



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO:

**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DEFICIENCIAS EN NIÑOS DE 0 A
3 AÑOS DE EDAD QUE HAN ASISTIDO AL AREA DE TERAPIA FISICA DEL
CENTRO DE REHABILITACION SERLI, DURANTE EL PERIODO ENERO 2013 A
DICIEMBRE 2015 EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.**

AUTORES:

Johanna Cecilia Guerrero A.

Cristhoper Daniello Aulestia C.

**Trabajo de Graduación previo a la obtención del Título de:
LICENCIADO/A EN TERAPIA FÍSICA**

TUTOR:

Mgs. María Ortega

Guayaquil, Ecuador

2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE TECNOLOGIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FISICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por Johanna Cecilia Guerrero Armijos y Cristhoper Daniello Aulestia Chuquimarca, como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciado/a en Terapia Física.**

TUTOR (A)

Mgs. María Ortega Rosero

COORDINADOR (A)

Econ. Víctor Sierra Nieto.

DIRECTOR DE LA CARRERA

Dra. Martha Celi Mero

Guayaquil, a los 22 días del mes de marzo del año 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE TECNOLOGIAS MÉDICAS

CARRERA DE TERAPIA FISICA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Johanna Cecilia Guerrero Armijos y Cristhoper Daniello Aulestia Chuquimarca**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la Institución del Trabajo de Titulación **PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DEFICIENCIAS EN NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS DE EDAD QUE HAN ASISITIDO AL AREA DE TERAPIA FISICA DEL CENTRO DE REHABILITACION SERLI, DURANTE EL PERIODO ENERO 2013 A DICIEMBRE 2015 EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 22 del mes de Marzo del año 2016

EL (LA) AUTOR(A):

f. _____
Aulestia Chuquimarca Cristhoper

f. _____
Guerrero Armijos Johanna

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios en primer lugar. A mis padres por su apoyo incondicional, emocional y material que siempre me han brindado, ya que sin ellos esto no sería posible.

A mí querido esposo por ser el pilar fundamental en mi trayectoria como estudiante.

A mi tutora Magister María Ortega por estar siempre pendiente de que mi tesis se realice con profesionalismo y óptimas condiciones; a la Lcda. Cecilia Padilla Administradora del Centro de Rehabilitación SERLI por habernos dado las facilidades para realizar este arduo trabajo; a mis maestros por sus conocimientos impartidos, por su apoyo recibido y sus experiencias compartidas; a mis compañeros de clases por haber hecho más agradable el duro y satisfactorio paso de la vida universitaria; y, a mi compañero de tesis Cristhoper Aulestia por su amistad, compañerismo y solidaridad para conmigo, ya que juntos hemos realizado este trabajo.

Johanna Cecilia Guerrero Armijos.

Primero que nada agradezco a Dios por permitirme culminar una etapa más en mi vida, por llenarme de salud, fortaleza y conocimientos necesarios para poder culminar mi tesis.

En segundo lugar agradecer a mi familia que fue mi pilar fundamental en mi trayectoria como estudiante, agradeciendo inmensamente a cada uno de ellos por el apoyo que supieron darme día a día.

También agradecer a mi enamorada y a su familia que siempre estuvieron pendientes de mí y siempre me llenaron de buenos augurios para que pueda culminar mi tesis.

Agradecer a mis amigos de Venecia los muchachos de Bullet Club que con sus ocurrencias me llenaron de muchos ánimos y buenas vibras, a mi compañera de tesis por darme la oportunidad de trabajar con ella y finalmente a mi tutora porque sin su ayuda no estaríamos aquí y sin sus consejos no hubiéramos avanzando a donde todo estudiante universitario quiere llegar.

Cristhoper Daniello Aulestia Chuquimarca.

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedicamos a Dios quien supo guiarnos por el buen camino, darnos fuerzas para seguir adelante, no desmayar en los problemas que se nos presentaban, enseñándonos a encarar las adversidades sin perder nunca la fe ni desfallecer en el intento.

A nuestras familias quienes por ellos somos los que somos. Para nuestros padres por sus consejos, amor, ayuda en los momentos difíciles y por ayudarnos con los recursos necesarios para estudiar.

Gracias también a nuestros amigos, compañeros, docentes y pareja que nos apoyaron y nos supieron aconsejar cuando más lo necesitábamos.

Johanna Cecilia Guerrero Armijos.

Cristhoper Daniello Aulestia Chuquimarca.

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Mgs. María Ortega.

PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

Lcda. Sheyla Villacres.

PRESIDENTA DE TRIBUNAL

Lcda. Mónica Galarza.

SECRETARIA DE TRIBUNAL

Lcdo. Stalin Jurado.

OPONENTE

INDICE GENERAL	Pág.
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORIZACIÓN	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	vi
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	vii
INDICE DE TABLAS.....	x
INDICE DE GRAFICOS	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	1
1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
2.OBJETIVOS	6
2.1. Objetivo General	6
2.2. Objetivos Específicos.....	6
3.JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
4.MARCO TEÓRICO	8
4.1. Marco Referencial.....	8
4.2. Marco Teórico.....	10
4.2.1. Discapacidades en Niños.....	10
4.3. Marco Conceptual.....	25
4.4. Marco Legal.....	26
4.4.1. Aspectos Legales Internacionales.....	26
4.4.2. Constitución de la República del Ecuador	27
4.4.3. Sección Sexta. Derechos de las Personas con Discapacidad	27
4.4.4. Código de la Niñez y la Adolescencia.....	29
5.FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	31
6. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES.....	32
7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	34
7.1. Justificación de la Elección del Diseño.....	34
7.2. Población.....	34
7.2.1. Criterios de Exclusión.....	34

7.3. Técnicas e Instrumentos de Recogida de Datos	35
7.3.1. Técnicas	35
7.3.2. Instrumentos	35
8.PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	36
8.1. Análisis y Presentación de los Resultados	36
9.CONCLUSIONES	46
10. RECOMENDACIONES	47
11. PRESENTACIÓN DE PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	48
BIBLIOGRAFIA	57
ANEXOS	60

INDICE DE TABLAS

CONTENIDO	Pág.
Tabla 1 Variable Sociodemográfica	32
Tabla 2 Factores de Riesgo	33
Tabla 3 Distribución de porcentaje por Edades	36
Tabla 4 Distribución de porcentaje por Sexo	37
Tabla 5 Distribución de porcentaje por Etnia	38
Tabla 6 Distribución de porcentaje según su Procedencia	39
Tabla 7 Distribución de porcentaje según tipo de Deficiencia.....	40
Tabla 8 Distribución de porcentaje según la Deficiencia Motora	41
Tabla 9 Distribución de porcentaje según Discapacidad Mixta.....	42
Tabla 10 Distribución de porcentaje según Deficiencia del Lenguaje	43
Tabla 11 Distribución de porcentaje según Deficiencia Intelectual	44
Tabla 12 Distribución de porcentaje según Factor de Riesgo.....	45

INDICE DE GRAFICOS

CONTENIDO	Pág.
Grafico 1	36
Grafico 2	37
Grafico 3	38
Grafico 4	39
Grafico 5	40
Grafico 6	41
Grafico 7	42
Grafico 8	43
Grafico 9	44
Grafico 10	45

RESUMEN

El estudio realizado en el Centro de Rehabilitación SERLI de la ciudad de Guayaquil tuvo como objetivo determinar la prevalencia y los factores de riesgo en niños con deficiencias de 0-3 años en el periodo 2013-2015. Se corroboró la Hipótesis planteada existiendo alta prevalencia en niños de 0-3 años de edad y factores de riesgos asociados, como mala situación económica y embarazo en adolescencia. Metodología: los datos fueron recolectados del registro de pacientes con deficiencia y las historias clínicas, el diseño tuvo un enfoque cuali-cuantitativo, descriptivo no experimental, transversal y retrospectivo. La población de estudio fue de 281 niños. Análisis de los resultados: Predominó el grupo de 1-2 años con 53.8%, el 55.1% pertenece al sexo masculino; todos son de la costa, prevaleciendo la discapacidad motriz en 63%; la mala situación económica fue el factor de riesgo de mayor incidencia con un 66.5%. Se concluye que en el ámbito sanitario no solo se debe promulgar una excelente calidad en atención terapéutica, sino también velar por la prevención, por lo que se recomienda dar continuidad al estudio, usándolo como base para crear nuevos protocolos con el objetivo de disminuir la incidencia de deficiencias en edades tempranas de la vida.

Palabras claves: Deficiencia, Rehabilitación, Prevalencia, Factores de Riesgo.

ABSTRACT

The study conducted at the Center for Rehabilitation SERLI Guayaquil aimed to determine the prevalence and risk factors in children with deficiency of 0-3 years 2013-2015. The hypothesis that there is a high prevalence of disabling diseases in children 0-3 years of age and associated risk factors such as poor economic situation and teenage pregnancy was confirmed. Methodology: Data were collected log disabled patients and the medical records, the design had a non-experimental descriptive transversal and retrospective qualitative and quantitative approach. The study population was 281 children. Analysis of results: the group prevailed 1-2 years 53.8%, 55.1% are males; all are of the coast, prevailing physical disability by 63%; the economic downturn was the risk factor most prevalent with 66.5%. We conclude that in the health sector not only must enact a high quality therapeutic care, but also to ensure the prevention, so it is recommended to continue the study, using it as a base to create new protocols in order to decrease the incidence deficiencies at early ages of life.

Key words: Deficiency, Rehabilitation, Prevalence, Risk Factors.

INTRODUCCIÓN

La discapacidad puede considerarse como un fenómeno universal, que se manifiesta en las personas en algún momento de su vida, a pesar de lo cual todavía su definición no es obra terminada, coexisten diferentes maneras de enfocarla y, con frecuencia, no es aceptada por quien la padece y sus allegados. Muchas veces permanece oculta por problemas de mayor magnitud, como la pobreza, que impiden o retardan el diseño y la aplicación de estrategias que permitan a esta gran masa de personas desarrollar sus capacidades y alcanzar la verdadera inclusión social, a la cual todos los seres humanos tienen derecho (Hernandez, 2009) (Cobas et al., 2010).

Según la Encuesta Mundial de Salud, cerca de 785 millones de personas (15,6%), de 15 años y más viven con una discapacidad, mientras que el proyecto Carga Mundial de Morbilidad, estima una cifra próxima a los 975 millones (19.4%).

La Encuesta Mundial de Salud señala que del total estimado de personas con deficiencia 110 millones (2,2%), tienen dificultades muy significativas de funcionamiento, mientras que la Carga Mundial de Morbilidad cifra en 190 millones (3,8%), las personas con “discapacidad grave” (el equivalente a la discapacidad asociada a afecciones como la tetraplejía, depresión grave o ceguera). Solo la Carga Mundial de Morbilidad mide las discapacidades infantiles (de 0-14 años), con una estimación de 95 millones de niños (5,1%), 13 millones de los cuales (0,7%) tienen “discapacidad grave”.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 80 por ciento de discapacitados en el mundo se concentra en países en desarrollo. En América Latina existen alrededor de 85 millones de personas con algún tipo de discapacidad (EES13–MERLO–BUENOS, n.d.), sin embargo estudios realizados en los Estados Unidos revelan un incremento de un 78% de niños con autismo del año 2002 al 2008 (Blumberg et al., 2013).

