | Pág. |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Tabla #1 Identificación y caracterización de los niños con discapacidades de Babahoyo.   | 49   |
| Tabla #2 Definición de las discapacidades de los niños de 0 a 14 años                    | 53   |
| Tabla # 3 Clasificación de los discapacitados y distribución según Centros asistenciales | 55   |

## **INDICE DE GRAFICOS**

| <b>Contenidos</b>                                                                        | <b>Pág.</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Gráfico #1 Identificación y caracterización de los niños con discapacidades de Babahoyo. | 50          |
| Gráfico # 2 Definición de las discapacidades de los niños de 0 a 14 años                 | 54          |
| Gráfico # 3 Distribución de los discapacitados según Centros asistenciales.              | 56          |





Presidencia  
de la  
República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia y Tecnología



**SENESCYT**  
SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                             |
| <b>FICHA DE REGISTRO DE TESIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |
| <b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b><br><b>CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE LA POBLACIÓN INFANTIL DE 0 A 14 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DISCAPACIDADES EN LA CIUDAD DE BABAHOYO. AÑO 2013. DISEÑO DE UNA PROPUESTA DE ENFERMERÍA PARA SU ATENCIÓN INTEGRAL.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                             |
| <b>AUTOR/:</b><br><b>LIC. KETTY FELICITA ROCAFUERTE VILLACÍS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>REVISORES:</b><br>DR. NELSON V. PERDOMO<br>ALVAREZ M. Sc |
| <b>INSTITUCIÓN:</b> Universidad de Guayaquil<br>Escuela de Postgrado<br>“Dr. José Apolo Pineda”                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>FACULTAD:</b><br>Piloto de Odontología                   |
| <b>CARRERA:</b> MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                             |
| <b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>No. DE PÁG:</b> 86                                       |
| <b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b> ÁREA DE LA SALUD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                             |
| <b>PALABRAS CLAVE:</b> Palabras Claves                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                             |
| <b>RESUMEN:</b> La presente investigación determina la caracterización clínico epidemiológico de la población infantil de 0 a 14 años con diagnóstico de discapacidades en la ciudad de Babahoyo durante el periodo 2013. Entre los problemas están superar políticas y normativas insuficientes, persistencia de actitudes negativas, prestación insuficiente de servicios, problemas con la prestación de estos servicios, financiación insuficiente, falta de accesibilidad, falta de consulta y participación, determinantes sociales adversos y deficiencias en las clasificación y registros oficiales. La O.M.S. y la O.N.U. aceptan indicadores cuantitativos de 95 millones de discapacitados para el grupo etario de 0 a 14 años con discapacidad grave), y de 975 millones en mayores de 15 años |                                                             |

de discapacidad grave); y consideran representan un muy grave problema con impactante repercusión socio económica para la sociedad mundial. Ecuador no es ajeno al problema, y según resultados de una investigación realizada en el país; y concluida en el 2010, existen 1´608,334 personas con discapacidad. Metodología: Se realizó una investigación exploratoria, descriptiva y transversal; con diseño no experimental. La atención sanitaria se realizo en los 16 Centros del MSP en el Área de Babahoyo. Se diseño una propuesta de intervención de Enfermería para mejorar la calidad de la prestación a esta población discapacitada. Resultados: La población con discapacidad de 0 a 14 años constituyen entre el 20 a 25 % del total registrado en la ciudad de Babahoyo; durante el año 2013. Lo antes expuesto nos conlleva a diseñar una propuesta de enfermería como apoyo a la atención integral de la población infantil con diagnóstico de discapacidades en la ciudad de Babahoyo.

**Palabras Claves:**

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA POBLACIÓN INFANTIL- DISCAPACIDADES -BABAHoyo. 2013.**

**No. DE REGISTRO (en base de datos):**

**No. DE CLASIFICACIÓN:**

**DIRECCIÓN URL (tesis en la web):**

**ADJUNTO PDF:**

☒ (X) SI

☐ ( ) NO

**CONTACTO CON AUTOR/ES:**

Teléfono:

E-mail:

**INSTITUCIÓN:**

Universidad de Guayaquil

**Nombre:** *\*(SE DEJA EN BLANCO)*

**Teléfono:**

**Quito:** Av. Whympfer E7-37 y Alpallana, edificio Delfos, teléfonos (593-2) 2505660/1; y en la Av. 9 de octubre 624 y Carrión, edificio Promete, teléfonos 569898/9. **Fax:** (593 2)

**250905**

## **RESUMEN**

La presente investigación determina la caracterización clínico epidemiológico de la población infantil de 0 a 14 años con diagnóstico de discapacidades en la ciudad de Babahoyo durante el periodo 2013. Entre los problemas están superar políticas y normativas insuficientes, persistencia de actitudes negativas, prestación insuficiente de servicios, problemas con la prestación de estos servicios, financiación insuficiente, falta de accesibilidad, falta de consulta y participación, determinantes sociales adversos y deficiencias en las clasificación y registros oficiales. La O.M.S. y la O.N.U. aceptan indicadores cuantitativos de 95 millones de discapacitados para el grupo etario de 0 a 14 años con discapacidad grave), y de 975 millones en mayores de 15 años de discapacidad grave); y consideran representan un grave problema con impactante repercusión socio económica para la sociedad mundial. Ecuador no es ajeno al problema, y según resultados de una investigación realizada en el país; y concluida en el 2010, existen 1'608,334 personas con discapacidad. Metodología: Se realizó una investigación exploratoria, descriptiva y transversal; con diseño no experimental. La atención sanitaria se realizó en los 16 Centros del MSP en el Área de Babahoyo. Se diseñó una propuesta de intervención de Enfermería para mejorar la calidad de la prestación a esta población discapacitada. Resultados: La población con discapacidad de 0 a 14 años constituyen entre el 20 a 25 % del total registrado en la ciudad de Babahoyo; durante el año 2013. Lo antes expuesto nos conlleva a diseñar una propuesta de enfermería como apoyo a la atención integral de la población infantil con diagnóstico de discapacidades en la ciudad de Babahoyo.

### **PALABRAS CLAVE:**

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMILÓGICA-POBLACIÓN  
INFANTIL- DISCAPACIDADES -BABAHoyo. 2013.**

## **ABSTRACT**

This research determines the clinical epidemiological characterization of the child population of 0-14 years diagnosed with disabilities in the city of Babahoyo for the period 2013. The problems are overcome inadequate policies and regulations, persistent negative attitudes, inadequate provision of services, problems with the provision of these services, inadequate funding, inaccessibility, lack of consultation and participation, social determinants adverse classification and deficiencies in official records. The O.M.S. and O.N.U. accepted quantitative indicators of 95 million disabled for the age group 0 to 14 years with severe disability), and 975 million in over 15 years of severe disability); and they consider represent a very serious problem with striking socioeconomic impact for the global society. Ecuador is no stranger to the problem, and according to the results of research conducted in the country; and completed in 2010, there are 1'608,334 people with disabilities. Methodology: an exploratory, descriptive and cross-sectional research was conducted; non-experimental design. Health care was conducted in 16 centers in the MSP area Babahoyo. A proposed nursing intervention was designed to improve the quality of provision to this disabled population. Results: The population with disabilities of 0-14 years is between 20-25% of the total registered in the city of Babahoyo; during 2013. The foregoing leads us to design a proposal for nursing to support the comprehensive care of children diagnosed with disabilities in the city of Babahoyo.

## **KEYWORDS:**

CLINICAL CHARACTERIZATION POPULATION  
EPIDEMIOLÓGICA DISABILITIES -BABAHOYO childish. 2013.

## INTRODUCCIÓN

Las discapacidades acompañan a los seres humanos desde la aparición de la especie, aspecto que ha sido evidenciado inobjetablemente por la Arqueología, Antropología, Sociología y Medicina Forense. Muchos especialistas de diversas ciencias, especulan coincidentemente y con cierto grado de lógica; que la mayoría de los seres humanos en algún momento de su ciclo vital, sufren o sufrirán una “discapacidad” de calidad variable y durante un periodo de tiempo no predecible (113, 132).

Se conoce que la valoración de las discapacidades en los diferentes períodos históricos y civilizaciones, estuvieron determinadas por el grado de desarrollo social y los conocimientos con que se explicaban o sustentaban las mismas (Ídem).

Un largo camino de infanticidios, homicidios; rechazo, abandono; humillaciones y burlas, caracterizó interpretaciones que fluctuaron desde el castigo divino a posesiones satánicas. Posteriormente se les permitió “vivir” bajo criterios piadosos, y “malvivir” como bufones, mendigos o rarezas; pero con desprecio y ostracismo social manifiesto. Posteriormente los institucionalizan convirtiéndolos en sujetos con reclusiones obligadas e involuntarias en orfanatos; asilos religiosos y/o laicos, manicomios; prisiones u otras instituciones (11, 19, 61).

En los siglos XVIII y XIX, a las personas con discapacidad se les comenzó a brindar tratamiento razonablemente humano; pero exclusivista y no generalizado; por la consideración latente de su asociación con daños y perjuicios sociales.

Desde 1850 se demostró la posibilidad de modificaciones conductuales por medio del aprendizaje, y a inicios del Siglo XX; se creó la enseñanza especial con la proyección de

agrupación homogénea de individuos con capacidades y deficiencias semejantes (ciegos, sordos, etc.), y con enseñanza especializada (instalaciones - profesores – recursos) en función de los objetivos y las características particulares (5, 39, 140).

Existen discapacitados de todas las edades, géneros; razas, estratos sociales y localizaciones geográficas; por lo que puede hablarse de “un problema mundial” al que se enfrenta la sociedad humana. Según registros estimados y reconocidos por la O.M.S. y la O.N. U, en el grupo etario de 0 a 14 años son afectados 95 millones (0,7% de discapacidad grave); en tanto que en mayores de 15 años son aproximadamente 975 millones (19,4% de discapacidad grave) (92, 131).

Existen múltiples problemas por superar y están bien identificados, entre ellos: políticas y normativas insuficientes – persistencia de actitudes negativas - apoyo insuficiente de servicios - problemas con la prestación de esos servicios - financiación escasa - falta de accesibilidad - falta de consulta y participación – determinantes sociales adversos – deficiencias en las clasificación y registros oficiales (37, 65,103).

Es imprescindible e inaplazable enfrentar los obstáculos a la atención sanitaria y rehabilitativa; a la educación, a los servicios de apoyo y asistencia; al empleo, a la eliminación de barreras y la creación de entornos favorables: pero sobre todo al apoyo sociopolítico irrestricto y la solidaridad humana.

El objetivo de la presente es determinar las características clínico epidemiológico de la población infantil de 0 a 14 años con diagnóstico de discapacidades en la ciudad de Babahoyo. Año 2013

# **1. EL PROBLEMA**

## **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La actualidad de las discapacidades imbrica un doble enfoque: médico (problema resultante de una persona por enfermedad, trauma o condición de salud; que requiere de una asistencia multidisciplinaria extendida en el tiempo como modelo terapéutico, que busca curar o modificar la adaptación y cambios de conducta en el afectado); social (considera la causa social del problema, y busca la completa integración de dichas personas en la sociedad; empleando un modelo intervencionista con introducción de cambios que posibiliten y permitan el disfrute de los derechos humanos del afectado y su integración) (123, 135, 141).

## **1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

La O.M.S. y la O.N.U. aceptan indicadores cuantitativos de 95 millones de discapacitados para el grupo etario de 0 a 14 años (0,7% con discapacidad grave), y de 975 millones en mayores de 15 años (19,4% de discapacidad grave); y consideran que representan un muy grave problema con impactante repercusión socio económica para la sociedad mundial. Adicionalmente consideran que la discapacidad potencialmente afecta a un porcentaje elevado de la población, en algún momento de su ciclo vital; por causales muy diversas, durante periodos de tiempo no predictibles, lo que igualmente ocurre en relación a la tipología; intensidad y duración (129).

A pesar de ello, la discapacidad no está adecuadamente identificada ni cuantificada; incidiendo aun diferencias terminológicas y conceptuales, y otros factores negativos (políticas y normativas incongruentes / persistencia de actitudes negativas / servicios insuficientes y disfuncionales / financiación

insuficiente / clasificaciones inoperantes / registros oficiales sesgados / pésimos determinantes sociales / instrucción insuficiente / pobreza (24, 102, 115, 116).

Las prevalencias de discapacidad en las Américas, solo son relativamente confiables para Estados Unidos que admite un 6,1% para la población pediátrica con un ligero predominio masculino; y para Canadá con afectación de un 3.8% de igual población. La O.P.S. estima discapacidades para América Latina de unos 60 millones de personas (10% de la población total), y que un 25% de estas corresponden al grupo etario de 0 a 14 años (104, 134, 135)

### **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el porcentaje de la población infantil de 0 a 14 años con diagnóstico de discapacidades en la ciudad de Babahoyo. Año 2013?

### **1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

**Tema:** Caracterización clínico epidemiológica de la población infantil de 0 a 14 años con diagnóstico de discapacidades en la ciudad de Babahoyo. Año 2013. Diseño de una propuesta de enfermería para su atención integral.

**Objeto de estudio:** Caracterización clínico epidemiológica de la población infantil de 0 a 14 años con diagnóstico de discapacidades.

**Campo de acción:** Propuesta de enfermería para su atención integral.

**Área:** Postgrado

**Lugar:** Facultad Piloto de Odontología

**Periodo:** 2010-2012



## **1.5 PREGUNTAS A DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la caracterización clínico epidemiológica de las discapacidades?

¿Cuáles son las discapacidades más representativas en niños de 0 a 14 años de edad?

¿Qué importancia tiene el diagnóstico en las discapacidades de niños de 0 a 14 años de edad?

¿Qué importancia tiene el rol de la enfermera en la atención de niños con discapacidades?

¿Cuál es la incidencia y prevalencia de discapacidades de niños de 0 a 14 años de edad en la ciudad de Babahoyo?

## **1.6 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN**

### **1.6.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la caracterización clínico epidemiológico de la población infantil de 0 a 14 años con diagnóstico de discapacidades en la ciudad de Babahoyo. Año 2013

### **1.6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar las discapacidades en niños de 0 a 14 años de edad en la ciudad de Babahoyo.
- Definir los tipos y grados de discapacidades en los niños de 0 a 14 años de edad en la ciudad de Babahoyo.
- Describir la importancia tiene el rol de la enfermera en la atención de niños con discapacidades.
- Diseñar de una propuesta de enfermería de apoyo a la atención integral de niños con discapacidades.

## 1.7 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Se estima que en América Latina existan unos 60 millones de personas con discapacidad (10% de la población total), que un 25% de estas corresponden al grupo etario de 0 a 14 años; y que de ellos solo entre el 20% y 30 % asiste a la escuela, y solamente un 5% concluye la instrucción primaria (14, 134).

Ecuador no es ajeno al problema, y según resultados de una investigación realizada en el país; y concluida en el 2010, existen 1'608,334 personas con discapacidad (12,14% de la población total). De ellas 102,637 tienen discapacidad físico-motora (48,74%); 32,256 discapacidad auditiva (15,32 %), 25,470 discapacidad visual (12,09 %); 11,916 discapacidad mental (5,65 %), 2,183 discapacidad visceral (1,03 %) y 36,079 discapacidad múltiple o mixta (17,13 %). Del total se determinó que un 64% presenta deficiencias estructurales, un 29% deficiencias funcionales y un 7% deficiencias mixtas.

Un análisis de prevalencia según procedencia y género, permitió determinar un 30,31 % de prenatales en la región Insular, un 2,24% de perinatales en la Amazonía; y un 73,87% de postnatales en la región Sierra. Se identificó además la diferencia porcentual entre áreas urbanas y rurales, que es de 5% y 8% respectivamente, al igual que la diferencia entre géneros (mujeres 51,6% - hombres 48,4%).