Estudios realizados en Chile en el año 2004 se encontró que existen 2.068.072 personas con discapacidad. El 12,9% de la Población Chilena presenta algún tipo de discapacidad y 1 de cada 8 chilenos tiene discapacidad (FONADIS) FONDO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD, 2005).

Encuesta realizada en Argentina obtuvo que el 7,1% de la población Argentina tiene alguna discapacidad: cifra equivalente a casi 2.200.000 personas (INDEC, 2004).

En el Ecuador existen varios estudios de prevalencia de discapacidad, producto de diferentes investigaciones desde 1981.

A la fecha, se han efectuado tres estudios estadísticos muestrales:

- a)** “Los impedidos en el Ecuador”, diagnóstico realizado por el INNFA (1981), determina el 12.8% de población con discapacidad;
- b)** El estudio “Situación actual de las personas con discapacidad en el Ecuador”, desarrollado por el CONADIS y la Universidad Central (1996), señala que el 13.2% de la población presenta algún tipo de discapacidad; y,
- c)** “Ecuador: la discapacidad en cifras”, estudio efectuado por el CONADIS y el INEC (realizado en 2004 y publicado en 2005), establece el 12.14% de población con discapacidad.

En el VI Censo de Población y V de Vivienda (INEC, 2001), se incluyó la variable de discapacidad, los resultados señalan una tasa de discapacidad de 4.7%. En el VII Censo de Población y VI de Vivienda el 5.6% de la población afirmó tener algún tipo de discapacidad. Entre ambos, el incremento es de un punto porcentual (INEC, 2010).

En 2010, el estudio bio-psicosocial-clínico genético denominado “Misión Solidaria Manuela Espejo”, determinó que 294.803 personas con discapacidad se encuentran en situación crítica (INEC, 2010) (Xavier Torres, 2013).

Puede, por tanto, deducirse que estamos ante un problema de salud infantil verdaderamente prevalente. Por este motivo consideramos necesario realizar un estudio en niños con discapacidad de 0-3 años atendidos en el Centro de

Rehabilitación SERLI de Guayaquil en el período 2013-2015. No contamos con trabajos similares en el territorio por lo que creemos que la investigación resulta novedosa, beneficiosa, viable y de gran interés social, la cual permitirá conocer la prevalencia de enfermedades discapacitantes en la población de estudio, así como los factores de riesgo asociados.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según el Informe Mundial sobre la Discapacidad 2011:

Se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; o sea, alrededor del 15% de la población mundial (según estimaciones de la población mundial del año 2010). Esta cifra es superior a las estimaciones previas de la Organización Mundial de la Salud, correspondientes a los años 1970, que eran de aproximadamente un 10% (MUNDIAL, 2011).

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS; sólo entre un 2% y un 5% de las 600 millones de personas con discapacidad del mundo (10% de la población mundial) acceden a una Rehabilitación Integral. La misma OMS declara que entre un 20% y un 25% de las personas con discapacidad presentan grados severos y múltiples de déficit, la mayoría de las veces asociados a deterioro socioeconómico y social, enfrentando barreras enormes para acceder no sólo a Rehabilitación, sino que a cualquier forma de atención de salud o integración educativa, laboral o social (Zondek D., Andrea; Zepeda S., Mauricio; González M., Francisco; Recabarren H., 2006).

En 2010, el estudio bio-psicosocial-clínico genético denominado "Misión Solidaria Manuela Espejo", determinó que 294.803 personas con discapacidad se encuentran en situación crítica (Xavier Torres, 2013).

La Sociedad Ecuatoriana Pro Rehabilitación de Lisiados (SERLI) Dr. Emiliano Crespo Toral se encuentra ubicada en la calle Bolivia y José de Antepara (esquina), en el sur de la ciudad de Guayaquil, fue inaugurado en el año 1959, en el centro reciben atención pacientes con diferentes tipos de discapacidades de todos los grupos de edades provenientes de la provincia del Guayas y regiones aledañas. Los niños y niñas conforman parte de este grupo de atención, por ende, es indispensable realizar un estudio que permita conocer la prevalencia y los factores de riesgo asociados a las discapacidades en el grupo de 0 a 3 años de edad.

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia y factores de riesgos que inciden en la deficiencia en niños de 0-3 años atendidos en el Centro de Rehabilitación SERLI de Guayaquil en el período 2013-2015?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a las deficiencias en niños de 0-3 años de edad en el Centro de Rehabilitación SERLI en el periodo de enero del 2013 a diciembre del 2015 en la ciudad de Guayaquil.

2.2. Objetivos Específicos

- 1- Establecer la prevalencia de niños de 0-3 años con deficiencias en el Centro de Rehabilitación SERLI de Guayaquil en el período 2013-2015.
- 2- Describir las variables sociodemográficas de los niños de 0-3 años en cuanto a edad, sexo, raza y lugar de procedencia.
- 3- Determinar el tipo de deficiencia en la población, objeto de estudio.
- 4- Identificar los factores de riesgo asociados a las deficiencias.

3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La Terapia Física es la especialidad que elegimos para emprender nuestras vidas como profesionales. La investigación tiene carácter novedoso y resulta ser viable ya que en el Centro de Rehabilitación no existen estudios similares al que pretendemos realizar.

En la ciudad de Guayaquil no existen experiencias de trabajos relacionados con el estudio de la prevalencia y factores de riesgo en niños con deficiencias de 0-3 años, por lo que creemos novedosa y viable esta investigación: la misma se realizó en el Centro de Rehabilitación SERLI, ubicado en la ciudad de Guayaquil, donde se brinda atención a pacientes con cualquier tipo de discapacidad y de cualquier edad.

En el transcurso de nuestra carrera hemos realizado visitas a diferentes Instituciones de salud como Hospital Infantil Roberto Gilbert, Hospital Teodoro Maldonado, Centro de Rehabilitación Medica #2 INFA. Así como el Centro de Rehabilitación SERLI; en dichos centros hemos presenciado la elevada prevalencia de personas con algún tipo de deficiencia, en los que se evidencia un número importante de casos en niños y niñas.

Consideramos que estamos ante un problema de salud infantil verdaderamente prevalente, el cual se encuentra asociado a múltiples factores de riesgo, que en muchas ocasiones puede ser prevenible y previsible. Este estudio tiene como prioridad tratar de conocer la prevalencia de deficiencias en el grupo de 0-3 años en el Centro de Rehabilitación SERLI así como los factores de riesgo asociados.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Marco Referencial

La deficiencia se considera como un fenómeno universal, la cual constituye un tema muy complejo, con enorme repercusión social y económica. A nivel mundial los estudios poblacionales no se realizan con frecuencia, son limitados y en muchas ocasiones imprecisos, por lo que el trabajo en políticas públicas o programas relacionados con la deficiencia carece en muchos casos de la base científica y sociológica necesaria para la intervención correcta, efectiva y oportuna, sobre todo en los países del llamado "tercer mundo." (Cobas et al., 2010).

En el año 2012 se realizó en la zona urbana de Cuenca, Ecuador un estudio en niños y niñas con retrasos del desarrollo psicomotriz del grupo de edad de 0-5 años en el cual se encontró que dentro de los factores de riesgo que predominaron se encuentran los factores biológicos, dentro de ellos la desnutrición y la microcefalia fueron de mayor incidencia, y entre los sociales predominó la familia no nuclear, migración de los padres y cuidadora no materna (T et al., 2012).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 80 por ciento de discapacitados en el mundo se concentra en países en desarrollo. Se plantea que en América Latina existen alrededor de 85 millones de personas con algún tipo de discapacidad (EES13–MERLO–BUENOS, n.d.). Estudios realizados en los Estados Unidos revelan un incremento de un 78% de niños con autismo del año 2002 al 2008 (Blumberg et al., 2013).

En Ecuador los resultados del estudio bio-psicosocial-clínico genético denominado "Misión Solidaria Manuela Espejo" realizado en el año 2010 revelaron que en el país existen 294.803 personas con discapacidad (INEC, 2010) (Xavier Torres, 2013).

La competencia profesional sobre la deficiencia también se ha movido desde posiciones estrictamente médicas y de Rehabilitación, hasta otras sociales, educativas, laborales, de salud pública o incluso morales. Existe dificultad, inconsistencia y diversidad de intenciones que complican los estudios de las deficiencias, la comparación entre mediciones a lo largo del tiempo y consecuentemente entre países (Abellán García A, 2012).

En la Encuesta Mundial de Salud se refleja que alrededor de 785 millones de personas de 15 años y más viven con una deficiencia (15,6%), de las cuales 110 millones (2,2%) tienen dificultades muy significativas de funcionamiento; sin embargo, los resultados encontrados en el proyecto sobre la Carga Mundial de Morbilidad estiman una cifra próxima a los 975 millones (19,4%), de ellas 190 millones (3,8%) las personas tienen una “discapacidad grave” (patologías tales como la tetraplejía, depresión grave o ceguera). Por otro lado, en dicho proyecto se refleja que aproximadamente 95 millones de niños de 0 a 14 años presentan discapacidades y de ellos 13 millones de los cuales tienen “discapacidad grave” (mundial, 2011).

La Organización Mundial de la Salud estima que el 10% de la población a nivel mundial, presenta algún tipo de discapacidad y que el 80% de éstos, viven en países donde los servicios de atención son escasos y a veces nulos.

Los países de bajos ingresos presentan elevada prevalencia de deficiencia. Existen múltiples factores de riesgo asociados a las discapacidades entre ellos se destacan: las malas condiciones de vida, baja escolaridad, los accidentes, los traumatismos, los defectos congénitos, las deficiencias nutricionales, condiciones ambientales y las enfermedades crónicas o degenerativas (La Tribuna, 2014).

Algunos autores señalan la necesidad de adoptar marcos conceptuales similares y un lenguaje común internacional, pues definiciones y marcos diferentes para el mismo concepto de deficiencia han conducido a confusión entre científicos. La propia Organización Mundial de la Salud (OMS) ha

modificado términos y conceptos entre sus clasificaciones internacionales de discapacidad, la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de 1980, y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)

4.2. Marco Teórico

4.2.1. Discapacidades en Niños

4.2.1.1. Antecedentes Históricos de las Discapacidades

Hasta mediados del siglo XIX las personas con discapacidad se consideraban como personas bochornosas y vergonzosas; se decía que lo que tenían era un castigo divino, que debían esconderse y tenía que ser cuidados en sus casas. Algunos que no tenían afectaciones graves podían integrarse en la sociedad con más facilidad. A partir de la segunda mitad del siglo se fueron creando Instituciones públicas para que pudieran ser educados de manera que se pudieran adaptar a la sociedad que les rodeaba. A principios del siglo XX al extenderse el movimiento eugenésico estas Instituciones se convirtieron en un lugar para retenerlos y proteger a la sociedad de ellos, las personas con discapacidades importantes quedaron recluidas en asilos o vagaban por las calles mendigando, separados de una familia que no quería reconocerlos como parte suya. Eran personas desadaptadas socialmente, que inevitablemente caían en la pobreza (Gómez Casares R, 2012).

Habitar un cuerpo con algún tipo de deficiencia o discapacidad es una de las muchas formas de estar en el mundo. A lo largo de la historia se han realizado diversas exposiciones sobre la desigualdad expresada en el cuerpo, los estudios sobre discapacidad fueron los que más dilataron en el campo de las ciencias sociales y humanas. Los primeros teóricos en realizar los estudios de discapacidad tenían enfoques de género, feministas y antirracistas, expusieron una nueva definición de habitar un cuerpo que había sido considerado, por mucho tiempo, anormal, plantearon una nueva expresión aún sin traducción para la lengua portuguesa o española: disabling (deshabilitado), como resultado de la cultura de la normalidad, en la que las discapacidades son el blanco de la opresión y discriminación. La discapacidad no es apenas un concepto biomédico, sino que debe ser

entendido en términos políticos y no estrictamente biomédicos (Fernandes Malloy-Diniz et al., 2007).

Las personas con discapacidad han sido discriminadas y minusvaloradas sistemáticamente a lo largo de la historia. En ocasiones, como en el período del nazismo alemán, fueron asesinadas en un vano intento de erradicar su “imperfección”.

Incluso hoy en día, su realidad es plenamente discriminatoria y los modelos actuales de análisis de esta realidad se han mostrado insuficientes a la hora de erradicar esa discriminación y a la hora de afrontar los nuevos retos bioéticos (Diversidad, Lo, & La, 2008).

4.2.1.2. Evolución de la Percepción y el Concepto de Discapacidad

A partir del siglo XX cuando se inicia el proceso de Institución con principios de Rehabilitación Médica se comienza a hablar de discapacidad como concepto cuando se comenzó a atender a las personas que presentaban secuelas de la primera guerra mundial. Después de la segunda guerra mundial el concepto de discapacidad presenta una evolución diferente, los soldados no referían no tener seguridad de su vida antes de ir a la guerra por lo que pidieron al gobierno consideraciones especiales, siendo los veteranos de la guerra, las primeras personas consideradas con discapacidad. (Gómez Casares R, 2012).

El progreso de la sociedad ha permitido que se hayan mejorado y desarrollado los modelos sociales de discapacidad, trayendo consigo que añaden nuevas valoraciones al término discapacidad. Por ejemplo, se distingue entre una persona con discapacidad, es decir, que presente una habilidad disminuida siendo objetivamente menor que la de la media, y una persona con capacidades distintas de las normales y que aunque no representa ninguna ventaja o inconveniente, a menudo es considerado un problema debido a la actitud de la sociedad o el hecho de que los estándares están basados en características medias.

Estos cambios de actitud han facilitado cambios en la comprensión de determinadas características físicas que antes eran consideradas como discapacidades. Un ejemplo de ello es que en los años de la década de 1960, a las personas que realizaban sus actividades con la mano izquierda se les decía que presentaban una anomalía, obligándolas a escribir con la mano derecha, y en ocasiones hasta les ponía de castigo si obedecían. Esta cualidad fue reconocida como una característica física normal en años 1980, permitiendo reconocer la autonomía de estas personas.

Se puede decir también que una persona tiene una discapacidad física o mentalmente cuando tiene una función intelectual básica limitada respecto de la media o anulada por completo.

Con el fin de lograr que las personas con discapacidad se sientan incluidas en la sociedad en que vivimos, se están realizando cambios constantemente en el entorno y se crean espacios públicos acorde a las necesidades de estas personas.

Con el objetivo de mejorar el entorno lo más normal posible y menos restrictivo de las personas con discapacidades, se crea a partir de la década de 1960 el movimiento de normalización el que tenía en cuenta que cada persona con una discapacidad era un ser con necesidades específicas.

La sociedad cuenta con profesionales (médicos, rehabilitadores, educadores, asistentes sociales, etc.) que contribuyen al desarrollo eficaz de ese entorno, calando más la conciencia de que las discapacidades son un problema de salud multidisciplinario y que debe ser evaluado por varios factores de la sociedad para trabajar juntos y mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidades. (Gómez Casares R, 2012).

4.2.1.3. Epidemiología de las Discapacidades

Según la OMS, 600 millones de personas viven con discapacidad de diversos tipos. El 80% de ellas lo hace en países de bajos ingresos, la mayoría son pobres y no tienen acceso a servicios básicos ni a servicios de Rehabilitación.

Estudios recientes de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) indican que alrededor del 12% de la población de América Latina y el Caribe vive con al menos una discapacidad (12,4% en América Latina y 5,4% en el Caribe), (CEPAL, 2013).

4.2.1.4. Enfoques de la Discapacidad

La introducción al CIF indica que una variedad de modelos conceptuales se ha propuesto para entender y para explicar la discapacidad y el funcionamiento, que intenta integrar a ellos. Existen dos enfoques para ver la discapacidad en sí. El modelo social y el modelo médico.

4.2.1.4.1. Enfoque Social

El enfoque social de la discapacidad considera la aplicación de la "discapacidad" principalmente como problema social creado y básicamente como cuestión de la inclusión completa de los individuos en sociedad (la inclusión, como los derechos de la persona con discapacidad).

En este enfoque la discapacidad, es una colección compleja de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social, razón por la cual la gerencia del problema requiere la acción social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación completa de la persona con discapacidad en todas las áreas de la vida. La mayor desigualdad se da en la desinformación de la discapacidad que tiene enfrente las personas sin discapacidad y el no saber cómo desenvolverse con la persona discapacitada, logrando un distanciamiento no querido. La sociedad debe eliminar las barreras para lograr la equidad de oportunidades entre personas con discapacidad y personas sin discapacidad. Para lograr esto, tenemos las tecnologías de apoyo.

No contempla la discapacidad como un problema individual, sino como algo dado por las limitaciones que pueda tener una persona y las muchas barreras que levanta la sociedad. Esto es lo que causa la desigualdad social con personas sin discapacidad.

4.2.1.4.2. Enfoque del Comportamiento Interpersonal

En el aspecto médico se ve a la discapacidad como una enfermedad, causando directamente una deficiencia, el trauma, o la otra condición de la salud que por lo tanto requiere la asistencia médica sostenida proporcionada bajo la forma de tratamiento individual por los profesionales.

"Es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud y sus factores contextuales".

La discapacidad es un problema individual y significa que la persona es minusválida. Es "curación dirigida", o el ajuste y el cambio del comportamiento del individuo que conducirían a "casi curan" o curación eficaz. En el enfoque médico, la asistencia médica se ve como el punto principal, y en el nivel político, la respuesta principal es la de la política de modificación o Reforma de la salud. El enfoque con el cual la persona con discapacidad es tomada por la sociedad es muy importante.

Puesto que la experiencia de la discapacidad es única para cada individuo, no sólo porque la manifestación concreta de la enfermedad, desorden o lesión es única, sino porque esa condición de salud estará influida por una compleja combinación de factores (desde las diferencias personales de experiencias, antecedentes y bases emocionales, construcciones psicológicas e intelectuales, hasta el contexto físico, social y cultural en el que la persona vive), ello da pie para sugerir la imposibilidad de crear un lenguaje transcultural común para las tres dimensiones de la discapacidad. Y ello también porque no sólo las experiencias individuales de discapacidad son únicas, sino porque las percepciones y actitudes hacia la discapacidad son muy relativas, ya que

están sujetas a interpretaciones culturales que dependen de valores, contexto, lugar y tiempo socio histórico, así como de la perspectiva del estatus social del observador. La discapacidad y su construcción social varían de una sociedad a otra y de una a otra época, y van evolucionando con el tiempo.

4.2.1.5. Modelos de Discapacidad

El Instituto Interamericano del Niño de la Organización de Estados Americanos (OEA), en el que plantea la evolución del concepto de discapacidad desde el siglo XVII, según los siguientes modelos:

4.2.1.5.1. Modelo Preformista o Negativista

Este modelo establece que las deficiencias se formaban en el individuo como designio divino desde que este era concebido y las personas que presentaban alguna discapacidad eran venerados o segregados, dependiendo de la visión de cada cultura. Tal modelo prevaleció hasta el siglo XVII.

4.2.1.5.2. Modelo Predeterminado Médico

Se extiende desde el siglo XVII hasta fines del siglo XIX. Se consideraba que las discapacidades tenían origen biomédico, de tal manera que eran considerados como una enfermedad que debía ser curada, no obstante, aquellos que a pesar de los tratamientos no lograban una mejora eran recluidos en asilos o manicomios.

4.2.1.5.3. Modelo Interaccionista o Estructuralista

Comienza a desarrollarse el concepto de desventaja y a enfatizarse los factores ambientales. En este período se implanta la normalización en la educación. Se reconoce el valor de la prevención para eliminar las barreras físicas y estructurales.

4.2.1.5.4. Modelo Inclusivo de los Derechos Humanos

Actualmente este modelo es el que prevalece y reconoce que todo individuo sin importar su discapacidad tiene derechos humanos que deben ser respetados.

4.2.1.5.5. Modelo Biopsicosocial

El modelo biopsicosocial es un modelo participativo de salud y enfermedad que considera al individuo un ser que participa de las esferas biológicas, psicológicas y sociales.

4.2.1.5.6. Modelo de la Diversidad Funcional

Discapacidad Física: Esta es la clasificación que cuenta con las alteraciones más frecuentes, las cuales son secuelas de poliomielitis, lesión medular (parapléjico o cuadripléjico) y amputaciones.

Discapacidad Intelectual: Se caracteriza por una disminución de las funciones mentales superiores (inteligencia, lenguaje, aprendizaje, entre otros), así como de las funciones motoras. Esta discapacidad abarca toda una serie de enfermedades y trastornos, dentro de los cuales se encuentra el retraso mental, el Síndrome de Down y la Parálisis Cerebral.

Discapacidad Psíquica: Las personas sufren Alteraciones Neurológicas y Trastornos Cerebrales.

Discapacidad Sensorial: Comprende a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje (E. Alicia Amate, 2006).

4.2.1.6. Clasificación y Tipos de Discapacidad

Debemos señalar que actualmente la Clasificación Internacional de Enfermedades que se emplea habitualmente es la correspondiente a su versión anterior (CIE-9), pero en este estudio hacemos referencia a la última Clasificación, en la que se han corregido algunos errores que existían en la previa y se han precisado mejor algunos conceptos.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud, distingue entre las funciones del cuerpo (fisiológico o psicológico, visión) y las estructuras del

cuerpo (piezas anatómicas, ojo y estructuras relacionadas). La debilitación en estructura o la función corporal se definen como participación de la anomalía, del defecto, de la pérdida o de otra desviación significativa de ciertos estándares generalmente aceptados de la población, que pueden fluctuar en un cierto plazo. La actividad se define como la ejecución de una tarea o de una acción. El CIF enumera 9 amplios dominios del funcionamiento que pueden verse afectados:

- Aprendiendo y aplicando conocimiento
- Tareas y demandas generales
- Comunicación
- Movilidad
- Cuidado en sí mismo
- Vida doméstica
- Interacciones y relaciones interpersonales
- Áreas importantes de la vida
- Vida de la comunidad, social y cívica

En la nueva definición de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, CIF (OMS, 2001), se entiende como Discapacidad a las “limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación, derivadas de una deficiencia en el orden de la salud, que afectan a un individuo en su desenvolvimiento y vida diaria dentro de su entorno físico y social”.