Según el análisis de causalidades se señalaron: Causas prenatales, Causas perinatales y Causas postnatales, Estos datos identificaron la realidad nacional en un periodo puntual de tiempo, pero se requiere de una actualización constante a lo largo y ancho del país; considerando el compromiso institucional y social para alcanzar las metas propuestas en el Programa Nacional (34, 66, 112)

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 ANTECEDENTES**

La búsqueda de investigaciones sobre discapacidades y/o discapacitados como precedentes de un estudio, deviene como una tarea imposible en la práctica; y que concluye con la apreciación individual del interesado, dada la cantidad y multiplicidad de artículos referenciales con diferencias significativas de diseños; tiempos e intereses que aparecen en medios impresos o digitales con buscadores especializados (temas científicos [Science Research / World Wide Science / Scielo, etc.] o temas médicos [Medline / Cochrane / NHS evidence / GoPubMed, etc.]). En base a lo expuesto, referiremos algunas investigaciones que a consideración nuestra han aportado elementos compatibles con los empleados en la nuestra, y son los siguientes:

El estudio “La discapacidad en España: Datos epidemiológicos”, realizado por Antonio Jiménez y Agustín Huete; fundamentándose en los resultados de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 (68)

El estudio de “la carga mundial de morbilidad” realizada por la OMS para determinar la situación mundial de la salud utilizando los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) (93)

El estudio realizado por Noel Taboada y Graciela Minaya, realizado en los años 2009 – 2010; al caracterizar clínica y etiológicamente las discapacidades en Bolivia (126).

El estudio realizado por Regla Rodríguez, Roberto Lardoezt, José Reyes, Milton Jijón y colaboradores en la República del Ecuador; al caracterizar clínica y etiológicamente las

discapacidades, mayores en el país (112). El estudio realizado por Milton Jijón, Roberto Lardoezt, Cristina Aldaz y colaboradores al caracterizar la causalidad de la discapacidad intelectual en la República del Ecuador (66) Marcia Cobas, Eduardo Zacca, Paulina Lantigua y colaboradores al caracterizar epidemiológicamente a las personas discapacitadas en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública (32). Gladys Massé y Cecilia Rodríguez en la República de Argentina, sobre la prevalencia y tipología de las discapacidades en dicho país (77). Reiteramos que estas referencias señaladas, son resultado de nuestra opinión; y que existen disimiles investigaciones sobre la temática abordada.

## **2.2 FUNDAMENTOS TEORICOS**

### **2.2.1 LAS DISCAPACIDADES EN LA HISTORIA**

Las discapacidades han estado presentes desde la aparición de los primeros humanos, condicionando particularidades en cada periodo histórico y en cada cultura; y se sabe que:

Sociedades primitivas – al no poderse valer por sí mismos, y/o no poder garantizar su propia subsistencia; eran asesinados o abandonados a su suerte.

Grecia – con su culto a la belleza y la perfección corporal, “los deformes y/o discapacitados” eran tributarios de burlas, escarnios y eliminación física.

Roma – se conoce el infanticidio por deformidades, y el comercio de discapacitados con fines de divertimento; e incluso de amputaciones para condicionar mendicidad.

Egipto – los discapacitados se consideraban “seres especiales”, y debían servir sin condiciones ni límites a sus faraones.

Judea – consideraban un deber la atención a los discapacitados, y se les permitían participar en ritos religiosos.

Mesoamérica – los discapacitados eran considerados como “divinidades”, y tienen valor mítico, mágico y religioso.

Edad Media – los discapacitados eran objeto de burlas, lástima; repulsión y marginación. También se crearon cofradías religiosas para asistir a ciegos, sordos; paralíticos y leprosos.

Siglo XVII – se crearon asilos para brindarles amparo y asistencia a los discapacitados.

Siglo XVIII – la sociedad comienza a reconocer ciertas responsabilidades sobre las personas discapacitadas.

Mesoamérica – los discapacitados eran empleados como diversión, exhibición y comercialización.

1780 (Suiza), 1786 (Francia) y 1791 (Inglaterra), crean centros de atención a discapacitados; ayudando a estos y a sus familiares.

1822 - en Múnich (Alemania) se crea un Instituto Técnico Industrial (primera institución educativa para discapacitados), y en .Montpellier (Francia) se creó un hospital para el cuidado de estos.

Siglo XIX - se comienzan a estudiar las causales de las discapacidades. Se sigue considerando que los niños nacían con dicha condición por causa de los pecados familiares, y se continuó aislándolos. Se establece la diferenciación entre retraso mental y demencia.

1914 a 1918 – el conflicto bélico generó una gran cantidad de discapacidades físicas y mentales.

1919 - se creó la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T), que ha tenido un importante rol en la promulgación de leyes y normas para la protección de los derechos de las personas con discapacidad.

1939 a 1945 – el fanatismo político, la intolerancia social y la pretendida “superioridad racial nazi” exterminó, no solo a los judíos, sino también a personas discapacitadas. El conflicto bélico generó una gran cantidad de discapacidades.

1948 – la ONU promulga la Declaración Universal de derechos Humanos.

1960 – la ONU promueve la Convención contra la Discriminación en la Enseñanza.

1971- la ONU promulga la Declaración de los Derechos del Deficiente Mental.

1975- la ONU promulga la Declaración de los Derechos del Minusválido.

1976 - la OMS aprueba la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDMM – 1), como “Manual de las consecuencias de la Enfermedad”.

1982- la ONU establece el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad.

1993- la ONU establece las Normas Uniformes de Igualdad de Oportunidades para las personas con Discapacidad.

1993/ 2000 - la OMS elabora 2 nuevas versiones para la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDMM – 2),

2001 – en la 54<sup>va</sup> Asamblea Mundial de la Salud, se aprueba la versión CIDDDM – 2 con el nombre definitivo de “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” (CIF)

2006 – la ONU realiza la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) (4, 11, 52, 64, 113, 132).

### **2.2.2. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA**

Caracterizar es la acción por la que se describen atributos particulares y/o peculiares a algo (personas, objetos, etc.), y es un término muy empleado en Metodología de la Investigación.

Los propósitos de cualquier investigación deben contemplar el aporte de teoría específica, y/o conocimiento sobre una realidad puntual; y en ambos casos deben ser utilitarios.

El paradigma de salud condiciona el modelo de salud y de asistencia, y estos actualmente emplean como soporte; la información estadística y epidemiológica que le posibilita diseñar las intervenciones requeridas. Esta información incluye los resultados investigativos en los diferentes niveles de intervención (tasas de morbilidad y mortalidad - caracterizaciones clínico epidemiológicas - análisis de las complicaciones - calidad de vida, etc.).

Se sabe que existen discapacitados de todas las edades, géneros; razas, estratos sociales y localizaciones geográficas; y de las diferencias etiopatogénicas, tipológicas; de intensidad y de tiempo en estas personas. También se conocen los factores que facilitan o dificultan la capacidad, el desempeño y la realización. Por ello es necesario la aplicación de los enfoques clínicos y epidemiológicos en toda investigación que aborde el tema,

incluyendo en el diseño las variables correspondientes a cada formato.

La caracterización clínica reflejará la discapacidad existente en cada caso, y resultará de la anamnesis – examen físico – exámenes realizados - diagnóstico conclusivo. Lógicamente se incluye la causalidad, tipología y severidad, y la caracterización epidemiológica reflejará la discapacidad como problema de un colectivo humano específico, en un tiempo y espacio geográfico determinado.

El análisis de esta información permitirá una identificación objetiva y un enfoque práctico del problema, no solo de las incapacidades / restricciones de los afectados; sino de las respuestas sociales intervinientes (inter – multi – transdisciplinarias).

La actualización continua de las variables comunes empleadas para estas caracterizaciones, permite un acercamiento incuestionable al problema local, facilitando la toma de decisiones y la identificación de necesidades del Programa.

### **2.2.3 CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA**

La OMS reconoce 600 millones de personas viviendo con discapacidades diversas. Un 80% de ellas, lo hace en países de bajos ingresos, sin / insuficiente acceso a servicios básicos y a servicios de rehabilitación (44).

En Europa existen más de 50 millones de discapacitados (Alemania 26,7% - Reino Unido 21% - Francia 16,8% son los de mayor número de discapacitados sobre población total. La tasa media corresponde a España 7,4%, y las más bajas a Irlanda 0,7% y Luxemburgo 0,1%. La discapacidad en la Región América debe diferenciarse en Canadá / Estados Unidos de



Norteamérica, y América Latina y el Caribe, en base a las diferencias del desarrollo global.

Canadá refiere un 7,8% de afectación en población pediátrica, clasificando como severos al 3,8%; e identifican predominio en varones; y Estados Unidos de Norteamérica identifica un 17% de prevalencia en población infantil total; un 2% los clasifica como severos e igualmente señala predominio masculino. Las estadísticas en América Latina y el Caribe no se consideran confiables, y si sesgadas por metodologías dispares; a pesar de la importancia socio económica que este “problema” representa en la Región. Algunas de las tasas estimadas para América Latina son: Perú 31,28% / Guatemala 17,00% / Chile 12,9% / Ecuador 13,2% / Panamá 11,6% / Nicaragua 10,3% Uruguay 7,6% Costa Rica 5,3% Colombia 6,4% / Argentina 6,8% / Brasil 6,0%.

Solo la Carga Mundial de Morbilidad considera integralmente las discapacidades infantiles (0-14 años), la estimación es de 95 millones de niños (5,1%), de los cuales 13 millones (0,7%) tienen “discapacidad grave”.

Ecuador reconoce 1, 608, 334 personas con discapacidad, lo que representa el 13,2% de la población total; con diferencias de género (mujeres 51,6% - hombres 48,4%) y un 5% residentes en áreas urbanas y un 8% en rurales. Se estiman unos 18,000 niños/as con limitaciones en la actividad y restricción en la participación. Entre las más frecuentes en menores de 5 años, se identifican la limitación de ponerse de pie, caminar solo y la comunicación. Un 44% de esta población presenta más de una limitación.

Se estima en un 80% de estos, la existencia de enfermedades hereditarias y adquiridas; complicaciones del parto y periparto, infecciones y mala práctica médica Un 4.8% de la población mayor de cinco años tiene limitación grave en la actividad y restricción en la participación, es decir, tienen un bajo o ningún

nivel de autonomía; lo que condiciona restricciones en la realización de actividades y de participación (movilización - actividades educativas y de aprendizaje – autosuficiencia de cuidados - vida familiar y comunitaria – trabajo) (67, 85, 104, 134).

#### **2.2.4 ETAPAS O MODELOS DE INTERVENCIÓN EN DISCAPACIDADES**

**Etapas o modelo de prescindencia** – se prescindía o eliminaba a las personas con discapacidades. Sus causas se consideraban de carácter mágico o religioso, por lo que la sociedad debía deshacerse de ellas. Se practicaban infanticidios por apariencias no comunes, además maltratos; esclavitud y ocupaciones de divertimento. Los discapacitados no eran tributarios de intervenciones específicas; eran ignorados y/o eliminados.

**Etapas o modelo de marginación excluyente e internamiento masificado** - la discapacidad se considera como demoniaca y como un castigo divino. Disminuyó progresivamente la prescindencia, dando paso a la subestimación y la compasión por ignorancia, con rechazo o miedo hacia lo diferente. Los internamientos masificados fueron fruto de las modificaciones sociales sobre el tema.

**Etapas o modelo médico / rehabilitador** - las causas se consideran acorde a los conocimientos científicos, y se considera a los discapacitados con criterios objetivos de salud y enfermedad. Se considera pueden alcanzar funcionalidad social en la medida en que sean “rehabilitados” o “normalizados”. Este modelo ha estado vigente desde 1946 al 2000, y con él se han desarrollado todos los apoyos y prestaciones a este grupo humano.

Enfoque médico – considera la discapacidad como una enfermedad o problema individual, que produce una deficiencia;

minusvalía o limitación que requiere de una asistencia médica sostenida, proporcionada en forma de tratamientos rehabilitativos individuales por los profesionales. En este enfoque, la asistencia médica representa el eje central; y condiciona a nivel político; el surgimiento de Programas o Reformas en Salud.

**Etapas o modelo social** – se sustenta en la aplicación de los derechos humanos, y el rechazo a los fundamentos de los modelos anteriores. Surge a finales de los años 60's y principios de los 70's. Se sustenta en que la causalidad es social, y considera que no existen limitaciones individuales; sino limitaciones de la sociedad para prestar servicios adecuados a los discapacitados, y para asegurar que sus necesidades sean consideradas adecuadamente por la política y la organización social.

**Enfoque social** - considera la discapacidad como un problema social creado, y básicamente proyecta la inclusión e integración completa de estos en la sociedad (los derechos de la persona discapacitada). No considera la discapacidad como un problema individual, sino la considera dada por las limitaciones que puedan tener una persona asociada a las barreras impuestas por la sociedad (37, 50, 52, 71, 82, 120, 125, 128, 136).

## **2.2.5 ETIOPATOGENIA DE LAS DISCAPACIDADES.**

Los avances científicos técnicos y los nuevos procedimientos diagnósticos, unidos a un vertiginoso desarrollo de las neurociencias; posibilitan una variedad diagnóstica amplia de condiciones fisiopatológicas del desarrollo, y se sabe que la precocidad de un diagnóstico específico; posibilitará la prevención de patologías sobreañadidas; condicionar mejorías funcionales y posibilitar ajustes adaptativos entre los niños y sus entornos.

Las etapas del ciclo vital humano son:

Prenatal.- Cigótica – desde la concepción a la 3<sup>ra</sup> semana de gestación

Embrionaria – de la 3<sup>ra</sup> a la 8<sup>va</sup> semana

Fetal – de la 9<sup>na</sup> semana al nacimiento

Neonatal.- Precoz – desde el nacimiento hasta los 7 días

Tardío – desde el 8<sup>vo</sup> hasta los 28 días

Lactante – de los 29 días hasta los 12 meses

Transicional – de los 13 a los 36 meses

Preescolar – de los 3 a los 5 años

Escolar – de los 6 a los 9 años

Adolescencia

Temprana – de 10 a 13 años

Media – de 14 a 16 años

Tardía – de 17 a 19 años

Adulthood

Temprana – de 20 a 35 años

Tardía – de 36 a 64 años

Mayor – de 65 a 79 años

Ancianidad – más de 80 años

Sin embargo, a efectos de la asistencia sanitaria; la pediatría como especialidad médica para la asistencia infanto juvenil, se estratifica por grupos etarios; y así tenemos:

0 a 1 año – lactantes

1 a 5 años – incluye los transicionales y los preescolares

5 a 9 años – escolares

10 a 14 años – adolescentes

Tanto las deficiencias (ausencia o anomalía de una estructura anatómica o de una función fisiológica o psicológica) como las discapacidades (restricción o ausencia por una o más deficiencias de la capacidad para realizar actividades consideradas normales en un ser humano), pueden expresarse en cualquier etapa del desarrollo; pero son más frecuentes en los periodos concepcional, embrionario, fetal y neonatal (55, 138)

Las causales etiológicas se clasifican como: genéticas / embrionarias / fetales / perinatales / postnatales.

### **Genéticas**

Errores innatos del metabolismo - hipotiroidismo permanente / hiperfenilalaninemias / déficit de Biotinasa, etc.

Enfermedades moleculares - distrofia miotónica muscular de Steinert / Corea de Huntington (ambas son autosómicas dominantes), etc.

Síndromes neurocutáneos – neurofibromatosis / esclerosis tuberosa / Enfermedad de Sturge-Weber, etc.

Cromosomopatías ligadas al sexo – Síndrome de Turner / Síndrome de Klinefelter, Síndrome del X frágil, Traslocaciones cromosómicas, etc. (2).

### Embrionarias

Infecciones – Citomegalovirus / Rubeola / Toxoplasma gondii, etc.

Teratogénicas - Alcohol / Ciertos medicamentos (Talidomida – Hidantoina - Carbamazepina - Ácido valproico) / Drogas psicotrópicas (morfina – heroína, etc.) / Radiaciones por encima de 80 a 1000 mrad, etc. (117).

Fetales, Malformaciones idiopáticas del SNC - Agenesia del cuerpo calloso / Enfermedad de Crouzon / Síndrome de Apert.

Anomalías cromosómicas – Trisomias 21 y 17 / Síndrome de Pallister-Killian / Síndrome de Ito, etc. (109).

### Perinatales

Infecciosas – Toxoplasmosis / Herpes virus / Citomegalovirus / Rubeola / Sífilis, etc.

Tóxicas – Alcohol / Drogas / Plomo / Hiperfenilalaninemia materna / Algunos medicamentos (aminoglucósidos - cloroquina – Sulfonamidas, etc.)

Placentarias – insuficiencia placentaria de cualquier etiología.

### Alteraciones del parto

Encefalopatías hipóxico-isquémicas (parálisis cerebral - retrasos del desarrollo - trastornos cognitivos - trastornos de aprendizaje, etc.)

Traumatismos cráneo encefálicos – hemorragia intracraneal (trastornos neurosensoriales – retrasos lenguaje, motores, cognitivos. etc.)

Infecciones – Corioamnionitis / Sepsis (trastornos neurosensoriales – retrasos lenguaje, motores, cognitivos. etc.) (10, 94).

### Postnatales

Prematuridad (32 a 37 semanas de gestación – peso entre 1,500 y 2,499 gramos (Retrasos del desarrollo / trastornos neurosensoriales / trastornos motores / trastornos conductuales / trastornos del aprendizaje, etc.).

- Leucomalacia ventricular
- Porencefalia
- Retinopatía del prematuro
- Hemorragia intracraneal
- Sepsis (corioamnionitis / meningoencefalitis bacterianas, etc)
- Metabólicas (hipoglucemia / hiperbilirrubinemia grave, etc.)
- Traumatismos (accidentales o no)
- Hipoxia por diversas causas (inmersión, asfixia, etc.)
- medicamentosas (aminoglucosidos, anticonvulsivantes, etc.)
- iatrogénicas (21, 31, 62, 63, 72, 74, 121)

## **2.2.6 TIPOS DE DISCAPACIDADES**

La discapacidad es un término genérico y multidimensional, no existe una tipología única; por lo que se utilizan simultáneamente las siguientes.

- Acorde al diagnóstico: congénitas y adquiridas
- Acorde al tiempo: transitorias y permanentes
- Acorde al nivel de funcionalidad: leve, moderada, severa, totales.
- Acorde al área de la afectación: física, cognitiva, sensorial, intelectual, mixta (44).

### **• DISCAPACIDADES FISICAS O MOTORAS**

Incluye a todos aquellos con discapacidad para la deambulación, coordinación motora y manipulación manual en la realización de actividades básicas y/o comunes. Excluye individuos con deformidades morfológicas pero que con validismo funcional. Múltiples son las causas conocidas que pueden provocar deficiencias motoras y de desplazamiento. Pueden depender de defectos congénitos, enfermedades o accidentes. Pueden modificarse en un sentido u otro, y también acompañarse de deficiencias del habla, auditivas; y de modificaciones morfológicas. Se clasifican como congénitas y/o adquiridas, estáticas y/o progresivas; y generalmente implican participación del sistema osteo-mio-articular y nervioso (central y periférico) (1, 30, 106).

#### **Discapacidades de las extremidades inferiores, tronco; cuello y cabeza**

Incluye la imposibilidad y/o limitación de movimiento, desplazamiento y deambulación por afectación de los miembros inferiores (total o parcial). Frecuentemente se asocian con



afectaciones de flexión, extensión y rotación del tronco, cuello y cabeza. Se incluyen las deficiencias músculo-esqueléticas que afectan la postura y el equilibrio corporal (56).

### **Discapacidades de las extremidades superiores**

Incluye la imposibilidad y/o limitaciones para el uso de brazos y manos por agenesia y/o amputación (parcial o total); y a aquellos con pérdida de funciones por cualquier causa que no puedan realizar actividades propias de la vida cotidiana. Excluye las deformidades corporales sin afectación de movimiento (142).

### **Discapacidades cognitivas**

Incluye la imposibilidad y/o limitaciones psicolingüísticas y del pensamiento lógico, y se relacionan con el desarrollo de habilidades intelectuales (atención – imitación – percepción – memoria, etc.), de desempeño y sociales. Se considera tienen dificultades en el desarrollo de la inteligencia verbal y matemática, pero con mantenimiento de la capacidad de desarrollo en otras áreas (artística - musical, etc.). Sus exponentes son el autismo, los Síndromes de Down y Asperger; y el retraso mental (5, 78).

## **• DISCAPACIDADES SENSORIALES**

### **Discapacidades visuales**

La discapacidad visual puede fluctuar desde una visión borrosa o nublada, hasta la ceguera total. Pueden ser congénitas y/o adquirida (90, 110).

### **Discapacidades auditivas**

Las discapacidades auditivas pueden fluctuar desde una ligera disminución de la audición, hasta la sordera total. Pueden ser

congénitas y/o adquiridas. Los afectados generalmente añaden dificultades en la comunicación (26, 69, 80).

## **Discapacidades para hablar**

Las discapacidades del habla, de modo variable afectan la articulación comprensible de las palabras; y por extensión, la relación y comunicación verbal. Muchos afectados no tienen problemas añadidos de comprensión ni razonamiento. Incluyen los trastornos de vocalización (tono – intensidad – timbre). Una de las frecuentes es la disfemia o tartamudez (22).

## **Discapacidades de la comunicación y comprensión del lenguaje**

Los trastornos del habla pueden afectar, pero no necesariamente la capacidad para relacionarse y comunicarse con otros; pero también puede asociarse a la dificultad en la comprensión (verbal o escrito). Las deficiencias intelectuales y auditivas, el autismo, las lesiones o tumores cerebrales, los accidentes cerebrovasculares y la demencia pueden originar trastornos del lenguaje y/o comprensión de este. Estas condiciones pueden aparecer en personas previamente normales. En niños pueden pasar desapercibidos durante tiempo indeterminado (122).

### **• DISCAPACIDADES INTELECTUALES**

#### **Retraso o deficiencia mental**

Las discapacidades intelectuales (retraso y/o deficiencia mental, y pérdida de memoria) representan una capacidad intelectual inferior al promedio habitual para la edad, grado de estudios y nivel sociocultural. Incluye las discapacidades conductuales, y la asociación de pérdida de memoria y depresión severa; y excluye el retraso mental y las deficiencias leves del aprendizaje (dislexia

[dificultad para leer] – disortografía [error de escritura que afecta la vocalización, pero no su trazado o grafía] - la disgrafía [dificultad para escribir]. Incluye las interpretaciones y respuestas inadecuadas a todo acontecimiento externo; trastornos y dificultades en la identificación de objetos y personas, incapacidad o deficiencias en la distinción de realidad y fantasía; y conductas inadecuadas en las interrelaciones con otros (psicopáticas – sociopáticas, etc.) (127, 137).

### **Discapacidades conductuales y otras mentales**

Son aquellas discapacidades que se manifiestan en el patrón conductual (comportamiento o manera de conducirse y/o relacionarse), y que afectan las actividades cotidianas y las relaciones interpersonales. Se catalogan como moderadas y/o severas (87, 111).

- **DISCAPACIDADES MIXTAS**

### **Discapacidades múltiples**

Se considera a aquellos con dos o más discapacidades simultáneas, incluyen las afectaciones combinadas de extremidades inferiores y superiores, y excluye las asociaciones auditivas y del habla (sordomudez); y la combinación de una discapacidad con una condición no incapacitante (43).

- **OTROS TIPOS DE DISCAPACIDADES**

Incluye malformaciones corporales (extremidades superiores, inferiores, tronco, cuello o cabeza), sin discapacidades motrices (ausencia o limitación severa de movimientos), deficiencias de los órganos internos con requerimientos de trasplantes o empleo continuo de aparatos, equipos o instrumentos por motivos de vitalidad). Incluye además enfermedades crónicas, degenerativas y progresivas que limiten las actividades habituales. Se excluyen

las discapacidades por carencia de alguna extremidad superior y/o inferior si se emplea prótesis, así como todas aquellas condiciones de salud que cursen sin afectación funcional (12, 118).

### **2.2.7 CLASIFICACIÓN DE LOS MODELOS DE DISCAPACIDADES**

En la actualidad, existen y se aplican tres modelos de clasificación complementarios entre sí; que son: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM-2) y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF).

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) – se emplea para la clasificación y codificación de las enfermedades, asignándoles un código y un título a cada entidad nosológica. Indica la etiología y el diagnóstico conclusivo en cada caso. Las discapacidades pueden depender o relacionarse con malformaciones, trastornos y/o enfermedades, categorizadas como:

- I / A00 a B99 – ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- V / F00 a F99 – trastornos mentales y del comportamiento
- VI / G00 a G99 – enfermedades del sistema nervioso
- VII / H00 a H59 – enfermedades del ojo y sus anexos
- VIII / H60 a H95 – enfermedades del oído y la apófisis mastoides
- XIII / M00 a M99 – enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo
- XVI / P00 a P96 – ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

- XVII / Q00 a Q99 - malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
- XIX / S00 a T98 – traumatismos, envenenamientos y consecuencias de causas externas
- XX / V01 a Y98 – causas externas de morbilidad y mortalidad. (89).

La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM -2) – posibilita ir más allá del diagnóstico, al clasificar las consecuencias de la entidad gnoseológica en el individuo y en su relación social. Cambia el esquema clásico de etiología → patología → manifestación, por el formato: enfermedad → deficiencia → discapacidad → minusvalía.

Redimensiona la conceptualización de las discapacidades, las personas discapacitadas y el rol del entorno físico y social en el proceso; partiendo de los conceptos siguientes:

- Enfermedad - situación intrínseca de tiempo – persona – lugar, referente a cualquier tipo de enfermedad, trastorno y/o accidente.
- Deficiencia - toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- Discapacidad - toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier sujeto similar (edad, género, etc.).
- Minusvalía - toda situación de desventaja para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores socioculturales).

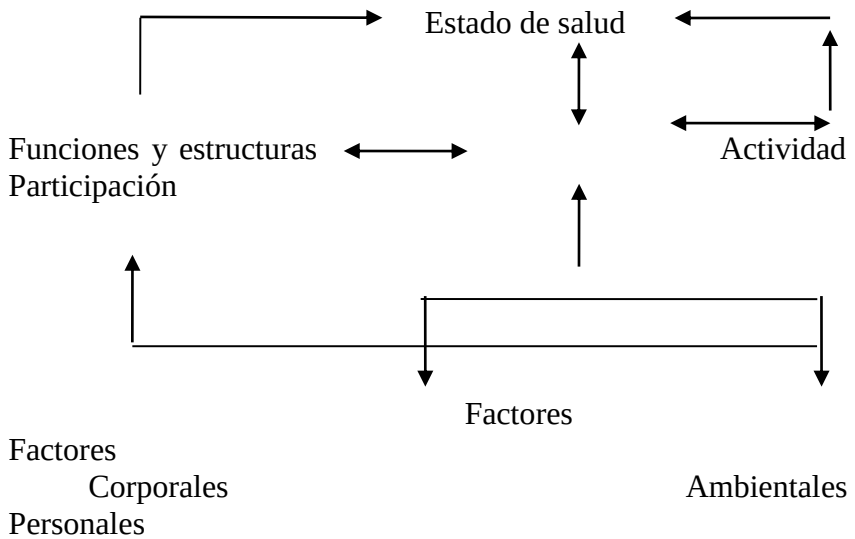
Según la intensidad, las clasifica como leves / moderadas / severas / totales.

Esta Clasificación modificó las orientaciones de la política social, la planificación y la gestión específica de gobiernos y organizaciones en relación al tema (86).

La Clasificación Internacional de Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) - constituye una nueva conceptualización y comprensión del funcionamiento, la discapacidad y la salud, incluyendo un lenguaje estandarizado para definir la salud y las dimensiones relacionadas con esta. Permite una evaluación multidisciplinar en medios clínicos, legales y de programas. Fue aprobada por la OMS en el año 2001.

Posee tres componentes esenciales clasificados por categorías jerárquicas, estructuradas en 4 niveles funcionales (de menos a más). Sus tres componentes esenciales son: funciones corporales (anatómicas – fisiológicas – psicológicas) / estructuras, actividad y participación, integrados bajo los conceptos de "funcionamiento" y "discapacidad" (deficiencias estructurales y/o funcionales = limitaciones); dependientes de la condición de salud y de la interacción con factores contextuales (desenvolvimiento personal y participación social = restricciones). La cuantificación de las categorías de los factores contextuales por medio de calificadores permite determinar en qué medida un factor actúa como barrera o facilitador (88).

## ESQUEMA DE INTERACCIÓN



Los componentes intervinientes son:

Funcionamiento y discapacidad

Funciones y estructuras corporales

Cambios en las funciones corporales (fisiológico)

Cambios en las estructuras corporales (anatómico)

Actividades y participación

Capacidad - ejecución de tareas en un entorno uniforme

Desempeño y realización - ejecución de tareas en el entorno real

## Factores contextuales

Factores ambientales - influencia externa sobre el funcionamiento y la discapacidad, cuyo constructo es el efecto facilitador o barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal.

Factores personales - influencia interna sobre el funcionamiento y la discapacidad, cuyo constructo es el impacto de los atributos de la persona.

| CLASIFICACIÓN                      | CIF                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Partes</b>                      | <b>Funcionamiento y discapacidad</b><br><b>Factores contextuales</b>                                                                                                        |
| <b>Componentes</b>                 | <b>Funciones y estructuras corporales</b><br><b>Actividades y participación</b><br><b>Factores ambientales</b><br><b>Factores personales</b>                                |
| <b>Constructos calificadores</b> y | <b>Cambios en funciones corporales</b><br><b>Cambios en estructuras corporales</b><br><b>Capacidad</b><br><b>Desempeño y realización</b><br><b>Facilitadores y barreras</b> |
| <b>Dominios categorías</b> y       | <b>Niveles de los ítems</b>                                                                                                                                                 |

Los ítems relacionados se integran en una visión de conjunto, en base a las siguientes conceptualizaciones:



**Funciones corporales** - refiere las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las psicológicas.

**Estructuras corporales** – refiere los componentes anatómicos corporales

**Deficiencias** - refiere los problemas en las funciones o estructuras corporales.

**Actividad** – señala el desempeño/realización de una tarea o acción por un sujeto dado.

**Limitaciones en la actividad** – señala las dificultades que puede tener un sujeto dado en el desempeño/realización de actividades.

**Participación** – refiere la acción de involucrarse en una situación vital.

**Restricciones en la participación** – señala los problemas que un sujeto dado puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

**Factores ambientales** - refiere el ambiente físico, social y actitudinal en que un sujeto dado vive su vida.

**Funcionamiento** - refiere todas las funciones corporales, actividades y participación de un sujeto dado en su vida.

**Discapacidad** – indica las deficiencias, limitaciones y restricciones de un sujeto dado en actividades y participación.

**Dominio** – señala el conjunto de acciones, funciones fisiológicas, estructuras anatómicas, tareas o áreas vitales interrelacionadas.

**Constructo** – señala el conjunto de calificadores empleados para describir y/o modificar cada uno de los componentes de clasificación.

Calificador – estaría formado por los elementos de un constructo para cada componente, y que permite la descripción y/o modificación de los ítems intervinientes con escalas evaluativas positivas o negativas.

Se considera que desde su aprobación por la OMS en el año 2001, la CIF ha proporcionado una sólida base científica y un lenguaje idóneo para la evaluación de los estados funcionales y los estados de salud; ha redimensionado la información estadística y epidemiológica relativa a las discapacidades, por el empleo de una codificación sistemática aplicada.