Con esta nueva definición, que reemplaza a la previa de la Clasificación Internacional de las Deficiencias, la Discapacidad y la Minusvalía, CIDDM (1980), a partir de un modelo bio-psico-social, se busca establecer una síntesis superadora, que integra elementos del modelo médico rehabilitador (que interpreta la discapacidad como un mero hecho biológico, resultado de una deficiencia del organismo), y del modelo social (para el cual la discapacidad es la resultante de las condiciones opresoras que el medio social impone a quienes la poseen). De este modo, la discapacidad poseería dos dimensiones: existe una “situación de discapacidad”, es decir, ciertas condiciones generales, tanto cuantitativas como cualitativas, que la

discapacidad incorpora como atributos objetivos en un contexto particular, y una condición de discapacidad”, que evidenciaría la experiencia individual de esas condiciones generales objetivas como vivencia subjetiva de la persona. Así, situación y condición han de ser entendidas como dos caras o aspectos inseparables de la discapacidad: la cara “objetiva” y la cara “subjetiva” de la misma (Mart, 2011).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) indica los aspectos negativos de la interacción del individuo (con una "condición de salud") y sus factores contextuales (ambientales y personales). Incluye déficits, limitaciones de la actividad y restricciones de la participación. Por esto pasan a identificarla con la limitación en la actividad, que es la dificultad que puede tener un individuo para realizar actividades. Abarca desde una limitación muy leve hasta una grave en cantidad o en calidad, en la realización de una actividad, comparándola con la manera, extensión o intensidad que se espera que la realizara una persona sin esa condición de salud (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Las discapacidades pueden clasificarse en 3 grandes grupos diferenciados entre sí, en tanto, cada una de estas puede manifestarse de diferentes maneras y en diferentes grados:

Discapacidades físicas o motoras: Están relacionadas con el cuerpo, miembros y órganos en general, es una desventaja que le impedirá a la persona que la sufre su desempeño motor. Originadas en los sistemas musculoesquelético, nervioso, aparato respiratorio, sistema cardiovascular, sistema hematolinfopoyético, aparato digestivo, aparato urogenital, sistema endocrino, piel y anejos y neoplasias.

Discapacidades Sensoriales: Son aquellas que se manifiestan justamente en los sentidos, originadas en el aparato visual, oído, garganta y estructuras relacionadas con el lenguaje.

- ✓ **Discapacidad sensorial auditiva:** Se considera discapacidad auditiva a un término global que hace referencia a las deficiencias en las

funciones y estructuras corporales del sistema auditivo (asociado o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes), y las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomado como parámetro su capacidad / habilidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o terceras personas.

- ✓ **Discapacidad sensorial visual:** Se considera discapacidad visual a un término global que hace referencia a las deficiencias¹ en las funciones visuales y estructuras corporales del ojo y/o sistema nervioso (asociado o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes), y las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomado como parámetro su capacidad / habilidad real y las restricciones en su desempeño, considerando los dispositivos de ayudas ópticas adaptaciones personales y/o modificaciones del entorno.
- ✓ **Discapacidad visceral:** Se considera discapacidad visceral a un término global que hace referencia a las deficiencias¹ en las funciones y estructuras corporales de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico, respiratorio, digestivo, metabólico, endocrino y genitourinarias (asociadas o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes), y las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomado como parámetro su capacidad/habilidad real.

Para una mejor comprensión, se divide la siguiente normativa de Discapacidad Visceral según condición de salud de origen Cardíaco, Respiratorio, Renal - Urológico, Digestivo y Hepático.

Discapacidades psíquicas o mentales: Es aquella que presenta trastornos permanentes en el comportamiento y la discapacidad intelectual. Hace referencia a las deficiencias en las funciones mentales y estructuras del sistema nervioso (asociadas o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes), y en las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomando como parámetro su capacidad habilidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o

dispositivos de ayuda o de terceras personas. Originadas por el retraso y/o enfermedad mental (Inegi, 2010).

Así mismo, se considera que una discapacidad puede ser:

- **Total:** cuando el individuo ha perdido más del 66 % de sus capacidades.
- **Parcial:** cuando no alcanza dicho porcentaje.
- **Permanente:** cuando no hay recuperación ad integrum de la capacidad afectada
- **Transitoria:** cuando la capacidad afectada puede ser recuperada a través de los diferentes medios terapéuticos (Inegi, 2010).

Consideramos importante tener en cuenta que en los niños las discapacidades no están totalmente establecidas, y es posible modificarlas gracias a una intervención temprana; por medio de esta se minimizan al estimular ciertas capacidades que están menos desarrolladas.

4.2.1.7. Discapacidades de Mayor Prevalencia en Niños

- **Pie Plano:** Pie que tiene una deformación caracterizada por la desaparición del puente del pie, de manera que para andar se apoya toda la planta en el suelo.
- **Pie Varo:** Son aquellos que orientan la planta del pie hacia dentro, apoyando el borde externo y los últimos dedos (anular y meñique) Normalmente, va asociado a una lateralización de las piernas y de las rodillas.
- **Genu Varo** (también llamado piernas arqueadas y tibia vara): Es una peculiaridad física marcada por una inclinación hacia afuera de la pierna en relación con el muslo, dando la apariencia de un arco. Por lo general, la angulación medial de ambos, el fémur y la tibia está involucrada.
- **Escoliosis** (en griego: skoliōsis, de skolios, "torcido"): Es una desviación de la columna vertebral, que resulta curvada en forma de "S" o de "C". Generalmente se clasifica en congénita (causada por anomalías vertebrales presentes al nacer), idiopática.

- **Distorsión Tibial:** Torsión que se presenta en el extremo óseo de la tibia, que puede ser interno o externa, en el mismo sentido (aditivas), o en sentido inverso (compensadoras) (C, 2010).
- **Parálisis Cerebral Infantil (PCI):** Es la discapacidad crónica más común de la infancia. Ocurre como resultado de una lesión cerebral produciendo deficiencias de movimiento en los niños de tipo progresivo y afectación durante toda la vida (I, 2014).
- **Disartria:** Corresponde a una alteración en la articulación de las palabras. Se atribuye a una lesión del sistema nervioso central y periférico. Se distingue de una afasia motora en que no es un trastorno del lenguaje, sino del habla; es decir, el paciente manifiesta dificultades asociadas con la articulación de fonemas.
- **Retardo Simple del Lenguaje (RSL):** Cuando hay una buena comprensión y la evolución del lenguaje es similar a la mayoría de niños normales aunque con una cronología moderadamente retrasada. Se trata de un retraso madurativo que corresponde al límite de la normalidad para el desarrollo del lenguaje (Rafael A. González V., 2012).

4.2.1.8. Factores de Riesgo Asociados a las Discapacidades

En el periodo neonatal pueden ocurrir sucesos que pueden repercutir posteriormente en la aparición y desarrollo de una deficiencia o discapacidad.

Existen factores biopsicosociales que se encuentran relacionados a las diferentes discapacidades, los cuales se van a clasificar en:

- ✓ Biológicos establecidos: Anomalías cromosómicas por ejemplo el Síndrome de Down, alteraciones genéticas con la fenilcetonuria, los trastornos metabólicos como el hipotiroidismo y las deficiencias sensoriales por ejemplo sordas y ciegas.
- ✓ Biológicos inferidos prenatales: Condiciones pre-post y perinatales que afectan al Sistema Nervioso (SN), enfermedades inducidas por el embarazo como amenaza de aborto y de parto prematuro, hipertensión, diabetes, alteraciones del líquido amniótico, enfermedades infecciosas, consumo de drogas, contaminación

ambiental, incompatibilidad sanguínea y sufrimiento fetal.(MINSA, 2015)

- ✓ Biológicos inferidos post-natales:

Durante la etapa del Recién Nacido (RN) se pueden asociar diferentes riesgos psiconeurológicos y sensoriales.

Existen múltiples factores psicosociales asociados a las discapacidades, entre ellos la disfunción familiar que puede traducirse en maltrato físico, psicológico o emocional, castigo, abuso, entre otros; el bajo nivel de escolaridad de los padres, la pobreza, el desempleo, la delincuencia, la drogadicción, el alcoholismo, el control prenatal inadecuado (mala información sobre cómo va el embarazo), el embarazo precoz, embarazo no controlado y embarazo no deseado (Ramos Sánchez, 2007) (MINSA, 2015).

La discapacidad o deficiencia infantil se ha convertido en un problema de salud de gran importancia en el mundo que se incrementa a medida que se reduce el número de niños y niñas afectados por condiciones como bajo peso al nacer, la pre madurez o las enfermedades crónicas no transmisibles (Rodríguez Vernal Y, Martínez Fontanilles AM, Álvarez Guerra OM, 2009).

Los informes internacionales estiman que al menos un niño de cada diez nace con una disminución grave, o la adquiere posteriormente, de tal modo que, en ausencia de los cuidados apropiados, el desarrollo del niño puede verse obstaculizado.

Se estima que aproximadamente el 80% de los 200 millones de niños y niñas del mundo que sufren discapacidades viven en países subdesarrollados o en vías de desarrollo; de éstos pocos reciben una atención médica y educación adecuadas, y menos de un 2% reciben algún tipo de servicios especiales.

La evaluación o estimación de una discapacidad puede ser variable y hasta controvertida por diferentes investigadores, pero la necesidad de la persona con discapacidad está presente y es una realidad que se agrava con las malas

condiciones socioeconómicas. También las guerras constituyen devastación y generan un considerable coste social, económico y emocional para las personas con discapacidad, para sus familias y para la comunidad que las rodea.

Otro de los factores que pueden influir en la discapacidad en un país concreto son las tendencias en los problemas de salud, los factores ambientales y de otra índole, los accidentes de tráfico, las catástrofes naturales, los conflictos, los hábitos alimentarios y el abuso de sustancias nocivas (Blumberg et al., 2013).

4.2.1.9. Repercusiones de la Discapacidad en los Niños y Niñas

Los niños y niñas con discapacidad tienen más probabilidad de vivir en condiciones de pobreza que los niños sin discapacidad, la mayoría de estos infantes provienen de países subdesarrollados o en vías de desarrollo, en lo que persiste la pobreza extrema y tienen que enfrentarse a numerosos obstáculos que la sociedad pone a su paso; tienen menos probabilidades de recibir educación y atención de la salud, ya que las posibilidades son menores. En muchos países la respuesta más frecuente a estas situaciones es la institucionalización, el abandono o el descuido.

Estas respuestas son el problema y se originan en nociones negativas o paternalistas sobre la incapacidad, la dependencia y las diferencias, que se perpetúan a causa de la ignorancia. Mientras esto no cambie, se mantendrá el menoscabo de los derechos de los niños y niñas con discapacidad, que seguirán siendo víctimas de discriminación, violencia y abuso. Igualmente, sus oportunidades seguirán siendo escasas y continuarán excluidos de la sociedad.