Adicionalmente ha permitido estandarizar la evaluación clínica, facilitado los enfoques y manejo de condiciones específicas; ha propulsado las investigaciones científicas sobre bases extrapolables, y ha facilitado los diseños de las políticas sociales (programas / implementación – generalización – estandarización) / seguridad social / compensación, etc.) (Ídem)

## **2.2.8 LAS DISCAPACIDADES EN LA REPÚBLICA DEL ECUADOR**

La Asamblea Nacional de la República, promulgó con fecha 25 de septiembre del 2012 y Registro Oficial 796, la Ley Orgánica de Discapacidades, sustentado por la Constitución de la República en su 2<sup>do</sup> numeral del artículo 11 (nadie podrá ser discriminado por motivos de discapacidad y el Estado promoverá la igualdad real a aquellos que se encuentren en situación de desigualdad); el artículo 47 (el Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social, reconociendo todos los derechos inherentes), y el artículo 48 (el Estado adoptará medidas que aseguren la

inclusión social, la obtención de créditos y la garantía del ejercicio de plenos derechos de las personas con discapacidad),

## **2.2.9 ENFERMERÍA Y DISCAPACIDADES**

Las discapacidades son una patología muy frecuente en todo el mundo, sin embargo, en general, sólo algunos de los países más desarrollados cuentan con estudios rigurosos. En las estadísticas que recogen los datos encontramos una gran disparidad en cuanto a su incidencia y prevalencia, ya que la definición de los conceptos es diferente en la mayor parte de ellas. La preocupación acerca de las discapacidades va creciendo día a día gracias a la labor de distintos organismos que trabajan por la integración e igualdad de las personas discapacitadas, y que buscan concienciar a la población de la importancia del problema. Si no conocemos el estado actual del tema no podremos ponernos en marcha para intentar disminuir la incidencia o mejorar sus condiciones de vida.

El artículo 6 de la Ley del Sistema Nacional de Salud de la República del Ecuador, legisló un modelo asistencial integral e intercultural, familiar y comunitario; es decir, de atención primaria de salud (APS); reflejando la voluntad política y social de la Revolución Ciudadana, basada en la aplicación de los resultados científicos de las investigaciones biomédicas y sociales; así como en la experiencia gerencial en la Salud Pública (35).

La Organización Mundial de la Salud define la APS como “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y

el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (95).

Este modelo de atención requiere para la obtención de resultados de excelencia de cambios cualitativos y cuantitativos, entre ellos:

- El objetivo es la atención del individuo, las familias, la comunidad y el entorno natural.
- Definición de bases geográfico-poblacionales para la atención en Salud.
- Diseño de servicios de atención básica y de especialidades (en función de accesibilidad y capacidad resolutive)
- Diseño de un sistema articulado de promoción, prevención y rehabilitación en los diferentes niveles.
- Capacitación de los recursos humanos en atención primaria de salud en pre y postgrado.
- Reorganización y redistribución de los recursos humanos según las necesidades del modelo. (Equipo Básico de Salud).
- Rediseño de los Programas Nacionales, integrándolos, y superando las limitaciones del enfoque vertical.
- Garantizar los recursos económicos y materiales necesarios para el óptimo funcionamiento del Sistema.
- Control y supervisión de la integración y la intersectorialidad en la planificación y desarrollo del Programa Nacional de Salud (50, 70).

- Las limitaciones reconocidas para ello son varias, y entre ellas se encuentran:
  - La fragmentación del Sistema Sanitario Nacional.
  - El centralismo en la toma de decisiones.
  - La insuficiente cobertura asistencial.
  - La existencia de brechas e inseguridades asistenciales.
  - Falencias de acreditación en las instituciones prestadoras.
  - Inadecuada competencia y desempeño de los recursos humanos.
    - Inadecuada distribución de los recursos humanos y materiales.
    - Indicadores epidemiológicos insatisfactorios.
    - Escasa participación social en salud (124).

El Ministerio de Salud Pública es responsable del Programa y Registro Nacional de Personas con Discapacidad y con Deficiencia o Condición Discapacitante, pero su prevalencia es variable según características poblacionales y geográficas.

Este Programa requiere de longitudinalidad en la relación profesional (médicos / enfermeras / rehabilitadores / psicólogos / trabajadores sociales) usuarios, y de continuidad asistencial; lo que significa para Enfermería.

- Actualización y capacitación permanente sobre las discapacidades y su control.
- Actualización permanente de los registros e información de los discapacitados y sus familias.
- Actualización permanente de la información clínico epidemiológica.

- Prestación asistencial las 24 horas del día, durante los 365 días del año.
- Control de la vacunación, nutrición e higiene de los discapacitados.
- Control de la adherencia terapéutica en los tratamientos prescritos.
- Prevención y control de complicaciones.
- Potenciar la comunicación, la promoción y la capacitación de los discapacitados y sus familias.
- Fomentar y potenciar la responsabilidad y autorresponsabilidad, así como la capacidad para la toma informada de decisiones.
- Identificación de factores de riesgo, y de la problemática individual y familiar.
- Capacitación comunitaria sobre las discapacidades, y el compromiso social para con esta población.
- Disponibilidad de tiempo para el desarrollo y cumplimiento de las actividades (107).

Tomando en consideración todos los elementos antes expuestos, elaboramos una propuesta de intervención de Enfermería para mejorar la calidad de la prestación.

## **2.3 FUNDAMENTACION CONCEPTUAL**

### **Discapacidad. Etimología**

La palabra está formada por raíces latinas, y sus componentes léxicos son: prefijo DIS (divergencia – separación) + CAPERE (agarrar – tomar – recoger) + sufijo DAD (cualidad) (41).

### **Discapacidad. Sinonimia.**

Como sinónimos se emplean los siguientes: incapacidad - invalidez - inhabilidad - minusvalía - imposibilidad - inutilidad - hándicap – impedimento – insuficiencia – ineptitud – descalificación – inutilidad – torpeza – impericia (40).

Uno de los problemas vigentes en el mundo, lo constituyen las diferencias semánticas relacionadas con múltiples aspectos de la vida cotidiana; y las conceptualizaciones de estas, de la que no escapan la discapacidad; la calidad de vida (CV) y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) (119, 133).

La concomitancia de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 10), con la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM - 2) y la Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad (CIF); en la práctica diaria representan obstáculos dimensionales y operacionales, consecuencia de diferentes interpretaciones, enfoques y manejos (86, 88, 89).

La CIE – 10 debe solo referenciar al componente etiológico y/o diagnóstico, la CIDDDM-2 a la clasificación de los estados funcionales asociados con estados de salud; y la CIF a la clasificación de las consecuencias de enfermedades y de los

componentes de salud. En realidad CIF de hecho y derecho, es una optimización de CIDDm.

**La conceptualización aceptada por la OMS es la siguiente:**

**Discapacidad** es toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad dada; en la forma o dentro del margen considerado como normal para cualquier persona, de modo temporal o permanente; con carácter reversible o irreversible, y de forma progresiva o regresiva; e indica la consecuencia de una deficiencia en la persona afecta por restricciones en el tipo o cantidad de actividades que puede realizar debido a dificultades dependientes de una condición física o mental permanente o mayor a seis meses (91).

**Deficiencia** es la pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica; de modo temporal y/o permanente; y representan una desviación de la norma generalmente aceptada en relación al estado biomédico del cuerpo y sus funciones. Se definen como temporales o permanentes, progresivas, regresivas o estáticas; intermitentes o continuas. En relación a la intensidad pueden ser leves, moderadas; severas y muy severas. No se les reconoce relación causal con la etiología ni la forma de desarrollo. La causa no necesariamente implica causa, pero ésta no tiene por qué explicar la deficiencia resultante. Son parte o expresión del estado de salud, pero no necesariamente implican una enfermedad o que el deficiente deba ser considerado como enfermo. Adicionalmente una deficiencia puede generar otra deficiencia. Se clasifican en categorías con criterios bien definidos (pérdida – ausencia – reducción - aumento - exceso - desviación.), y se gradúan según la severidad (Ídem).

**Minusvalía** - es toda situación desventajosa, resultante de una deficiencia o discapacidad; que lo limita o impide para el



desempeño de determinados roles, en función de la edad; genero, factores sociales y culturales (Ibídem)

La constitución de la OMS de 1948 define la salud como:

Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

Dentro del contexto de la promoción de la salud, ésta ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.

La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

**Referencia: Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986.**

De acuerdo con el concepto de la salud como derecho humano fundamental, la Carta de Ottawa destaca determinados prerequisites para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. El reconocimiento de estos prerequisites pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. Estos vínculos constituyen la clave para una comprensión holística de la salud que es primordial en la definición de la promoción de la salud.

Hoy en día, la dimensión espiritual de la salud goza de un reconocimiento cada vez mayor. La OMS considera que la salud es un derecho humano fundamental y, en consecuencia, todas las personas deben tener acceso a los recursos sanitarios básicos.

Una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo.

## **2.4 FUNDAMENTACION LEGAL**

### **Fines de la Ley Orgánica de Discapacidades**

Establecer el sistema nacional descentralizado y/o desconcentrado de protección integral de discapacidades.

Promover e impulsar un subsistema de promoción, prevención, detección oportuna, habilitación, rehabilitación integral y atención permanente de las personas con discapacidad a través de servicios de calidad.

Procurar el cumplimiento de mecanismos de exigibilidad, protección y restitución, que puedan permitir eliminar, entre otras, las barreras físicas, actitudinales, sociales y comunicacionales, a que se enfrentan las personas con discapacidad.

Eliminar toda forma de abandono, discriminación, odio, explotación, violencia y abuso de autoridad por razones de discapacidad y sancionar a quien incurriere en estas acciones.

Promover la corresponsabilidad y participación de la familia, la sociedad y las instituciones públicas, semipúblicas y privadas para lograr la inclusión social de las personas con discapacidad y el pleno ejercicio de sus derechos.

Garantizar y promover la participación e inclusión plenas y efectivas de las personas con discapacidad en los ámbitos públicos y privados (7, 8).

**Artículo 8** – crea el Subsistema Nacional para la Calificación de la Discapacidad, con pertinentes procedimientos e instrumentos técnicos.

**Artículo 9** - condiciona al Sistema Nacional de Salud a realizar la calificación de discapacidades y la capacitación continua de los equipos calificadores que ejercerán sus funciones en el área de su especialidad.

**Artículo 10** - podrá anularse o rectificarse una calificación de discapacidad, sin perjuicio de las responsabilidades civiles y penales correspondientes.

**Artículo 12** - La cédula de ciudadanía acreditará la calificación y el registro de las personas con deficiencia o condición discapacitante.

**Artículo 13** - La autoridad sanitaria nacional será la responsable de llevar el Programa y Registro Nacional de Personas con Discapacidad y con Deficiencia o Condición Discapacitante,

**Artículo 14** – Existirá una interconexión de las bases de datos de los organismos de la administración pública y las instituciones privadas imbricadas.

**Artículo 15** - Las instituciones de salud pública y privada, están obligadas a reportar al Ministerio de Salud Pública y al Consejo Nacional de Discapacidades, las altas y bajas de personas con discapacidades (9).

- **Derechos establecidos**

- A los reconocidos en la Constitución de la República, así como en los tratados e instrumentos internacionales aplicables a las personas con discapacidad o condiciones discapacitantes; y a la eliminación de las situaciones de desigualdad.
- El Sistema Nacional de Salud garantizará a las personas con discapacidad el derecho a la salud (promoción – prevención – atención especializada - habilitación y rehabilitación funcional e integral) en las entidades públicas y privadas; con enfoque de género, generacional e intercultural, implementará programas de soporte psicológico; desarrollará y ejecutará un Programa de Genética Humana con enfoque de prevención, contará con la disponibilidad y distribución de los medicamentos e insumos gratuitos, para las personas beneficiarias e implementará un sistema de información continuo y educativo sobre discapacidades y salud.
- El Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS) coordinará la promoción, difusión, asesoría técnica y los recursos destinados a la atención de personas con discapacidad en materia de educación, trabajo, transporte y comunicación con criterios de equidad de género.
- El Sistema Nacional de Educación y Educación Superior garantizará la educación, formación y/o capacitación (especializada o regular) de los beneficiarios, implementando la inclusión según requerimientos; luego de la valoración multidisciplinaria y según necesidades específicas; con los mecanismos, medios, formas e instrumentos de comunicación pertinentes.

- El Ministerio de Relaciones Laborales garantizará el derecho a un trabajo remunerado en condiciones de igualdad tanto en los sectores público como privado; que estarán obligados un mínimo de cuatro por ciento (4%) de personas con discapacidad en labores apropiadas en relación con sus conocimientos, condiciones físicas y aptitudes individuales, con equidad de género; garantizando adicionalmente el derecho a permisos para tratamiento y rehabilitación, de acuerdo a la prescripción médica debidamente certificada.
- El Estado garantizará la protección y promoción social encaminada a procurar el máximo desarrollo de la personalidad, el fomento de la autonomía y la disminución de la dependencia.
- El Estado garantizará la accesibilidad a la afiliación voluntaria al IESS, el derecho a pensiones por discapacidad sin requisitos mínimos; y a jubilaciones especiales.
- El Estado garantizará el derecho a una vivienda digna y adecuada a sus necesidades, con las facilidades de acceso y condiciones, que les permita el mayor grado de autonomía; así como la accesibilidad y utilización de bienes y servicios sociales, eliminando las barreras que impidan o dificulten el normal desenvolvimiento e integración social.
- El Estado garantizará el derecho al acceso y utilización del transporte público y privado (terrestre – marítimo – aéreo) libres de barreras y obstáculos; con tarifas preferenciales (50%), al igual que en los espectáculos públicos (culturales – deportivos – recreativos).

- El Estado promocionará la accesibilidad a los medios masivos de comunicación, con el uso de los recursos técnicos y tecnológicos requeridos para su inclusión y participación.
- El Estado garantizará el acceso, participación y disfrute de las actividades culturales, recreativas; artísticas y de esparcimiento, así como la práctica deportiva; apoyando y fomentando la participación según habilidades, aptitudes y potenciales; implementando mecanismos de accesibilidad y ayudas técnicas, humanas y financieras.
- El Estado garantizará precios preferenciales en las importaciones de bienes, servicio de agua potable y alcantarillado; energía eléctrica, telefonía móvil e internet fijo de banda ancha, impuestos prediales e impuestos a la renta; así como la excepción del pago por servicios notariales, consulares, registro civil y obtención de pasaporte. Asimismo se contemplará Reintegrado del impuesto al valor agregado el reintegro del valor agregado por adquisición de bienes y servicios de uso y consumo personal.
- La Agencia Nacional de Turismo garantizará la accesibilidad a las ofertas, brindando atención prioritaria, servicios con diseño universal, transporte accesible y servicios adaptados según requerimientos.
- La Defensoría del Pueblo supervisará y controlará el cumplimiento de los derechos de los beneficiarios, dictando medidas de protección de cumplimiento obligatorio; y sancionando su inobservancia, y solicitando a las autoridades competentes que juzguen y sancionen las infracciones (36).

## **2.5 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN**

La población con discapacidad de 0 a 14 años constituyen entre el 20 a 25 % del total registrado en la ciudad de Babahoyo; durante el año 2013.

## **2.6 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN**

### **VARIABLE INDEPENDIENTE**

Caracterización clínico epidemiológica de la población infantil de 0 a 14 años con diagnóstico de discapacidades.

### **VARIABLE INDEPENDIENTE**

Diseño de una propuesta de enfermería para su atención integral.

### **VARIABLES INTERVINIENTES**

- Edad
- Sexo
- Raza
- Procedencia
- Antecedentes patológicos familiares
- Antecedentes patológicos personales

### **3. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **3.1. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO**

La investigación se realizó en la ciudad de Babahoyo, provincia de Los Ríos, República del Ecuador. Su latitud es 1° 49' 0" S, y su longitud 79° 31' 0" O; su superficie es de 1076 km<sup>2</sup>, tiene aproximadamente 153,776 habitantes y una densidad poblacional de 142,91 habitantes / km<sup>2</sup>. Su economía es clasificable como mixta (agro ganadera e industrial).

El Programa y Registro Nacional de Personas con Discapacidad y con Deficiencia o Condición Discapacitante, es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, pero su prevalencia es variable según características poblacionales y geográficas.