Los niños y niñas con discapacidad enfrentan distintas formas de exclusión y están afectados por ellas en diversos grados, dependiendo de factores como el tipo de impedimento, el lugar de residencia y la cultura o clase a la cual pertenecen.

Otro factor crucial es el género; de hecho, las niñas tienen menos probabilidades que los niños de recibir atención y alimentación, y más probabilidades de quedar excluidas de las interacciones y las actividades familiares. Las niñas y las mujeres jóvenes discapacitadas sufren de una “doble discapacidad”, no solo por los prejuicios y las desigualdades de que son víctimas muchas personas en sus mismas circunstancias, sino también por las limitaciones y las funciones asignadas tradicionalmente a cada género (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Las niñas con discapacidad también tienen menos probabilidades de asistir a la escuela, recibir formación profesional y encontrar empleo que los niños con discapacidad y las niñas sin discapacidad (G, 2004)(UNICEF, 2013).

Estas diversas formas y grados de exclusión se fundamentan en la experiencia compartida de ser definido y juzgado por aquello de lo que se carece y no por aquello que se tiene. Frecuentemente consideran inferiores a los niños y niñas con discapacidad, lo cual intensifica su vulnerabilidad: la discriminación basada en la discapacidad se ha plasmado en la marginación de los recursos y de la toma de decisiones, e incluso en el infanticidio (Blumberg et al., 2013)(UNICEF, 2013).

Las privaciones que sufren en la infancia pueden tener efectos duraderos; por ejemplo, menos oportunidades de acceder a empleos remunerados o de participar en cuestiones cívicas más adelante en la vida. Y a la inversa, el acceso a servicios y tecnología de apoyo, y su utilización, pueden hacer que un niño con discapacidad asuma su lugar en la comunidad y contribuya a ella.

Los niños y niñas con discapacidad no deben considerarse ni tratarse como simples beneficiarios de desembolsos caritativos. Tienen los mismos derechos que los demás niños; por ejemplo: a la vida; a las oportunidades que se derivan de una buena atención de la salud, una nutrición adecuada.

En muchos países no se registra cuando un niño nace con alguna discapacidad y en muchas ocasiones ni se llega a registrar el nacimiento, lo que trae consigo que sean excluidos y para los sistemas sociales, educativos

y de salud y, por lo tanto, no reciben atención en dichos servicios, a los cuales tienen derecho (UNICEF, 2013)(Sieberg et al., 2011).

4.3. Marco Conceptual

Deficiencia:

Para la *CIE-10* este concepto hace referencia a la pérdida o anomalía de una estructura anatómica o de una función, fisiológica o psicológica. La *CIF* la define como un problema en las funciones o estructuras corporales tales como una desviación significativa o una pérdida. Las deficiencias representan una desviación de la norma generalmente aceptada en relación al estado biomédico del cuerpo y sus funciones. La definición de sus componentes la llevan a cabo personas capacitadas para juzgar el funcionamiento físico y mental de acuerdo con las normas generalmente aceptadas.

Pueden ser temporales o permanentes, progresivas, regresivas o estáticas; intermitentes o continuas. La desviación de la norma puede ser leve o grave y puede fluctuar en el tiempo. No tienen relación causal ni con su etiología ni con su forma de desarrollarse. Su presencia necesariamente implica una causa, pero ésta no tiene por qué ser suficiente para explicar la deficiencia resultante. Deben ser parte o una expresión de un estado de salud, pero no indican necesariamente que esté presente una enfermedad o que el individuo deba ser considerado como enfermo. Las deficiencias pueden derivar de otras deficiencias.

En la *CIF* se clasifican en categorías apropiadas usando criterios bien definidos: pérdida o ausencia, reducción, aumento o exceso y desviación. Puede ser graduada según su severidad.

Discapacidad:

Para la Clasificación Internacional de Enfermedades (*CIE-10*) es cualquier restricción o falta de capacidad (como consecuencia de una deficiencia) para llevar a cabo una actividad de la manera o con el nivel considerado como normal para un individuo en su situación sociocultural específica.

Para el National Health Insurance Scheme (NHIS) hace referencia al estado de estar limitado por una condición de salud mental o física crónica, en el tipo o cantidad de actividades que una persona se supone que puede realizar. Se suele hacer referencia a las actividades principales usualmente asociadas al grupo de edad de la persona.

Minusvalía:

Para la CIE-10 es un obstáculo que tiene un individuo, como resultado de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide que complete el papel que sería normal para ese individuo en función de su edad, sexo y situación económica y cultural.

Para la CIF pasa a llamarse restricción en la participación y se trata de un problema que puede experimentar un individuo para implicarse en situaciones vitales. Se define en función de una comparación de la participación de esa persona con la participación de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad (DeConceptos.com, 2015).

4.4. Marco Legal

4.4.1. Aspectos Legales Internacionales

La Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó el día 3 de diciembre como el Día Internacional de las Personas con Discapacidad, en 1992.

La O.E.A. (Organización de los Estados Americanos) en 1999 estableció la igualdad de estas personas y la obligación de que se las respete y no se las discrimine, en “La Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad”.

La Convención sobre los derechos de los Discapacitados, fue adoptada por la ONU en el año 2006, que también proclama la igualdad de estas personas y la necesidad de su protección y refuerzo de sus derechos (DeConceptos.com, 2015).

4.4.2. Constitución de la República del Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador expedida en el año 2008, conforma el marco legal, conceptual y ético que trasluce una forma de convivencia ciudadana en una sociedad que respeta en todas sus dimensiones la dignidad de las personas y las colectividades.

4.4.3. Sección Sexta. Derechos de las Personas con Discapacidad

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

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

1. La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida.
2. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas.
3. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
4. Exenciones en el régimen tributarlo.
5. El trabajo en condiciones de igualdad de oportunidades, que fomente sus capacidades y potencialidades, a través de políticas que permitan su incorporación en entidades públicas y privadas.
6. Una vivienda adecuada, con facilidades de acceso y condiciones necesarias para atender su discapacidad y para procurar el mayor grado de autonomía en su vida cotidiana. Las personas con discapacidad que no puedan ser atendidas por sus familiares durante el día, o que no tengan donde residir de forma permanente, dispondrán de centros de acogida para su albergue.
7. Una educación que desarrolle sus potencialidades y habilidades para su integración y participación en igualdad de condiciones. Se garantizará su educación dentro de la educación regular. Los planteles regulares incorporarán trato diferenciado y los de atención especial la educación especializada. Los establecimientos educativos cumplirán normas de

accesibilidad para personas con discapacidad e implementarán un sistema de becas que responda a las condiciones económicas de este grupo.

8. La educación especializada para las personas con discapacidad intelectual y el fomento de sus capacidades mediante la creación de centros educativos y programas de enseñanza específicos.

9. La atención psicológica gratuita para las personas con discapacidad y sus familias, en particular en caso de discapacidad intelectual.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. La garantía del pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. La ley sancionará el abandono de estas personas, y los actos

que incurran en cualquier forma de abuso, trato inhumano o degradante y discriminación por razón de la discapacidad.

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

4.4.4. Código de la Niñez y la Adolescencia

Art. 6.- Igualdad y no discriminación.- Todos los niños, niñas y adolescentes son iguales ante la ley y no serán discriminados por causa de su nacimiento, nacionalidad, edad, sexo, etnia; color, origen social, idioma, religión, filiación, opinión política, situación económica, orientación sexual, estado de salud, discapacidad o diversidad cultural o cualquier otra condición propia o de sus progenitores, representantes o familiares.

Art. 26.- Derecho a una vida digna.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una vida digna, que les permita disfrutar de las condiciones socioeconómicas necesarias para su desarrollo integral.

Este derecho incluye aquellas prestaciones que aseguren una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente, recreación y juego, acceso a los servicios de salud, a educación de calidad, vestuario adecuado, vivienda segura, higiénica y dotada de los servicios básicos.

Para el caso de los niños, niñas y adolescentes con discapacidades, el Estado y las instituciones que las atienden deberán garantizar las condiciones, ayudas técnicas y eliminación de barreras arquitectónicas para la comunicación y transporte.

Art. 27.- Derecho a la salud.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.

El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende:

1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable;
2. Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.

Art. 30.- Obligaciones de los establecimientos de salud.- Los establecimientos de salud, públicos y privados, cualquiera sea su nivel, están obligados a:

Inciso 7. Diagnosticar y hacer un seguimiento médico a los niños y niñas que nazcan con problemas patológicos o discapacidades de cualquier tipo.

Art. 37.- Derecho a la educación.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una educación de calidad. Este derecho demanda de un sistema educativo que:

Inciso 3. Contemple propuestas educacionales flexibles y alternativas para atender las necesidades de todos los niños, niñas y adolescentes, con prioridad de quienes tienen discapacidad, trabajan o viven una situación que requiera mayores oportunidades para aprender (Congreso Nacional, 2008).

5. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

La prevalencia de las deficiencias en niños de 0-3 años de edad es alta por los múltiples factores de riesgos como la edad, sexo, etnia, procedencia, factores genéticos, ambientales y sociales en el Centro de Rehabilitación SERLI de la ciudad de Guayaquil.

6. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES

Tabla 1 Variable Sociodemográfica

Variable	Definición	Dimensión	Escala y Valores
Edad	Edades que conformarán cada grupo	Rango de edad que conformarán cada grupo	0- 1 años: 1 1-2 años: 2 3 años: 3
Sexo	Identificación genética del ser humano	Cantidad del sexo femenino y cantidad del sexo masculino.	Femenino: F Masculino: M
Etnia	Comunidad humana a la que pertenecen en la cual comparten afinidad cultural que los identifica entre sí y comportamientos sociales similares que permite que sus integrantes puedan sentirse identificados entre sí (Reed, Suárez, & Evans, 2012)	Identidad que caracteriza al individuo proveniente de la comunidad donde mantienen en el presente prácticas culturales y comportamientos sociales similares	De la Costa: 1 De la Sierra: 2 De la Amazonia: 3
Raza	Características que diferencian a los individuos de otros, particularidades se transmiten mediante los genes que se heredan.	Cuando pertenezcan a una característica determinada que lo identifique.	Blancos: 1 Mestizos: 2 Afroamericanos: 3 Indígenas: 4 Asiáticos: 5
Procedencia	Lugar de origen o procede	Lugar donde reside	Urbano: 1 Rural: 2

Fuente: Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2015.

Elaborado: J. Guerrero y C. Aulestia. Egresados de la carrera de Terapia Física UCSG.