Por ello realizamos una investigación exploratoria; descriptiva y transversal, con diseño no experimental; que nos permitió identificar y caracterizar a los discapacitados de 0 a 14 años en la ciudad de Babahoyo, asistidos durante el año 2013; y elaborar una propuesta de intervención de Enfermería para mejorar la calidad de la prestación.

#### **3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Exploratoria, descriptiva y transversal

#### **3.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación se inició realizando un levantamiento de datos de todos los discapacitados de 0 a 14 años, registrados en el Programa de Personas con Discapacidad y con Deficiencia o Condición Discapacitante; asistidos en los 12 Centros de Salud,



del territorio durante el periodo de tiempo determinado al efecto. Posteriormente se procedió a la revisión de la documentación individual (historias clínicas – investigaciones - evaluaciones especializadas – informes, etc.), y a la confección del Anexo I (Planilla de recolección de datos).

En la medida en que se fue generando información en base a las variables diseñadas, se asentó en una base de datos EXCEL que funcionó como soporte informático; finalmente se consolidó, y se procesó por métodos de estadística descriptiva elaborándose los resultados y conclusiones.

Se consideraron los principios éticos que rigen la investigación con seres humanos, la deontología médica; y las leyes de la República del Ecuador.

### **3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

No experimental

### **3.5 RECURSOS EMPLEADOS**

#### **3.5.1 HUMANOS**

Maestrante

Autor

#### **3.5.2 FÍSICOS**

Registro oficial de las personas con discapacidad

Historias clínicas de las personas con discapacidad de 0 a 14 años

Hojas A4, para confección del Anexo I.  
Base de datos EXCEL.  
Computadora – Impresora – Scaneadora HP.  
Bolígrafos

### **3.6. UNIVERSO Y MUESTRA**

#### **3.6.1 UNIVERSO**

El universo estará constituido por 184 niños de 0 a 14 años de la ciudad de Babahoyo, Provincia Los Ríos.

#### **3.6.2 MUESTRA**

La muestra será igual al universo de estudio, considerando los criterios de inclusión y exclusión.

### **3.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Niños de 0 a 14 años.
- Niños de ambos sexos
- Niños residentes en la ciudad de Babahoyo
- Niños con diagnóstico de discapacidad.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Edad superior a 14 años, 11 meses y 29 días al momento de la inclusión.
- No residir en la ciudad de Babahoyo.
- Diagnósticos no compatibles con discapacidad.

### **3.8. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación se inicia con el levantamiento de la información de la población de personas con discapacidad de 0 a 14 años, registrados en el Programa de Personas con Discapacidad y asistidos en los 12 Centros de Salud del territorio durante el periodo de tiempo determinado al efecto.

Se realizó una investigación exploratoria, descriptiva y transversal; con diseño no experimental, con el objetivo de identificar y caracterizar clínico epidemiológicamente a los discapacitados de 0 a 14 años asistidos entre el 1<sup>ro</sup> de enero y el 31 de diciembre del 2013 en la ciudad de Babahoyo; y diseñar una propuesta de intervención de Enfermería. El número de discapacitados asistidos, en el periodo estudiado fue de 184; 113 de sexo masculino (61,41 %) y 71 pertenecientes al femenino (38,59 %).

### **3.9 RESULTADOS Y ANALISIS**

#### **Identificación y caracterización de los niños de 0 a 14 años de edad con discapacidades en la ciudad de Babahoyo**

El número total de discapacitados de 1 a 14 años es de 184, que representan el 9,33% del total absoluto de discapacitados registrados por el Programa. Todos reciben asistencia en los 16 Centros del MSP en el Área de Babahoyo, y se desglosan en 113 de sexo masculino (61,41 %) y 71 del femenino (38,59 %). La relación entre ambos géneros es de 1,5/1. La mayor prevalencia en ambos sexos se corresponde con el subgrupo etario de 10 a 14 años, 58 varones (31,52%) y 41 hembras (22,28 %).

La identificación racial realizada por los padres y/o tutores, definió al 91,3 % como mestizos, al 3,8 % como indígenas; al 3,26 % como blancos y al 1,63 % como afro ecuatorianos.

La procedencia evidenció predominio rural con un 50,54 %, seguida del área periurbana con 25,54 % y con menor presencia la urbana, con un 23,91 %. Los antecedentes de discapacidades en las líneas de progenie, identifican un 15,22 % en línea materna; y un 6,52 % en la paterna.

En base a la anamnesis y la revisión de las historias clínicas individuales, se identifican causales prenatales en 112 niños (60,87 %); perinatales en 31 (16,84 %), y postnatales en 41 (22,28 %). Ver tabla 1 y Grafico I.

La ausencia de discapacitados en menores de 1 año, es una resultante lógica del momento del diagnóstico, ya que generalmente las expresiones clínicas son dependientes del desarrollo psico motor y la incorporación de las habilidades inherentes al momento cronológico, las evaluaciones iniciales; la realización – evaluación de exámenes y la derivación a consultas especializadas.

# IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LOS NIÑOS CON DISCAPACIDADES DE BABAHOYO

| INDICADORES      | GRUPOS ETAREOS |            |            |              | TOTALES | %     |
|------------------|----------------|------------|------------|--------------|---------|-------|
|                  | < 1 año        | 1 a 4 años | 5 a 9 años | 10 a 14 años |         |       |
| SEXO             |                |            |            |              |         |       |
| MASCULINO        | 0              | 19         | 36         | 58           | 113     | 61,41 |
| FEMENINO         | 0              | 9          | 21         | 41           | 71      | 38,59 |
| RAZA             |                |            |            |              |         |       |
| BLANCA           | 0              | 1          | 3          | 2            | 6       | 3,26  |
| AFROECUATORIANA  | 0              | 1          | 1          | 1            | 3       | 1,63  |
| MESTIZA          | 0              | 28         | 49         | 91           | 168     | 91,3  |
| INDIGENA         | 0              | 1          | 2          | 4            | 7       | 3,8   |
| OTRAS            | 0              | 0          | 0          | 0            | 0       | 0     |
| PROCEDENCIA      |                |            |            |              |         |       |
| URBANA           | 0              | 6          | 15         | 23           | 44      | 23,91 |
| PERIURBANA       | 0              | 4          | 18         | 25           | 47      | 25,54 |
| RURAL            | 0              | 18         | 24         | 51           | 93      | 50,54 |
| APF POSITIVOS    |                |            |            |              |         |       |
| EN LÍNEA PATERNA | 0              | 3          | 4          | 5            | 12      | 6,52  |
| EN LÍNEA MATERNA | 0              | 5          | 10         | 13           | 28      | 15,22 |
| APP POSITIVOS    |                |            |            |              |         |       |
| PRENATALES       | 0              | 16         | 37         | 59           | 112     | 60,87 |
| PERINATALES      | 0              | 7          | 8          | 16           | 31      | 16,84 |
| POSTNATALES      | 0              | 5          | 12         | 24           | 41      | 22,28 |

Tabla 1. Identificación y caracterización de los niños con discapacidades de Babahoyo.

Fuente: Registros del Programa y planillas de recolección de datos.

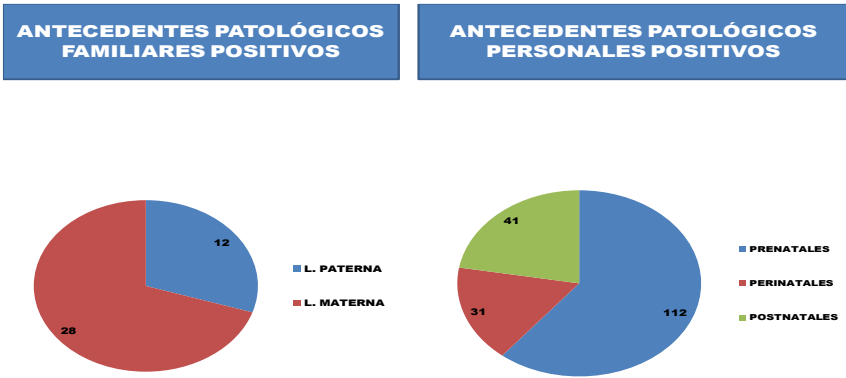
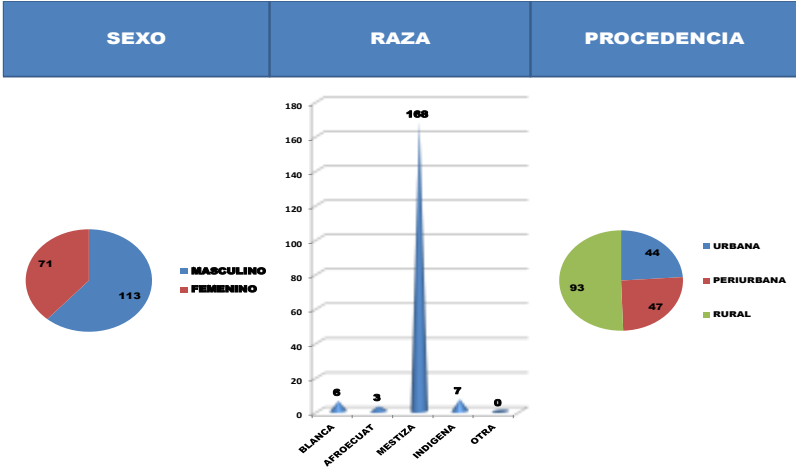


Grafico I. Identificación y caracterización de los niños con discapacidades de Babahoyo.

Fuente: Registros del Programa y planillas de recolección de datos.

### 3.10 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Múltiples son las investigaciones realizadas sobre discapacidades y/o discapacitados, y extremadamente diferentes son los diseños, las muestras estudiadas; los tiempos de estudio y los enfoques (epidemiológicos / clínicos / genéticos / educacionales / psicológicos / sociales, etc.), haciéndose difícil las contrastaciones y comparaciones. Por ello, solamente señalaremos los resultados de algunos estudios, evidenciándose en ellos similitudes y diferencias con los nuestros.

Un equipo de trabajo ecuatoriano - cubano (Misión Solidaria “Manuela Espejo”), entre junio de 2009 y diciembre de 2010; estudio a la totalidad de personas con discapacidad en el país. La identificación resultó en 210,541 discapacidades generales, y en 68,687 discapacidades intelectuales.

Se determinó que un 74,5 % de las discapacidades mayores tenían **causales postnatales**, y un 22,59% **prenatales**; en tanto que para las **discapacidades intelectuales** un 5,08% tienen etiología indeterminada; un 12,65 % causas prenatales inespecíficas, un 6,61 % causas **prenatales ambientales**; un 28,45 % causas **prenatales genéticas**, un 33,82 % causas perinatales; un 11,88% postnatales y un 1,48 % dependiente de eventos psicóticos (34, 66, 112).

Taboada y Minaya en Bolivia con un universo de 82,087 discapacitados, encontraron predominios en referencia a sexo (masculino 50,24% / femenino 49,76%); y en causas (post natales 63,3%, / prenatales 24%) (126).

Massé y Rodríguez refieren la existencia de 2.176.123 discapacitados en Argentina, con positividad en los antecedentes familiares en 1.588.996 (77).

La OPS señaló en el año 2010, que la prevalencia de las discapacidades según raza; era de 13,5% más en población afro

norteamericana, de 13,1% en blancos; y de 8,1% en hispano parlantes (97).

Moreno señala en Colombia, que un 6,4% de la población total tiene una discapacidad permanente, y que la prevalencia infanto juvenil aproximada es de 500,000 (20% de la población total) (81).

Bermúdez y Navas en estudio realizado en el Municipio de Santa Clara, Cuba; identificó 4,010 discapacitados de 0 a 14 años (7 % de la población), señalando causalidad post natal entre el 10 y el 20 % de estos. También en Cuba, Cobas y colaboradores; identificaron 140,000 discapacitados intelectuales (tasa de 1,25/100 (18, 32).

Oliván en estudio con 62 niños discapacitados y maltratados, de Aragón, España; encontraron predominio del subgrupo de 0-5 años (43,5%); y una relación masculino/femenino de 1,36:1 (84)

Atendiendo a la tipología de las discapacidades y basándonos en las conclusiones diagnósticas, encontramos en orden decreciente: 98 de tipo intelectual (53,26 %), 57.

- De tipo físico (30,58 %); 15
- De tipo auditiva (8,15%),
- 9 con trastornos del lenguaje y/o comunicación (4,89 %)
- Con discapacidad de tipo visual (2,72 %).

Es significativa la ausencia de casos con discapacidad mental pura y mixta (0 %). En relación al grado de severidad encontramos 70 integrantes de la muestra, **calificados como graves** (38,04 %); **68 como moderados** (36,96 %), 37 como **muy graves** (20,11 %), y 9 **como severos** (4,89 %)



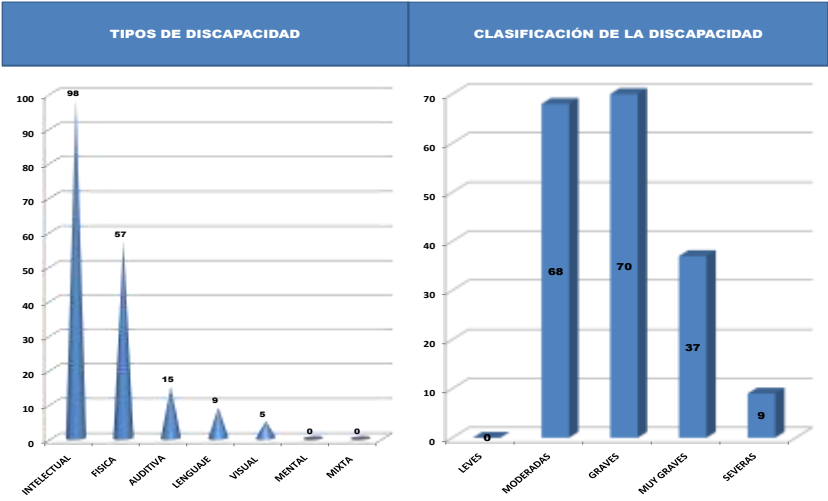
También destaca la ausencia de casos leves (0 %). Ver Tabla 2 y Grafico II.

| DEFINICIÓN DE LAS DISCAPACIDADES EN LOS NIÑOS DE BABAHoyo |                |              |               |               |         |       |
|-----------------------------------------------------------|----------------|--------------|---------------|---------------|---------|-------|
| INDICADORES                                               | GRUPOS ETAREOS |              |               |               | TOTALES | %     |
|                                                           | < 11 años      | 11 a 45 años | 45 a 910 años | 910 a 14 años |         |       |
| DISCAPACIDAD                                              |                |              |               |               |         |       |
| AUDITIVA                                                  | 0              | 2            | 4             | 9             | 15      | 8,15  |
| FÍSICA                                                    | 0              | 16           | 17            | 24            | 57      | 30,98 |
| INTELECTUAL                                               | 0              | 9            | 29            | 60            | 98      | 53,26 |
| LENGUAJE                                                  | 0              | 0            | 5             | 4             | 9       | 4,89  |
| MENTAL                                                    | 0              | 0            | 0             | 0             | 0       | 0     |
| VISUAL                                                    | 0              | 1            | 2             | 2             | 5       | 2,72  |
| MIXTA                                                     | 0              | 0            | 0             | 0             | 0       | 0     |
| CALIFICACIÓN                                              |                |              |               |               |         |       |
| LEVE                                                      | 0              | 0            | 0             | 0             | 0       | 0     |
| MODERADA                                                  | 0              | 8            | 22            | 38            | 36,96   | 68    |
| GRAVE                                                     | 0              | 7            | 21            | 42            | 38,04   | 70    |
| MUY GRAVE                                                 | 0              | 8            | 13            | 16            | 20,11   | 37    |
| SEVERA                                                    | 0              | 5            | 1             | 3             | 4,89    | 9     |

Tabla 2. Definición de las discapacidades de los niños de 0 a 14 años.

Fuente: Registros del Programa, historias clínicas y planillas de recolección de datos.

Grafico II. Definición de las discapacidades de los niños de 0 a 14 años



Fuente: Registros del Programa, historias clínicas y planillas de recolección de datos.