Tabla 2 Factores de Riesgo

Variable	Definición	Dimensión	Escala y Valores
Factores biológicos y genéticos	Factores que interviene en la formación del ser humano.	Que presente antecedentes de factores biológicos o genéticos que afectan el desarrollo del feto.	Anomalías cromosómicas y/o alteraciones genéticas: 1 Alteraciones prenatales: 2 Alteraciones peri y post natales: 3
Factores ambientales	Agentes teratógenos externos que producen una alteración en la forma o en la función del feto.	Que presente antecedentes de exposición materna o fetal a factores ambientales que pudieran causar efectos dañinos al feto	Factores uterinos: 1 Traumatismos: 2 Hipoxia: 3 Infecciones: 4 Fármacos: 5
Factores sociales	Situaciones que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren.	Que refiera antecedentes de factores sociales que influyen en el desarrollo de alguna discapacidad durante el embarazo.	Mala situación económica: 1 Embarazo accidental traumatizante: 2 Convivencia conflictiva en el núcleo familiar: 3 Separación traumatizante en el núcleo familiar: 4 Padres con bajo coeficiente intelectual: 5 Enfermedades graves/muerte: 6 Alcoholismo: 7 Drogadicción: 8 Prostitución: 9 Delincuencia/encarcelamiento: 10 Madres adolescentes: 11 Sospecha de malos tratos: 12 Otros: 13.

Fuente: Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2015.

Elaborado: J. Guerrero y C. Aulestia. Egresados de la carrera de Terapia Física UCSG.

7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

7.1. Justificación de la Elección del Diseño

El presente trabajo recopilará la información mediante datos estadísticos existentes en las Historias clínicas, por lo que es un estudio con un enfoque cuali-cuantitativo de tipo descriptivo no experimental, transversal, retrospectivo, pretende determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a los niños con discapacidad de 0-3 años de edad en el Centro de Rehabilitación SERLI en el periodo de Enero del 2013 a Diciembre del 2015 en la ciudad de Guayaquil, para lo cual se confeccionó un diseño transversal retrospectivo.

7.2. Población

La población de estudio está constituida por 281 niños y niñas de 0-3 años con discapacidades que asistieron al Centro de Rehabilitación SERLI de la ciudad de Guayaquil.

7.2.1. Criterios de Exclusión

- Discapacitados con más de 3 años de edad que reciben atención en el Centro de Rehabilitación SERLI de la ciudad de Guayaquil, en el período de estudio, teniendo en cuenta los criterios de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) de la ONU, el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (Inegi, 2010) y el Informe mundial sobre la discapacidad (2011) publicado por la Organización Mundial de la Salud (EES13–MERLO–BUENOS, n.d.) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 2013).

7.3. Técnicas e Instrumentos de Recogida de Datos

7.3.1. Técnicas

- Registro de pacientes con discapacidad en el departamento de estadísticas del Centro de Rehabilitación.
- Historias clínicas de niños y niñas con discapacidad pertenecientes al grupo de 0-3 años de edad.

7.3.2. Instrumentos

Para la recolección de la información se confeccionó un formulario que estará dirigido a obtener las variables sociodemográficas, tipo de discapacidad y factores de riesgo.

La información fue introducida en un libro de Microsoft Excel. Posteriormente será procesada mediante el paquete del programa estadístico SPSS Versión 22.0.

Los datos se muestran resumidos a través de cuadros y gráficos estadísticos, donde se utilizaron como medidas la frecuencia absoluta y por cientos, lo cual nos permitió realizar el análisis e interpretación de la información.

Se omite el consentimiento informado porque vamos a procesar muestras no pacientes.

8. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

8.1. Análisis y Presentación de los Resultados

8.1.1. Distribución por Grupos de Edades de Niños de 0-3 años con Deficiencias en el Centro de Rehabilitación SERLI, Guayaquil 2013-2015

Tabla 3 Distribución de porcentaje por Edades

Edad	No.	%
0- 1 año	66	23.4
1-2 años	151	53.8
3 años	64	22.8
Total	281	100.00

Fuente: Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2015.

Elaborado: J. Guerrero y C. Aulestia. Egresados de la carrera de Terapia Física UCSG.

Grafico 1



Fuente: Centro de Rehabilitación SERLI, Guayaquil 2015.

Elaborado: J. Guerrero y C. Aulestia. Egresados de la carrera de Terapia Física UCSG.

Análisis e Interpretación: Para el desarrollo del estudio se trabajó con un total de 281 niños y niñas comprendidos en el rango de 0 a 3 años de edad del Centro de Rehabilitación SERLI de la ciudad de Guayaquil. En la tabla y

gráfico No. 1 se representa la distribución por grupos de edades, el mayor porcentaje lo representa el grupo de 1-2 años con un 53.8%.

8.1.2. Distribución de Niños de 0-3 años con Discapacidades Según Sexo. Centro de Rehabilitación SERLI, Guayaquil 2013-2015

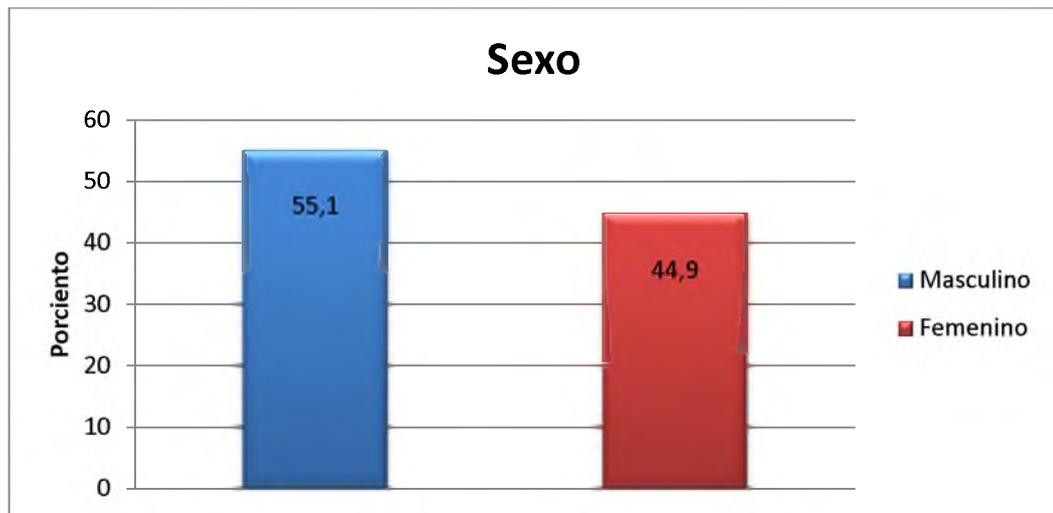
Tabla 4 Distribución de porcentaje por Sexo

Sexo	No.	%
Masculino	156	55.1
Femenino	125	44.9
Total	281	100.00

Fuente: Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2015.

Elaborado: J. Guerrero y C. Aulestia. Egresados de la carrera de Terapia Física UCSG.

Gráfico 2



Fuente: Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2015.

Elaborado: J. Guerrero y C. Aulestia. Egresados de la carrera de Terapia Física UCSG.

Análisis e Interpretación: En el gráfico se aprecia un ligero predominio del sexo masculino con un 55.1%. El 44.9% de la muestra estudiada pertenece al sexo femenino.

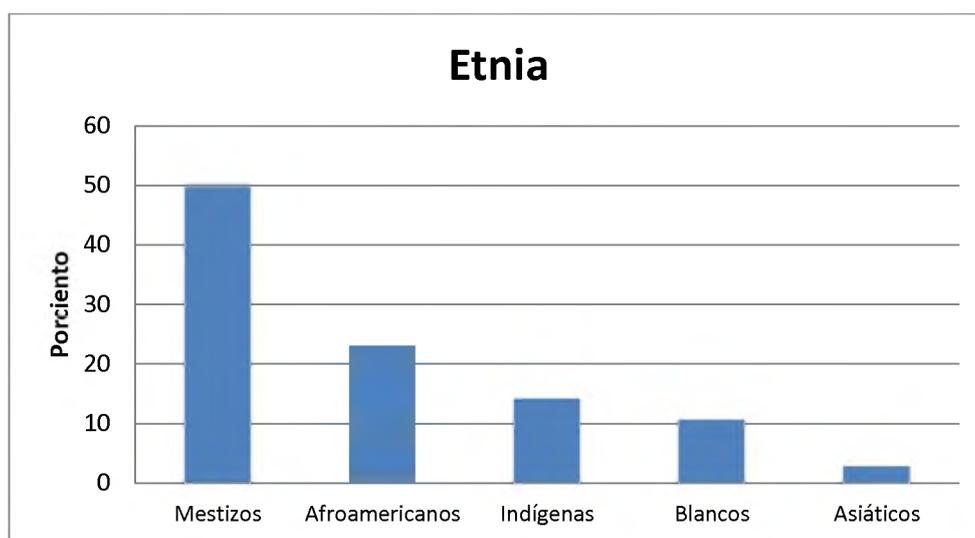
8.1.3. Distribución de Niños de 0-3 años con Deficiencias Etnia y Raza. Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2013-2015

Tabla 5 Distribución de porcentaje por Etnia

Etnia	No.	%
Mestizos	139	49.4
Afroecuatorianos	64	23
Indígenas	40	14.2
Blancos	30	10.6
Asiáticos	8	2.8
Total	281	100.00

Fuente: Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2015.
Elaborado: J. Guerrero y C. Aulestia. Egresados de la carrera de Terapia Física UCSG.

Grafico 3



Fuente: Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2015.
Elaborado: J. Guerrero y C. Aulestia. Egresados de la carrera de Terapia Física UCSG.

Análisis e Interpretación: El total de los niños pertenece a la región de la costa, donde existe un predominio de los mestizos con un 49.4%

8.1.4. Distribución de Niños de 0-3 años con Discapacidades Según Lugar de Procedencia. Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2013-2015

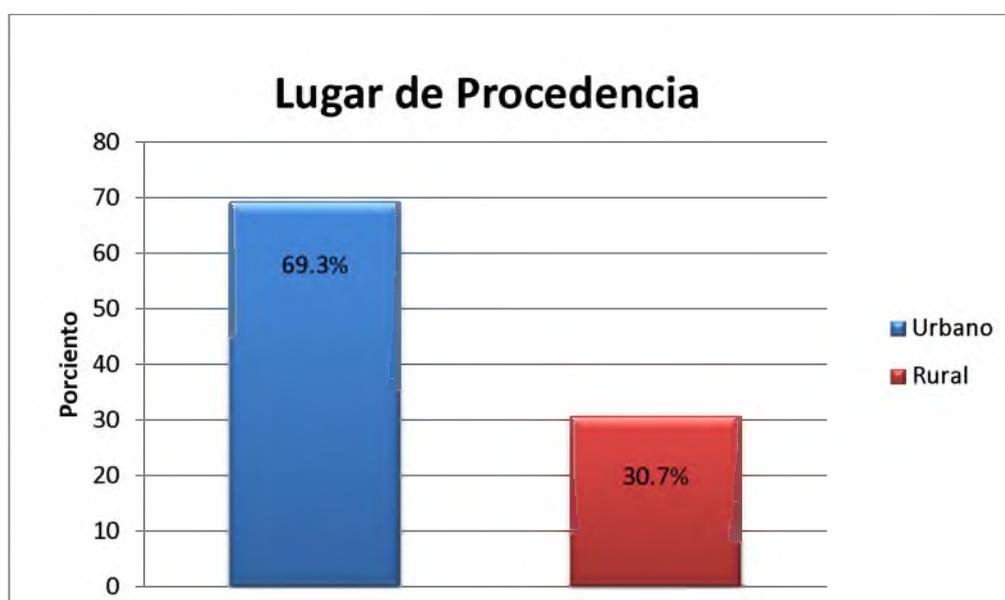
Tabla 6 Distribución de porcentaje según su Procedencia

Procedencia	No.	%
Urbano	195	69.3
Rural	86	30.7
Total	281	100

Fuente: Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2015.