La atención de estos niños y niñas se realiza primariamente en los 16 Centros del MSP en el Área de Babahoyo, correspondiendo el mayor número a los Centro de Salud “Enrique Ponce” (32 – 17,39 %), “Mata de Cacao” (22 – 11,96 %) y “Pimocha (16 – 8,7 %), y los menores a “24 de Mayo” y “Montalvo” respectivamente (3 – 1,63 %).

Debemos significar que en todos los Centros existe presencia de discapacitados de 1 a 14 años, y en relación a la severidad; los moderados corresponden al Centro “Mata de Cacao” con 11, los graves y muy al Centro “Enrique Ponce” con 12 y 13 respectivamente; y los severos al Centro “4 de Mayo” con 2. Ver Tabla 3 y Grafico III.

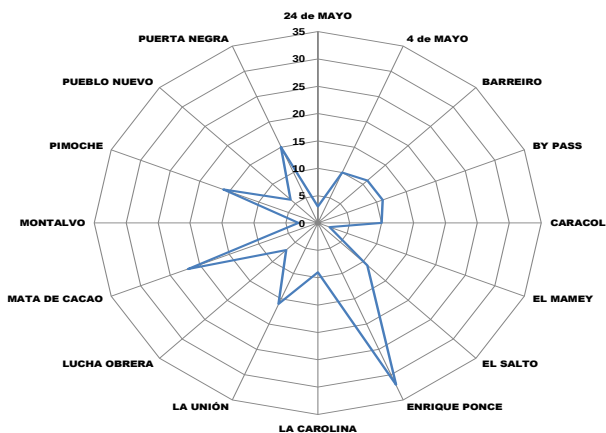
**Tabla 3.** Clasificación de los discapacitados y distribución según Centros asistenciales

| CLASIFICACION DE LOS DISCAPACITADOS Y DISTRIBUCIÓN SEGÚN CENTROS DE ASISTENCIA |                                             |          |       |           |        |            |     |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------|-------|-----------|--------|------------|-----|
| CENTRO ASISTENCIAL                                                             | CLASIFICACION CLÍNICA DE LAS DISCAPACIDADES |          |       |           |        |            | %   |
|                                                                                | LEV E                                       | MODERADO | GRAVE | MUY GRAVE | SEVERO | SUBTOTALES |     |
| 24 de Mayo                                                                     | 0                                           | 0        | 0     | 2         | 1      | 3          | 1,6 |
| 4 de Mayo                                                                      | 0                                           | 2        | 6     | 0         | 2      | 10         | 3   |
| Barreiro                                                                       | 0                                           | 10       | 1     | 0         | 0      | 11         | 5,9 |
| By Pass                                                                        | 0                                           | 4        | 5     | 2         | 0      | 11         | 8   |
| Caracol                                                                        | 0                                           | 5        | 3     | 1         | 1      | 10         | 5,4 |
| El Mamey                                                                       | 0                                           | 0        | 1     | 1         | 0      | 2          | 3   |
| El Salto                                                                       | 0                                           | 5        | 4     | 2         | 0      | 11         | 1,0 |
| Enrique Ponce                                                                  | 0                                           | 7        | 12    | 13        | 0      | 32         | 9   |
| La Carolina                                                                    | 0                                           | 2        | 6     | 0         | 1      | 9          | 5,9 |
| La Unión                                                                       | 0                                           | 7        | 6     | 3         | 0      | 16         | 8   |
| Lucha Obrera                                                                   | 0                                           | 5        | 0     | 1         | 1      | 7          | 17, |
| Mata de Cacao                                                                  | 0                                           | 11       | 6     | 4         | 1      | 22         | 39  |
| Montalvo                                                                       | 0                                           | 1        | 2     | 0         | 0      | 3          | 4,8 |
| Pimocha                                                                        | 0                                           | 4        | 8     | 3         | 1      | 16         | 9   |
| Pueblo Nuevo                                                                   | 0                                           | 2        | 2     | 2         | 0      | 6          | 8,7 |
| Puerta Negra                                                                   | 0                                           | 3        | 8     | 3         | 1      | 15         | 3,2 |
| TOTALES                                                                        | 0                                           | 68       | 70    | 37        | 9      | 184        | 6   |

**Fuente:** Registros del Programa, historias clínicas y planillas de recolección de datos

**Grafico III.** Distribución de los discapacitados según Centros asistenciales

## DISTRIBUCIÓN DE LAS DISCAPACIDADES SEGÚN CENTROS ASISTENCIALES



**Fuente:** registros del Programa, historias clínicas y planillas de recolección de datos

El equipo de trabajo de la Misión “Manuela Espejo” ya mencionado, identificó tipológicamente 102,637 personas con discapacidad físico-motora (48,74%); 32,256 personas con discapacidad auditiva (15,32 %), 25,470 personas con discapacidad visual (12,09 %); 11, 916 personas con discapacidad mental (5,65 %), 2,183 personas con discapacidad visceral (1,03 %); y 36,079 personas con discapacidad múltiple o mixta (17,13 %). Se consideraron causales postnatales en 74,5 %, y prenatales en el 22,59% (34, 66, 112)

Los también ya citados Taboada y Minaya, identificaron 27,938 discapacitados físico motores (34.03%); 18,429 con discapacidad intelectual (22.45%), 13,125 con discapacidad auditiva

(15.99%); 9,375 de discapacidad visual (11.42%), 3,212 con discapacidad mental (3.91%); 133 con discapacidad visceral

(0.16%) y 9,875 con discapacidad múltiple o mixta (12.03%) (126).

Córdoba, Gómez y Verdugo señalan en Cali, Colombia; un 29.9% de discapacidades intelectuales, un 23.9% con discapacidades sensoriales (auditivas y visuales); un 15.6% con discapacidades físico motoras, un 13.0% con discapacidades de aprendizaje; un 10.8% con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y un 6.8% con deficiencias múltiples (38).

Rodríguez en Santiago de Cuba con una muestra de 311 discapacitados de 0-14 años, identifico 168 con retraso mental; 35 con trastornos de la comunicación, 56 con enfermedades crónicas, 29 con deficiencias físico motoras; y también 29 con trastornos sensoriales (114).

El estudio de Massé y Rodríguez sobre la discapacidad en Argentina, los identifica en base al número de discapacidades incidentes por individuo. Señalan en 73.9% con una sola discapacidad, 20.2 % con dos; 5.9 % con tres o más. Indican con discapacidad única un 32% de discapacidad físico motora, un 14% con discapacidad visual; un 12% con discapacidad auditiva, un 12% con discapacidad mental; un 2% de discapacidad del habla, y un 2% con discapacidad indeterminada. Con más de una discapacidad identifican un 26,1% global, desglosado en un 25% con afectación visual-motora; un 16% tipo auditivo-motora, un 13% mental-motora; un 10% visual-auditiva, y un 10% visual-auditivo-motora (77).

## **Descripción de la importancia del rol de la enfermera en la atención de niños con discapacidades.**

El artículo 6 de la Ley del Sistema Nacional de Salud de la República del Ecuador, legisló un modelo asistencial integral e intercultural cultural, familiar y comunitario; es decir, un modelo de atención primaria de salud (APS); reflejando la voluntad política y social de la Revolución Ciudadana, con basamento en la aplicación de los resultados de las investigaciones biomédicas y sociales; así como en la experiencia gerencial en la Salud Pública (35).

La Organización Mundial de la Salud define la APS como “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (95).

Este modelo de atención cambia el paradigma médico y la dinámica asistencial, y sus exponentes cualitativos y cuantitativos más representativos son:

- El objetivo de la atención primaria lo representan el individuo, las familias, la comunidad y el entorno natural o medio ambiente.
- Requiere de bases geográfico-poblacionales definidas para la atención sanitaria.
- Requiere de servicios de atención básica (domiciliarios y primarios) y de especialidades (niveles secundarios y terciarios) con accesibilidad y capacidad resolutive a los problemas de salud identificados.

- Requiere de un sistema articulado de promoción, prevención y rehabilitación en y entre los diferentes niveles de asistencia.

Capacitación en pre-grado de los recursos humanos en APS.

- Capacitación continua en postgrado de los recursos humanos en APS.
- Reorganización y redistribución de los recursos humanos según las necesidades del modelo. (Equipo Básico de Salud).
- Reafirmación y/o rediseño de los Programas Nacionales, superando las limitaciones del enfoque vertical e integrándolos operacionalmente.
- Garantizar los recursos económicos y materiales necesarios para un óptimo funcionamiento del Sistema.
- Control y supervisión de la integración y la intersectorialidad en la planificación y desarrollo del Programa Nacional de Salud (70).

Las limitaciones identificadas para su generalización son varias, y entre ellas se encuentran:

- La fragmentación del Sistema Sanitario Nacional.
- El centralismo en la toma de decisiones.
- La insuficiente cobertura asistencial.
- La existencia de brechas e inseguridades asistenciales.
- Falencias de acreditación en las instituciones prestadoras.
- Inadecuada competencia y desempeño de los recursos humanos.
- Inadecuada distribución de los recursos humanos y materiales.
- Indicadores epidemiológicos insatisfactorios.
- Escasa participación social en salud (70, 107, 124).

La responsabilidad de la Salud Pública y la Asistencia Sanitaria en Ecuador, por designación del Estado; es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, que cumplimenta el encargo político y social; con la instrumentación y aplicación de múltiples Programas, articulados e interrelacionados para alcanzar los objetivos y metas determinadas.

Uno de estos lo es, el Programa y Registro Nacional de Personas con Discapacidades y con Deficiencias o Condiciones Discapacitantes; fundamentado en la clasificación de la discapacidad o incapacidad, como aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan deficiencias físicas; mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que; al interactuar con diversas barreras, impidan la participación social plena y efectiva, con inclusión igualitaria de condiciones (8, 9, 36)

La existencia de este Programa, significa un absoluto reconocimiento a los derechos humanos de los discapacitados, un reconocimiento a su dignidad y una aplicación incuestionable de equidad social, por lo que resulta inmedible su trascendencia humana, social y política.

La meta de una inclusión social plena, reclama no solo cambios de conceptualizaciones y percepciones en todos los estamentos sociales; sino también de uniformidad generalizada a pesar de que las prevalencias tienen variabilidad poblacional y geográfica (Ídem).

Asimismo requiere de longitudinalidad en la relación profesional (médicos / enfermeras / rehabilitadores / psicólogos / trabajadores sociales) usuarios, y de continuidad asistencial; lo que significa cambios y nuevas competencias para los recursos humanos del sector (Ibídem).



El desempeño de Enfermería asume un nuevo e importante protagonismo, dado por:

- Prestación asistencial permanente (las 24 horas de los 365 días del año).
- La expansión de la prestación asistencial al ámbito extra institucional
- Actualización y capacitación permanente sobre las discapacidades y su control.
- Actualización permanente de los registros e información de los discapacitados y sus familias.
- Actualización permanente de la información clínico epidemiológica.
- El trabajo de promoción, prevención y rehabilitación.
- Supervisión y control de la medicación, vacunación; nutrición e higiene de los discapacitados.
- Realización de visitas domiciliarias, para identificar factores de riesgo, y de la problemática individual y familiar.
- Identificación precoz de potenciales complicaciones.
- Facilitar y potenciar la comunicación, la promoción y la capacitación de los discapacitados y sus familias.
- Fomentar y potenciar la responsabilidad y autorresponsabilidad, así como la capacidad para la toma informada de decisiones.
- Ofertar capacitación comunitaria continua sobre las discapacidades, y el compromiso social para con esta población.
- Facilitar según requerimientos específicos, el apoyo extrainstitucional.
- Fondo de tiempo requerido para el desarrollo y cumplimiento de todas las actividades precedentes (75, 99, 124).

Considerando todos los elementos expuestos, elaboraremos una **propuesta de intervención** con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de la prestación a las personas con discapacidades y con deficiencias o condiciones discapacitantes.

## **4. PROPUESTA**

### **“ESTRATEGIAS PARA NIÑOS CON DISCAPACIDAD DESDE LA SALUD PÚBLICA.”**

#### **OBJETIVO:**

La atención comunitaria para personas con discapacidad, es una estrategia, para enfrentar la situación que viven algunos niños con problemas de discapacidad, la cual tiene como objetivo “Determinar la caracterización clínico epidemiológico de la población infantil de 0 a 14 años con diagnóstico de discapacidades en la ciudad de Babahoyo. Año 2013”

#### **ANTECEDENTES**

El vertiginoso desarrollo de la Tecnología Médica y la Neonatología en las últimas cinco décadas, han condicionado reducciones significativas aunque variables geográficamente de los indicadores de mortalidad infantil, pero con incrementos de las morbilidades y sus secuelas como resultantes directas o indirectas de complicaciones peri y postnatales (76).

Se sabe que las primeras etapas del ciclo vital humano (neonato - lactante - transicional - preescolar - escolar - adolescencia) constituyen periodos de adaptación vital y desarrollo dinámico de habilidades motoras, neurosensoriales; cognitivas, conativas; lingüísticas y relacionales, que con sustentos biológicos - psicológicos - sociales, posibilitarán la inserción e integración de los individuos en la sociedad.

Se considera que aproximadamente un 5% de la población infantil mundial, presenta desventajas para su integración

(familiar – social - educacional – laboral), por presentar grados variables de alteraciones orgánicas y/o funcionales; de tipos físico o mental y carácter prolongado y/o permanente, que reciben la calificación genérica de discapacidades, deficiencias o condiciones discapacitantes.

Se reconoce la existencia de una gran diversidad de estas (auditivas – visuales – motoras – somáticas - trastornos del aprendizaje - trastornos conductuales - trastornos del lenguaje, etc.), y se sabe que su pronóstico y evolución están en relación directamente proporcional al tipo y nivel de la afectación, al momento de su detección y del inicio de la intervención habilitativa y rehabilitativa; de ahí la importancia fundamental de Políticas y Programas de Atención sistemáticos, sistémicos; multidisciplinarios y multisectoriales.

Con total independencia de lo establecido en las artículos 11, 47 y 48 de la Constitución de la República, en la Ley Orgánica de Salud (2002); en el Modelo de Atención Integral, Familiar, Comunitario e Intercultural (2008), y en la ley Orgánica de Discapacidades.

La contradictoria coexistencia de un modelo biologicista y asistencial con uno bio-psico-social, integrador y comunitario en el país; propicia un doble discurso que en la práctica compromete la atención de los/las discapacitados/as como sujetos de derechos y plenitud social.

Esta contraposición, promueve descontextualización entre el modelo de atención y los requerimientos y necesidades de la población discapacitada tributaria; dada la persistencia de una organización jerárquica lineal y centralizada, rígida en relación a sus modelos operativos, y que prioriza una asistencia tradicional y obsoleta en relación a los reclamos del propio Programa, OPS; OMS, ONU y UNICEF (7, 8, 9, 16, 35, 36, 79, 102, 103).

Por lo anteriormente expuesto, planteamos una Propuesta de Intervención que posibilite alcanzar un óptimo quehacer funcional dentro del Programa Nacional de Atención a personas con Discapacidades y con Deficiencias o Condiciones Discapacitantes de nuestro Ministerio de Salud Pública, específicamente en lo concerniente a Enfermería.

Estamos plenamente conscientes de que esta Propuesta implicaría cambios para eliminar la contradicción dialéctica señalada entre los actores de poder; incluidas las reticencias académicas y los requerimientos socio asistencial.

### **PROPOSITO:**

Lograr un estilo de vida saludable, para que no se enfermen los niños, no sufran accidentes, no ocurran situaciones no deseadas dentro del entorno familiar.

### **JUSTIFICACION:**

Se sustenta su atención en la atención primaria, con base en la promoción y fomento de la salud, para prevenir la discapacidad y atención a la discapacidad, siendo esto el primer nivel de atención en los ambulatorios.