Elaborado: J. Guerrero y C. Aulestia. Egresados de la carrera de Terapia Física UCSG.

Gráfico 4



Fuente: Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2015.

Elaborado: J. Guerrero y C. Aulestia. Egresados de la carrera de Terapia Física UCSG.

Análisis e Interpretación: En la tabla y gráfico se representa el lugar de procedencia, apreciándose que el 69.3% de los pacientes pertenecen a zonas urbanas, el resto proceden de áreas rurales (30.7%).

8.1.5. Distribución de Niños de 0-3 años Según Tipo de Deficiencia. Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2013-2015

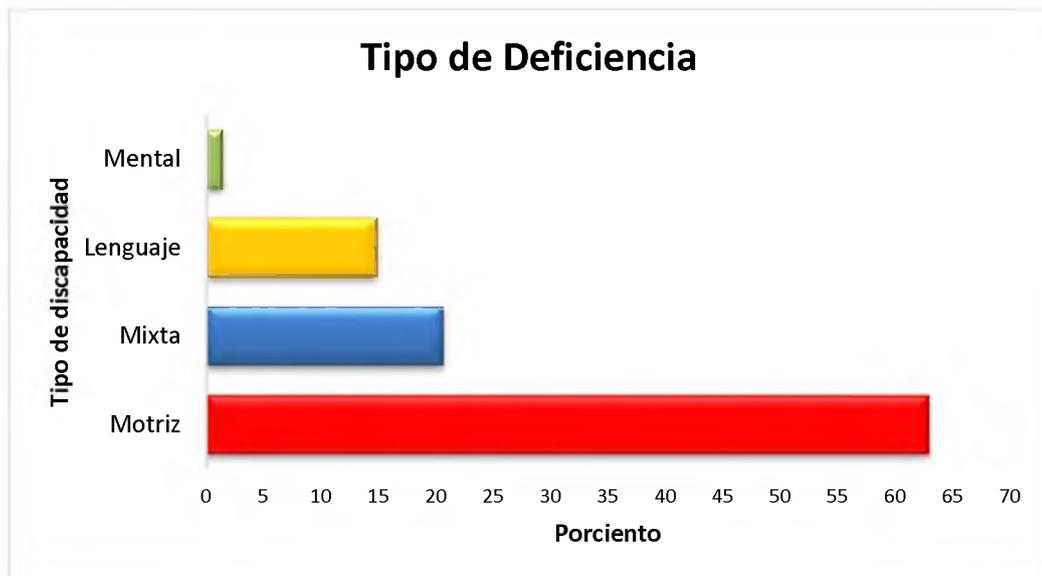
Tabla 7 Distribución de porcentaje según tipo de Deficiencia

Tipo de discapacidad	No.	%
Motriz	177	63
Mixta	58	20.7
Lenguaje	42	14.9
Mental	4	1.4
Total	281	100

Fuente: Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2015.

Elaborado: J. Guerrero y C. Aulestia. Egresados de la carrera de Terapia Física UCSG.

Grafico 5



Fuente: Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2015.

Elaborado: J. Guerrero y C. Aulestia. Egresados de la carrera de Terapia Física UCSG.

Análisis e Interpretación: En la investigación se obtuvo que predominó la deficiencia motriz en un 63%, seguido de la mixta con un 20.7% dentro de las cuales inciden la Parálisis Cerebral Infantil y la deficiencia auditiva.

8.1.6. Prevalencia de la Deficiencia Motriz Según Patología. Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2013-2015

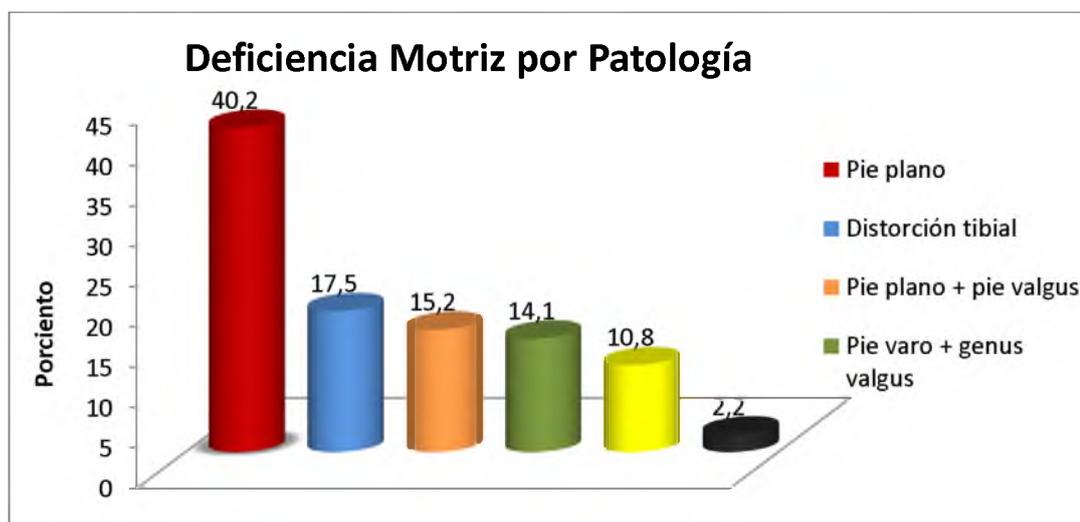
Tabla 8 Distribución de porcentaje según la Deficiencia Motora

Deficiencia	No.	%
Pie plano	71	40.2
Distorsión tibial	31	17.5
Pie plano más pie valgus	27	15.2
Pie varo más genus valgus	25	14.1
Pie varo	19	10.8
Escoliosis	4	2.2
Total	177	100.00

Fuente: Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2015.

Elaborado: J. Guerrero y C. Aulestia. Egresados de la carrera de Terapia Física UCSG.

Grafico 6



Fuente: Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2015.

Elaborado: J. Guerrero y C. Aulestia. Egresados de la carrera de Terapia Física UCSG.

Análisis e Interpretación: La deficiencia de mayor porcentaje es la motriz con un 63%. Este resultado es alarmante ya que las deficiencias pueden estar relacionadas a factores genéticos, biológicos o ambientales que no fueron identificados antes del nacimiento, que pudieron ser prevenibles y se desconocen en nuestra investigación. Dentro de dichas deficiencias existió un

predominio del pie plano con un 40.2%, seguido de la distorsión tibial con un 17.5% y el pie plano más pie valgus con un 15.2%.

8.1.7. Prevalencia de la Discapacidad Mixta. Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2013-2015

Tabla 9 Distribución de porcentaje según Discapacidad Mixta

Discapacidad	No.	%
Parálisis Cerebral Infantil	40	69
Deficiencia Auditiva	18	31
Total	58	100

Fuente: Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2015.

Elaborado: J. Guerrero y C. Aulestia. Egresados de la carrera de Terapia Física UCSG.

Grafico 7



Fuente: Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2015.

Elaborado: J. Guerrero y C. Aulestia. Egresados de la carrera de Terapia Física UCSG.

Análisis e Interpretación: Entre las discapacidades mixtas se observa un predominio de la Parálisis Cerebral Infantil con un 69%. El otro tipo de discapacidad mixta que se encontró en la investigación fue la deficiencia auditiva con un 31%.

8.1.8. Prevalencia de la Deficiencia del Lenguaje. Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2013-2015

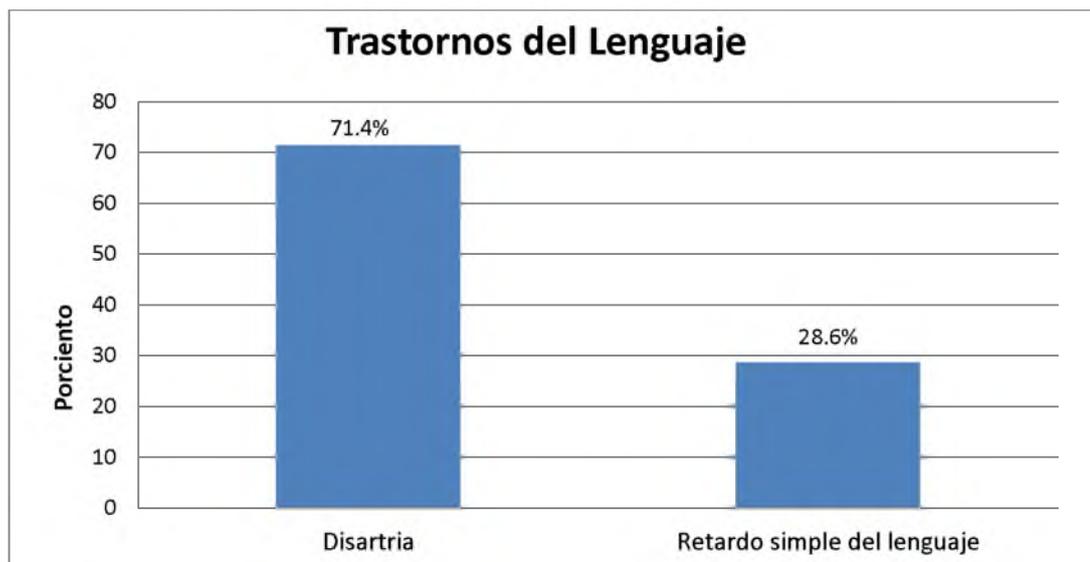
Tabla 10 Distribución de porcentaje según Deficiencia del Lenguaje

Deficiencia	No.	%
Disartria	30	71.4
Retardo simple del lenguaje	12	28.6
Total	42	100.0

Fuente: Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2015.

Elaborado: J. Guerrero y C. Aulestia. Egresados de la carrera de Terapia Física UCSG.

Grafico 8



Fuente: Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2015.

Elaborado: J. Guerrero y C. Aulestia. Egresados de la carrera de Terapia Física UCSG.

Análisis e Interpretación: Dentro de las deficiencias encontradas en la investigación se pudo apreciar que el 14.9% pertenecen a trastornos del lenguaje, siendo la disartria la de mayor incidencia con un 71.4%.