Como medio para el fomento y promoción de la salud se planifican capacitaciones para médicos, enfermeras y promotores de la salud, en los ambulatorios, sobre temas como: herramientas para detectar discapacidad, herramientas en orientación y movilidad, promoción de función corporal, promoción de funciones sicosociales, fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje.

### **ACTIVIDADES**

- Promoción de actividades físicas

- Estimulación temprana
- Promoción de función psicosocial
- Promoción de la voz habla y audición
- Promoción de funcionamiento visual
- Problemas del funcionamiento relacionados con la movilidad

La educación en estas áreas está orientada a las personas que tienen dificultad para la movilización, o porque están en cama o silla de ruedas, esta situación puede limitar a las personas para realizar ciertas actividades de rutina diaria, como: asearse, alimentarse, limpiar, trabajar, ordenar la casa, actividades recreativas. Como punto de partida para la educación está la postura adecuada para realizar actividades. “una postura correcta es aquella en las partes del cuerpo se encuentran alineadas y sin tensión” (PASDIS, 2008)

**Proteger las articulaciones.-** Esta medida de protección es necesaria en varios hechos de la vida diaria, se presentan algunas recomendaciones: no permanezca mucho tiempo sentado, de pie, alterne las posiciones. Intercale pequeños tiempo de descanso. Evite que aparezca el cansancio cuando está realizando una actividad, no esté en una misma posición así como prevenir caída, las cuales son un riesgo para la discapacidad.

Factores socioambientales. Mala iluminación, suelos mojados, salida de ascensores mal ajustada, escalerillas en autobuses.

Alteraciones de la marcha, movilidad reducida. Las consecuencias de esta caída son fracturas en tres puntos clave,

caderas, fractura de muñeca, y un síndrome post caída que dificulta la marcha.

**Prevenir malformaciones de brazos y piernas.-** Las personas que posean dificultad para mover brazos y piernas pueden mantener en la misma posición todo el tiempo, lo que trae como consecuencia un endurecimiento de las articulaciones y malformación de las mismas, es importante mover a las personas cada dos horas, para mantener articulaciones sanas de brazos y piernas. Se debe explicar esto al cuidador o la persona discapacitada si es posible. Explicar a las personas que es importante hacer ejercicio cada cuatro horas. Todos los días tiene que realizarlos, realizarlo en forma suave. Hacer el ejercicio no insista hacerlo más allá que lo permita la articulación.

En la **esfera educativa**, la integración significaría, sencillamente, admitir a los niños y niñas con discapacidad en las escuelas “generales”.

La inclusión, sin embargo, solo es posible cuando el diseño y la administración de las escuelas permiten que todos los niños y las niñas participen juntos de una educación de calidad y de las oportunidades de recreación. Esto supondría proporcionar a los estudiantes con discapacidad facilidades como acceso al sistema braille y al lenguaje de señas, y adaptar los planes de estudio.

Las rampas y las entradas y puertas anchas mejoran el acceso y la seguridad de todos los niños. En virtud de la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, todos los niños y niñas tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud. De ello se sigue, por tanto, que los niños y niñas con discapacidad tengan derecho a disfrutar de toda la gama de servicios que integran la asistencia sanitaria, desde la

inmunización, en los primeros meses y años, y el tratamiento de las enfermedades y afecciones de la infancia, hasta la información y los servicios de salud sexual y de la reproducción durante la adolescencia. Igualmente esenciales son los servicios básicos como el agua, el saneamiento y la higiene.

La nutrición resulta también fundamental. Una alimentación insuficiente o una dieta desequilibrada y en la que escaseen determinadas vitaminas y minerales (yodo, vitamina A, hierro y zinc, por ejemplo) pueden hacer que los bebés y los niños sean vulnerables a dolencias específicas o a una serie de infecciones que podrían derivar en discapacidades físicas, sensoriales o intelectuales. Por ejemplo, entre 250.000 y 500.000 niños y niñas corren peligro de padecer ceguera debido a una carencia de vitamina A, un síndrome que puede prevenirse fácilmente mediante la administración por vía oral de suplementos cuyo coste es de tan sólo unos céntimos por niño.

Las barreras sociales también impiden el acceso. Los niños con discapacidad a menudo son objeto de estigmatización y discriminación cuando emplean instalaciones públicas y del hogar, debido a los temores infundados de que podrían contaminarlas. Cuando los niños y niñas con discapacidad, especialmente estas últimas, tienen que utilizar instalaciones separadas, podrían sufrir accidentes o ataques físicos, incluidas las violaciones

Debido a que los niños y niñas se desarrollan rápidamente durante los primeros tres años de sus vidas, la detección y la intervención oportunas son de particular importancia para quienes tienen una discapacidad. Las pruebas de detección de problemas en el desarrollo



## 5. CONCLUSIONES

En base a los objetivos propuestos en la presente investigación concluimos:

El número de discapacitados de 1 a 14 años en el Área de Babahoyo, en el periodo estudiado fue de 184, equivalente al 9,33% del total de discapacitados del Área; por lo que no se cumple la hipótesis de trabajo.

De ellos 113 de sexo masculino (61,41 %), y 71 pertenecientes al femenino (38,59 %); con un Rr de 1,5/1.

La mayor prevalencia correspondió al subgrupo etario de 10 a 14 años, para ambos sexos con 58 varones y 41 hembras.

No aparecen registrados y/o asistidos menores de un año con diagnósticos conclusivos.

Porcentualmente la identificación racial indicó un 91,3 % como mestizos, un 3,8 % como indígena; un 3,26 % como blancos y un 1,63 % como afro ecuatorianos.

La procedencia evidenció predominio rural con un 50,54 %, en contraste con un 25,54 % de áreas periurbanas; y un 23,91 % de urbana.

Los antecedentes familiares de discapacidades registran un 15,22 % en línea materna; y un 6,52 % en paterna.

Se señalan causales prenatales en 112 niños (60,87 %); perinatales en 31 (16,84 %), y postnatales en 41 (22,28 %).

Según tipo de discapacidad encontramos 98 de tipo intelectual (53,26 %), 57 de tipo físico (30,58 %); 15 de tipo auditiva

(8,15%), 9 con trastornos del lenguaje y/o comunicación (4,89 %) y 5 con discapacidad de tipo visual (2,72 %).

No se registran casos con discapacidad mental, ni mixta (0 %).

En relación al grado de severidad encontramos 70 integrantes de la muestra calificados como graves (38,04 %), 68 como moderados (36,96 %); 37 como muy graves (20,11 %), y 9 como severos (4,89 %).

Tampoco aparecen registrados casos leves (0 %).

La atención sanitaria a la muestra de estudio se realiza en los 16 Centros del MSP en el Área de Babahoyo, correspondiendo las mayores prevalencias a los Centros “Enrique Ponce” (32 – 17,39 %) y “Mata de cacao” (22 – 11,96 %), y los menores a “24 de Mayo” y “Montalvo” con 3 casos respectivamente (1,63 %).

## **6. RECOMENDACIONES**

Informar de los resultados obtenidos a la Dirección Provincial de Salud de Los Ríos, y las Direcciones de los 16 Centros del MSP que brindan atención sanitaria a los integrantes de la muestra estudiada.

Ampliar la investigación en tiempo empleando igual diseño metodológico, y extenderla a otras instituciones de la red nacional de salud.

Socializar los resultados, presentándolos en eventos científicos; y publicarlos en un medio especializado.

Solicitar la evaluación de la propuesta de intervención realizada, y de considerarse pertinente; se considere su instrumentación y generalización.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **AEELA. (2004).** Ayudas para discapacidad de Miembros Superiores. Folleto 4. Madrid. 1 – 11.
2. **AFM – ASEMI.** Enfermedades genéticas y genética de las enfermedades. (Disponible en: <http://www.asemgal.com/Enfermedadesgeneticasygeneticadelasenfermedades.pdf>).
3. **AGRAMANTE A. (2005).** Propuesta de guía metodológica para la formación de valores en los estudiantes de enfermería. Rev Cub Enfermería; 21(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
4. **AGUILAR G. (2004).** Del exterminio a la Educación Inclusiva. Una visión desde la discapacidad. (Disponible en: [gaguilar2003@yahoo.com](mailto:gaguilar2003@yahoo.com)).
5. **AMARO A. (2006).** Fundamentos y principios de la Educación Especial. Ed. Universitas, S.A. Madrid. 13 – 217.
6. **ARNAU M.** Una construcción social de la Discapacidad: el movimiento de vida Independiente. (Disponible en: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi8/hum/42.pdf>).
7. **ASAMBLEA NACIONAL. (2008).** Constitución del Ecuador. Quito.
8. **ASAMBLEA NACIONAL. (2012).** Ley Orgánica de Discapacidades. Quito.
9. **ASAMBLEA NACIONAL. (2013).** Reglamento de la Ley Orgánica de Discapacidades. Quito.
10. **ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA. (2008).** Infecciones congénitas. Protocolos Actualizados. (Disponible en: [www.aeped.es/protocolos](http://www.aeped.es/protocolos)).

11. **ASTORGA L. (2003).** Discapacidad, perspectiva histórica y desigualdades imperantes. Disponible en: <http://www.codehuca.or.cr/discapabrecha.htm>).
12. **AVIÑA J, TASTEKIN A. (2008).** Malformaciones congénitas: clasificación y bases morfogénicas. Rev. Mexicana de Pediatría; 75 (2): 71 – 74.
13. **BACH S. (2000).** Tendencias de las reformas de salud en Europa y sus repercusiones en la gestión de recursos humanos. Washington D.C.
14. **BANCO MUNDIAL.** La discapacidad en América Latina y El Caribe. (Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Regions/LACfactsheetSpn.pdf>)
15. **BARCIA M. (2002).** La Familia y las Ciencias Sociales. Ed. Juan Marinello. La Habana.
16. **BARNES C. (2010).** Discapacidad, política y pobreza. Rev. Política y Sociedad; 47 (1): 11-25
17. **BERDAYES D. (2000).** El proceso de atención y el diagnóstico en enfermería ¿Una proyección didáctica? Rev Cub Educ Med Sup; 14(3): 230-235.
18. **BERMÚDEZ G, NAVAS M. (2008).** Prevalencia de discapacidad infantil en Santa Clara. Medicentro, 12 (4): 31 - 36
19. **BOAS F. (1990).** Cuestiones fundamentales de Antropología Cultural. Ed. Círculo de Lectores. Barcelona. 22 – 239.
20. **BOLAÑOS J. (2000).** Nivel de competencias de enfermería en investigación. Rev Enfermería IMSS; 8(3): 55-159.
21. **BRACEWELL M, MARLON N. (2002).** Patterns of motor disability in very preterm children. Ment Retard Disabil Res Rev; 8: 241- 248.

22. **BRAUNER A. (2003).** Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño. 5<sup>ta</sup> Ed. Masson. Barcelona.
23. **BROGNA P. (2006).** El nuevo paradigma de la discapacidad y el rol de los profesionales de la rehabilitación. Ed. Cisne. Argentina.
24. **BROGNA P. (2009).** Visiones y revisiones de la discapacidad. Fondo de Cultura Económica. México.
25. **BURGOS J. (2008).** Persona versus ser humano: un análisis del esquema argumentativo básico del debate. Cuad. Bioét. XIX (3): 433 – 447.
26. **BUSTOS I. (2001).** La percepción auditiva, un enfoque transversal. Ed. ICCE. Madrid.
27. **CANTORE H.** Causas y consecuencias de la discapacidad. (Disponible en: <http://www.efn.uncor.edu/biomedica/causasyconsecuencias/discapacidad.pdf>).
28. **CAPOTE R, GRANADOS R. (1996).** La salud pública en el siglo XXI. Tendencias y escenarios. Washington D.C.
29. **CASTELLANOS P. (1997).** Determinantes sociales de la salud de las poblaciones. Washington D.C.
30. **CAZAROLA M, PÉREZ I, VERDÚ A, SÁNCHEZ M. (2008).** Manual de Neurología Infantil. Ed. PUBLIMED Madrid. 44-72.
31. **CENTRO NACIONAL DE DEFECTOS CONGÉNITOS Y DEFICIENCIAS DEL DESARROLLO. (2005).** Intellectual disability. (Disponible en: <http://www.cdc.gov/ncbddd/dd/ddmr.htm>)
32. **COBAS M, ZACCA E, LANTIGUA P et al. (2010).** Caracterización epidemiológica de las personas con discapacidad intelectual en Cuba. Rev. Cub. Salud Pública; 36 (4): 306 – 310.

33. **COBAS M, ZACCA E, LANTIGUA P et al. (2011).** Caracterización epidemiológica y social de las personas con discapacidad intelectual en Cuba. Rev. Cub. Salud Pública; 37 (1): 34 – 43.
34. **CONADIS.** La discapacidad en cifras. (Disponible en: <http://www.consejodiscapacidades.gob.ec>)
35. **CONGRESO NACIONAL DEL ECUADOR. (2002).** Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Quito.
36. **CONSEJO NACIONAL DE DISCAPACIDADES. (2014).** Derechos de los discapacitados. Quito.
37. **CONTRERAS M, VILLATORO P. (2006).** Estrategias y prácticas de intervención en niños discapacitados. Ed. Alianza. Madrid. 9 – 138.
38. **CÓRDOBA L, GÓMEZ J, VERDUGO M. (2008).** Evaluación de la calidad de vida de 385 familias con niños y adolescentes discapacitados en la ciudad de Cali, Colombia. Rev. Universit. Psycholog; 7 (2): 369-382
39. **DELL'ORDINE J.** La educación especial. (Disponible en: <http://www.monografias.com//educacion-especial/shtml>).
40. **DICCIONARIO DE SINÓNIMOS.** (Disponible en: <http://www.diccionariodesinonimos.es>).
41. **DICCIONARIO ETIMOLÓGICO.** (Disponible en: <http://etimologias.net/?discapacidad>).
42. **DU GAS B. (1986).** Tratado de enfermería práctica. 4<sup>ta</sup> Ed. Nueva Internacional. México.
43. **EDES. (2006).** Impedimentos Múltiples y Severos. (Disponible en: <http://academic.uprm.edu/Impedimntosseverosymultiple.s.pdf>).
44. **EGEA C, SARABIA A.** Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. (Disponible en: [http://www.um.es/METODOLOGIA\\_clasificaciones.pdf](http://www.um.es/METODOLOGIA_clasificaciones.pdf))

45. **ESPINO M. (1999).** Aspectos teóricos conceptuales en enfermería. Rev Enfermería IMSS; 7(3):171-175
46. **EUROPEAN UNION LAW.** Hacia una Europa sin barreras para las personas con discapacidad. (Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES=URISERV:c11415>).
47. **FALCÓ A. (2004).** La nueva formación de profesionales: sobre la competencia profesional y competencia del estudiante de enfermería. Educ Med; 7(1):1-5
48. **FEDERACIÓN MUNDIAL DE EDUCACIÓN MÉDICA WORLD (WFME). (2004).** Estándares globales en Educación Médica. Pregrado, postgrado y desarrollo profesional continuo. Ed. Harcourt Brace. Barcelona.
49. **FRANCO A, ÁLVAREZ C. (2008).** Los derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. Gac Sanit; 22(3):280-86
50. **FRANCO A. (2006).** Tendencias y teorías en Salud Pública. Revista Nacional de Salud Pública; 24(2): 119-131.
51. **FRANCO A. (2010).** Salud Global. Política Pública, derechos sociales y globalidad. Editorial Universidad de Antioquia. Colombia.
52. **FUPREDIS. (2010).** Breve historia de la discapacidad. (Disponible en: <http://fupredis.blogspot.com/breve-historia-de-la-discapacidad.html>).
53. **GARCÍA C, SARABIA A.** Visión y modelos conceptuales de la discapacidad. (Disponible en: <http://sid.usal.es/docs/F8/ART7589/VisionDis.pdf>).
54. **GARCIA C, SELLAN M. (2005)** Fundamentos teóricos y metodológicos de Enfermería. 2<sup>da</sup> Ed. Lebosend. Madrid.



55. **GARCÍA F.** Etiopatogenia de la discapacidad. (Disponible en: [http://ocw.um.es/gat/oda\\_biopatologia/etiopatogenia.html](http://ocw.um.es/gat/oda_biopatologia/etiopatogenia.html) ).
56. **GRIFFIN H, FITCH C, GRIFFIN L. (2002).** Causes and intervention in the area of cerebral palsy. Infants and young children; 14 (3): 18 – 25.
57. **HARRISON L. (2005).** Competencias en investigación para diferentes niveles de formación de enfermeros: una perspectiva latinoamericana. Rev. Ciencia y enfermería; 11(1):59-71
58. **HAWKING S.** Derecho de los niños con discapacidad. (Disponible en: [http://www.odontologiapediatrica.com/Derechos\\_de\\_los\\_niños\\_con\\_discapacidad.pdf](http://www.odontologiapediatrica.com/Derechos_de_los_niños_con_discapacidad.pdf)).
59. **HEGARTY S.** Educación de niños y Jóvenes con discapacidades. Principios y práctica. (Disponible en: [http://www.unesco.org/education/pdf/281\\_65\\_s.pdf](http://www.unesco.org/education/pdf/281_65_s.pdf)).
60. **HERNÁNDEZ S.** Conceptos básicos en rehabilitación. (Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/rehabilitacion/temas.php?idv=615>).
61. **HERNÁNDEZ E.** Las personas con discapacidad a través de la historia. (Disponible en: <http://www.monografias.com/la-discapacidad-en-la-historia.shtml>).
62. **HOSPITALES NISA.** Anoxias perinatales. (Disponible en: <http://www.neurorhb.com/dano-cerebral/anoxias-perinatales.pdf>).
63. **HÜBNER M, RODRIGO F. (2002).** Sobrevida, viabilidad y pronóstico del prematuro Rev. Med. Chile; 130 (8): 38 – 41.

64. **INSUA V. (2001).** Historia y Discapacidad. Rev. Trab. Social; 3: 77 – 90.
65. **JARILLO E, LÓPEZ O. (2007).** Salud Pública: Conocimiento, Prácticas y Formación. Rev. Salud Pub; 9 (1): 140 – 154.
66. **JIJÓN M, LARDOEYT R, ALDAZ C et al. (2011).** Caracterización de los eventos causales prenatales, perinatales y postnatales relacionadas con la discapacidad intelectual en la República del Ecuador. Rev Cubana Genet Comunit; 5(2-3):38-43
67. **JIMÉNEZ A, CASADO D.** Estadísticas epidemiológicas de la discapacidad. (Disponible en: [http://sid.usal.es/docs/F8/estadisticas\\_epidemiologicas.pdf](http://sid.usal.es/docs/F8/estadisticas_epidemiologicas.pdf)).
68. **JIMÉNEZ A, HUETE A.** La discapacidad en España: datos epidemiológicos. (Disponible en: <http://usuarios.discapnet.es/ajimenez/epidemiologia.pdf>).
69. **JIMÉNEZ M, LÓPEZ M. (2003).** Deficiencia auditiva. Evaluación, intervención y recursos psicopedagógicos. Ed. ICCE. Madrid.
70. **KROGER A. (2006).** Atención primaria de salud. Principios y métodos. Ed. Pax. México.
71. **LÓPEZ J. (1981).** La medicina en la historia. Ed. Salvat, Barcelona.
72. **LOZANO N. (2014).** Enfermedades postnatales. (Disponible en: <https://prezi.com/enfermedades-postnatales>)
73. **MAGAÑA A. (2010).** Diferencia entre Salud Pública, Salud Comunitaria y Salud Familiar. (Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/37653044#scribd>).
74. **MAJLUF E, VASQUEZ F.** Retraso mental. (Disponible en:

75. [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/manual\\_psiquiatr.ADa/cap-11.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/manual_psiquiatr.ADa/cap-11.htm)).
76. **MARTÍNEZ J. (2006).** Enfermería en Atención Primaria. Ed. DAE. Madrid.
77. **MARTÍNEZ J. (2008).** Historia de la Neonatología y los desafíos del Siglo XXI. Rev. Med. Clin. CONDES; 19 (3): 152 – 157.
78. **MASSÉ G, RODRÍGUEZ C. (2005).** Acerca de las personas con discapacidad y su cuantificación en la Argentina. Pasado y Presente. (Disponible en: <http://www.redaepa.org.ar>).
79. **MATEER C. (2003).** Introducción a la rehabilitación cognitiva. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana; 21: 11 – 20.
80. **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2008).** Modelo de atención integral, familiar, comunitario e intercultural. Quito.
81. **Ministerio de Salud Pública.** Detección temprana y escolar de discapacidades auditivas en el Ecuador. Programas. (Disponible en: <http://www.salud.gob.ec>)
82. **MORENO M. (2010).** Infancia, políticas y discapacidad. (Disponible en: [http://www.coloquiodiscapacidad.com/Politicasy-derechos-y-ciudadania/moreno\\_2010.pdf](http://www.coloquiodiscapacidad.com/Politicasy-derechos-y-ciudadania/moreno_2010.pdf)).
83. **NUSSBAUM M. (2007).** Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión. Ed. Paidós, Barcelona.
84. **O.M.S.** Comunidades saludables: una guía para las comunidades y la salud comunitaria. (Disponible en: <http://www.who.int/hygiene/settings/healthvillages/es>).
85. **OLIVAN G. (2002).** Maltrato en niños con discapacidades: Características y factores de riesgo. Anales de pediatría; 56(3):219 – 223.

- 86. OMS / BANCO MUNDIAL. (2011).** Informe Mundial sobre la Discapacidad. (Disponible en: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf))
- 87. OMS. (1999).** Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías - 2. Ginebra.
- 88. OMS. (2001).** Carga de los trastornos mentales y conductuales. (Disponible en: [http://www.who.int/en/whr01\\_ch2\\_es.pdf](http://www.who.int/en/whr01_ch2_es.pdf)).
- 89. OMS. (2001).** Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Resolución WHA54.21. Ginebra.
- 90. OMS. (2013).** Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. 10<sup>ma</sup> Rev. Ginebra.
- 91. OMS. (2014).** Ceguera y discapacidad visual. Nota descriptiva N° 282. (Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es>)
- 92. OMS. (2014).** Discapacidad y salud. Nota descriptiva N°352. Ginebra.
- 93. OMS.** Informe mundial sobre la discapacidad. (Disponible en: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2013/es](http://www.who.int/disabilities/world_report/2013/es)).
- 94. OMS.** La carga mundial de morbilidad. (Disponible en: [http://www.who.int/topics/global\\_burden\\_of\\_disease/es](http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/es)).
- 95. OMS.** La mortalidad y la morbilidad perinatales. Serie de Informes Técnicos 457. Ginebra.
- 96. OMS/UNICEF: (1978).** Alma-Ata. Atención Primaria de la Salud. Ginebra.
- 97. ONU.** Declaración Universal de los Derechos Humanos. (Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr>).

98. **OPS. (2010).** La discapacidad en los Estados Unidos de Norteamérica. (Disponible en: <http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=68&option=com-content>).
99. **OPS/OMS. (2003).** Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. 55<sup>va</sup> sesión del Comité Regional Washington, D.C. 22. Disponible en: <http://www.amro.who.int/spanish/gov/cd/cd44-r6-s.pdf>
100. **OPS/OMS. (2007)** La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington D.C. Estados Unidos.
101. **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2012).** Salud Pública en las Américas. Washington D.C. Estados Unidos.
102. **ORTIZ S.** Inclusión social de las personas con discapacidad. (Disponible en: <http://actualizacionmedica.com/inclusion-social-de-las-personas-con-discapacidad>).
103. **PADILLA A. (2010).** Discapacidad: contexto, concepto y modelos. Revista Colombiana de Derecho Internacional; 16: 381 - 414
104. **PAHO. (2013).** Understanding the health-care needs and experiences of people with disabilities. Washington DC.
105. **PAHO. (2010).** Regional report of the Americas. International Disability Rights Monitor. Washington, DC.
106. **PEARSE I. (2009).** La salud del individuo, de la familia, de la sociedad. Rev. Medicina Social; 4 (3): 220 – 237.

107. **PÉREZ J. (2006).** Discapacidades físicas y motoras. (Disponible en: <http://www.documents.tips/documents-discapacidades-fisicas-motora.html>).
108. **PRIETO D. (1999).** La salud como valor social. Cuaderno de Bioética;(1): 58-59
109. **PUIG R. (1990).** Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad. En "Discapacidad e información". Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. Madrid.
110. **RAMÍREZ J.** Anomalías fetales. Obstetricia tema 16. (Disponible en: <http://www.uv.es/apuntes/obstetricia/TEMA-16.pdf>).
111. **ROBLES A.** Discapacitados sensoriales. (Disponible en: <http://es.slideshare.net/discapacitados-sensoriales>).
112. **RODRÍGUEZ J. (2013).** Discapacidades escolares (Problemas conductuales y del aprendizaje. (Disponible en: <http://www.xmind.net/m/hLgV>).
113. **RODRÍGUEZ R, LARDOEYT R, REYES J, JIJÓN M, LARDOEYT M, GÁMEZ M ET AL. (2011).** Caracterización clínica y etiológica de las discapacidades mayores en la República del Ecuador. Rev Cubana Genet Comunit; 5(2-3):106-112.
114. **RODRÍGUEZ S. (2013).** Marco histórico de la discapacidad. (Disponible en: <https://prezi.com/marco-historico-de-la-discapacidad>).
115. **RODRÍGUEZ Y. (2009).** Estrategia para mejorar la calidad de la atención al niño con discapacidad. MEDISAN. (Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.&pid=S1029>)

116. **ROMAÑACH J; LOBATO M. (2005).** Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano”. (Disponible en:  
[http://www.minusval.com/vidaIndependiente/diversidad\\_funcional.html](http://www.minusval.com/vidaIndependiente/diversidad_funcional.html) SEN).
117. **ROSATO A, ANGELINO M. (2009).** Discapacidad e ideología de la normalidad. Noveduc Libros. Buenos Aires. 5 - 64.
118. **SALO E, MONZÓ M.** Desarrollo embrionario y patologías asociadas. (Disponible en:  
[http://www.ub.edu/biomed/progs/d\\_embrio.pdf](http://www.ub.edu/biomed/progs/d_embrio.pdf)).
119. **SÁNCHEZ N. (2005).** La carga de la enfermedad. Revista Colombiana de Psiquiatría, 34(2), 298-304.
120. **SCHWARTZMANN L. (2003).** Calidad de vida relacionada con la Salud. Aspectos conceptuales. Rev. Cien. Enferm; 9 (2): 9 – 21.
121. **SENDRAIL M. (1962).** De los monstruos a los Dioses. Arch. Iberoamericanos de Historia de la Medicina; Vol. IV (Fasc. II).
122. **SENSE INTERNACIONAL. (2011).** Guía de Discapacidad Múltiple. (Disponible en:  
[http://www.educacionespecial.gob.mx/Guía\\_Discapacidad\\_Multiple.pdf](http://www.educacionespecial.gob.mx/Guía_Discapacidad_Multiple.pdf)).
123. **SIGAL D.** La discapacidad desde la comunicación. (Disponible en:  
<http://www.hum.unrc.edu.ar/publicaciones/vol14/05-sigal.pdf>).
124. **SILVA J. (2009).** Medicina Comunitaria. Introducción a un análisis crítico. Salud Colectiva; 5(1):121-126.

125. **STARFIELD B. (2001).** Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Ed. Masson. Barcelona **STEIN M. (2007).** Disability Human Rights, California Law Review; 95 (1): 28 – 35.
126. **TABOADA N, MINAYA G. (2012).** Caracterización clínica y etiológica de las diferentes discapacidades en el Estado Plurinacional de Bolivia, 2009-2010. Rev. Perú. Epidemiolog; 16 (3): 1 – 7.
127. **TASSE M, BRYANT B, CRAIG E, CAMPBELL E. (2002).** Integrating supports in assessment and planning. Mental Retardation; 40, 390-405.
128. **TOBOSO M, ARNAUD R. (2008).** La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos. (Disponible en: <http://digital.csic.es/handle/10261/23277>)
129. **UNICEF / O.M.S. (2014).** La Situación de los niños en el Mundo. (Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc2014/numbers>).
130. **UNICEF.** Niñas y niños con discapacidad. (Disponible en: [http://www.unicef.org/ecuador/SPANISH\\_SOWC2013\\_Lo\\_res.pdf](http://www.unicef.org/ecuador/SPANISH_SOWC2013_Lo_res.pdf)).
131. **UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND. (2008).** Monitoring child disability in developing countries: results from the multiple indicator cluster surveys. New York,
132. **UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARES.** Mirada histórica a la discapacidad. (Disponible en: <https://www.google.com.ec/las+discapacidades+a+lo+largo+de+la+historia.pdf>)



133. **URZÚA A, CAQUEO A. (2012).** Calidad de vida. *Terap. Psicolog*; 30 (1): 61 – 71.
134. **VÁSQUEZ A.** La discapacidad en América Latina. (Disponible en: <http://publications.paho.org/spanish/DiscAmericaLatina.pdf>).
135. **VASQUEZ R. CACERES N. (2008).** El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria en salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 10 – 171.
136. **VELARDE V. (2012).** Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico. *Rev. Empresa y Humanismo*; Vol XV (1): 115 – 136.
137. **VERDUGO M. (1994).** El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR. *Rev. Siglo Cero*; 25 (5), 5-24.
138. **VILLAR F.** El enfoque del Ciclo Vital. (Disponible en: <http://www.imserso.es/imserso/documents.pdf>)
139. **VILLAR H. (2003).** La salud: una política de estado. Hacia un sistema nacional de salud. Ministerio de Salud Pública del Uruguay
140. **VON MISES L. (2003).** Teoría e Historia. Una interpretación de la evolución social. Unión Editorial S.A. Madrid. 89 – 126.
141. **WEHMAN P. (2000).** Family and disability. *Rehabilitation*; 14 (1): 22 – 27.
142. **ZAMORA D.** La biomecánica en las extremidades del cuerpo humano. (Disponible en: <http://www.monografias.com/biomecanica-extremidades-del-cuerpo-humano.shtml>)

## **ANEXOS**

**ANEXO I**  
**PLANILLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Nombre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ apellidos \_\_\_\_\_ del  
menor \_\_\_\_\_

No de cédula \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Edad en años cumplidos \_\_\_\_\_

Grupo etario: < 1 año ( ) 1 a 4 años ( ) 5 a 9 años ( ) 10 a 14 años ( )

Sexo: masculino ( ) femenino ( )

Raza: blanca ( ) afroecuatoriana ( ) mestiza ( )  
otras \_\_\_\_\_

Procedencia: urbana ( ) periurbana ( ) rural ( )

**TIPO DE DISCAPACIDAD DIAGNÓSTICADA**

Física ( ) Mental ( ) Intelectual ( ) Auditiva ( ) Visual ( )  
Comunicativa ( )

**GRADO DE DISCAPACIDAD PRESENTE**

Leve ( ) Moderada ( ) Grave ( ) Muy grave ( ) Severa ( )

**ANTECEDENTES PERSONALES**

Prenatales ( ) Perinatales ( ) Otros ( )

**ANTECEDENTES FAMILIARES DE DISCAPACIDAD**

**EN LÍNEA PATERNA**

Abuelo ( ) Abuela ( ) Padre ( ) Tíos ( ) ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

Hermanos ( ) ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

### **EN LÍNEA MATERNA**

Abuelo ( ) Abuela ( ) Padre ( ) Tíos ( ) ¿Cuántos?\_\_\_\_\_

Hermanos ( ) ¿Cuántos?\_\_\_\_\_

### **CONCLUSIONES**

**Menor con discapacidad:** física ( ) mental ( ) intelectual ( )  
auditiva ( ) visual ( ) comunicativa ( )

**Menor discapacitado de grado:** leve ( ) moderado ( ) grave ( )  
muy grave ( ) severo ( )

**FECHA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013

---

**Lic. Ketty Rocafuerte Villacís**