8.1.9. Prevalencia de la Deficiencia Intelectual. Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2013-2015

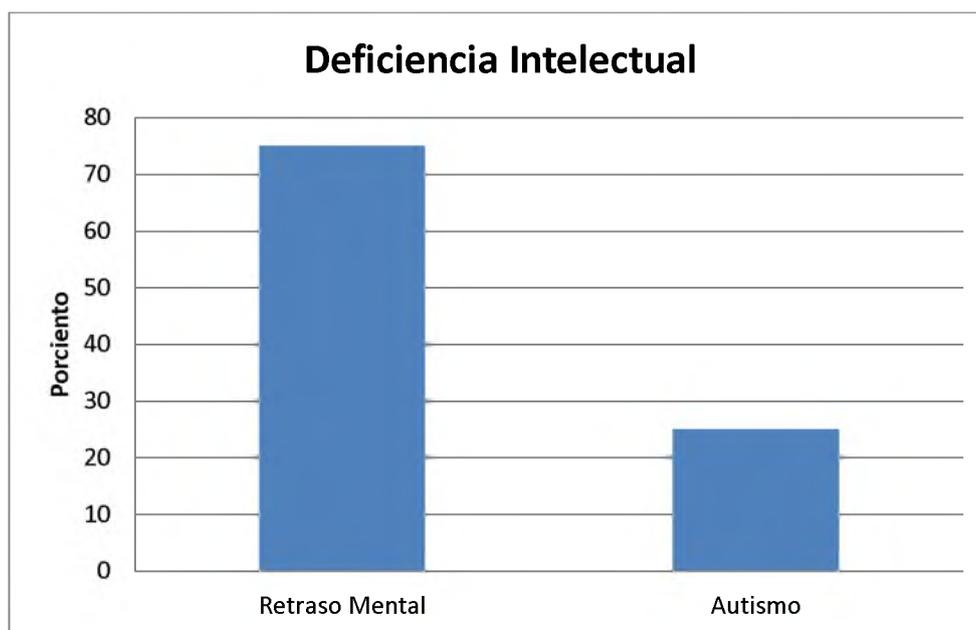
Tabla 11 Distribución de porcentaje según Deficiencia Intelectual

Deficiencia Intelectual	No.	%
Retraso Mental	3	75
Autismo	1	25
Total	4	100.0

Fuente: Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2015.

Elaborado: J. Guerrero y C. Aulestia. Egresados de la carrera: Lic. Terapia Física.

Gráfico 9



Fuente: Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2015.

Elaborado: J. Guerrero y C. Aulestia. Egresados de la carrera de Terapia Física UCSG.

Análisis e Interpretación: En el estudio se encontraron solo 4 pacientes con deficiencia intelectual, de ellos 3 son retraso mental y solo 1 caso con autismo.

8.1.10. Prevalencia de Factores de Riesgo en Niños de 0-3 años con Deficiencia. Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2013-2015

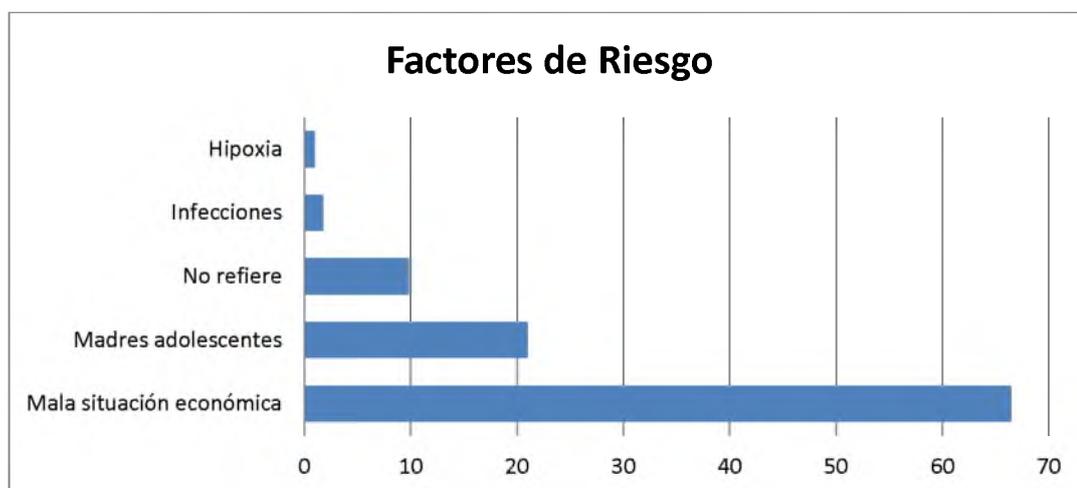
Tabla 12 Distribución de porcentaje según Factor de Riesgo

Factores de riesgo	No.	%
Mala situación económica (mala alimentación)	187	66.5
Madres adolescentes	59	21.0
No refieren	27	9.7
Infecciones	5	1.8
Hipoxia	3	1.0
Total	281	100.0

Fuente: Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2015.

Elaborado: J. Guerrero y C. Aulestia. Egresados de la carrera de Terapia Física UCSG.

Grafico 10



Fuente: Centro de Rehabilitación SERLI. Guayaquil 2015.

Elaborado: J. Guerrero y C. Aulestia. Egresados de la carrera de Terapia Física UCSG.

Análisis e Interpretación: Entre los factores de riesgo de mayor incidencia la mala situación económica con un 66.5% en la que la madre no puede llevar una alimentación adecuada durante el embarazo, seguido del embarazo en la adolescencia con un porcentaje elevado de un 21%.

9. CONCLUSIONES

- En el Centro de Rehabilitación SERLI de la ciudad de Guayaquil, los niños de 1 a 2 años prevalecen con deficiencias motoras, seguido de los niños menores a 1 año y en menor escala los niños de 3 años durante el periodo analizado de Enero 2013 a Diciembre 2015.
- Los niños de 1 a 2 años son los de mayor representatividad, predominando los de sexo masculino. Además los que presentan deficiencia generalmente son de raza mestiza, seguido de los afroecuatorianos e indígenas, en menor escala están los blancos y asiáticos. La mayor parte provienen de las áreas urbanas y en menor proporción de las zonas rurales.
- El déficit motor que prevaleció es el pie plano en la población objeto de estudio. También se identificó problemas de deficiencias mixtas, agrupando a la parálisis cerebral infantil y los de deficiencia auditiva. Además, se identificaron algunos casos de deficiencia del lenguaje y deficiencia intelectual con menor incidencia.
- Entre los factores de riesgos identificados o asociados a las deficiencias y discapacidades están la mala situación económica, en donde las madres no pueden darse una alimentación adecuada durante la etapa del embarazo y otro factor de riesgo es con las madres adolescentes. En menor proporción están los casos por infecciones y de hipoxia.

10. RECOMENDACIONES

1.- Implementar un programa dirigido a las madres y padres de niños y niñas con discapacidad motriz, acorde a las necesidades particulares, específicamente a niños y niñas con pie plano.

2.-Establecer estrategias dirigidas a la prevención del embarazo en la adolescencia utilizando los recursos teórico-prácticos en los servicio de salud con personal ampliamente capacitado con actitudes positivas a favor de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, fomentando una cultura de salud y disminuir los embarazos no planeados.

3.-Difundir los problemas detectados a todos los organismos y organizaciones sociales con el objetivo de incrementar los esfuerzos para integrar a las personas con discapacidad en el proceso de desarrollo, resultando indispensable que se adopten para ello medidas de prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades.

4.- Incorporar en la propuesta las acciones terapéuticas que van a mejorar la condición del pie plano.

11. PRESENTACIÓN DE PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

En relación con la tesis mencionada y los resultados obtenidos; se presenta la siguiente propuesta:

11.1 TEMA

Acciones Terapéuticas para niños y niñas que presentan Pie Plano, dirigidas a los padres de familia que asisten al Centro de Rehabilitación SERLI.

11.2 JUSTIFICACIÓN

Se realizará un plan de tratamiento correctivo para niños y niñas con pie plano ya que fue la patología que más predominó en nuestro estudio de campo, teniendo como objetivo el desarrollo de actividades terapéuticas para trabajar con los niños y niñas que poseen pie plano.

La intención y objetivo primordial de nuestra propuesta es ayudar a los padres de familia a formar parte de la recuperación de sus hijos mediante ejercicios domiciliarios que ayudarán a recuperar el arco plantar.

11.3 Objetivos

11.3.1 Objetivo General

- Capacitar a los padres de familia mediante una propuesta terapéutica para la corrección del arco plantar de sus hijos mediante ejercicios.

11.3.2 Objetivos Específicos

- Proponer a los directivos la importancia de charlas sobre la prevención y cuidado de niños y niñas con pie plano.
- Describir un protocolo adecuado de ejercicios que permitan mejorar las condiciones del Pie Plano.
- Organizar un taller informativo dirigido a los padres de familia, acerca del manejo domiciliario de los niños y niñas con Pie Plano.

11.4 Fundamentación

El pie constituye un órgano cuya conformación estructural y funcional en el sistema humano es fundamental, básico para la sustentación bípeda, propulsión y amortiguación durante la traslación por lo que la dinámica y estática del cuerpo dependerán de las funciones del pie. El pie humano se caracteriza por tener un arco longitudinal externo, un arco longitudinal interno y un arco transversal: la armazón del pie está integrada por 26 huesos la posición de la actitud que adopta está garantizada por potentes ligamentos y su función reforzada por nueve grandes masas musculares que se ven fortalecidos adicionalmente en su función motora por parte de pequeñas masas musculares intrínsecas del pie.

Las deformidades en edades tempranas, aparecen siempre y cuando éstas no se corrijan, ya que esto es lo principal para obtener adecuadas proporciones entre los diferentes segmentos corporales. Es significativo como los niños realizan ejercicios libremente en cualquier área, sin que estos tengan las condiciones necesarias para su práctica y que estas se pueden ver como algo positivo, pero que también tienen sus aspectos negativos, ya que pueden crear problemas morfológicos, que repercuten en sus vidas futuras. También la práctica sistemática de algunas actividades con tendencias unilaterales, provocan deformaciones en un sector del corporal.

Por lo que insistimos en el uso de acciones con carácter terapéuticas, como juegos, ejercicios compensatorios, de forma bien dosificada para lograr corregir las deformaciones de los pies, o al menos que no se acentúen, pues tendrían consecuencias mayores.

Existen Juegos motores y creativos, que fundamentan nuestro trabajo, ya que permiten la corrección de deformidades de pies planos o tendencia a ello, tomando en cuenta sus planteamientos acerca de la importancia de la postura en niños de estas edades.

Los juegos permiten una libertad de acción, una naturalidad y un placer que es difícil encontrar en otras actividades del niño; propicia estados emocionales positivos, desarrolla la imaginación, la creatividad y las posibilidades

psicomotrices, no disminuye el disfrute y el placer que siente el niño al jugar. Por otra parte las tareas deben estar relacionadas con los movimientos a ejecutar para no afectar el dinamismo del juego, de la misma forma deben mantener la motivación requerida.

Las formas de actividades encontrarán en el aparato locomotor los elementos necesarios para sus acciones, el crecimiento y desarrollo de capacidades motoras y funcionales. Las capacidades censo-motoras serán inseparables del proceso armónico, integrado de los elementos que conforman el aparato locomotor, bajo la estricta subordinación a la actividad nerviosa y a las condiciones del medio. De esta manera el movimiento puede ser estudiado, categorizado, analizado, desde muchos puntos de vista, pero además puede ser estimado en una concepción global como expresión del sistema. Puede ser atendido por segmentos del aparato locomotor, las extremidades, el tronco, la cabeza, etc.

Las estimulaciones plantares antes de la verticalidad independiente, e incluso posteriores a la misma, contribuyen de manera notable a las conformaciones cupulares del pie infantil, facilitando la "eliminación" de los paquetes grasos en el pie del niño y garantizando mejores conducciones neurológicas periféricas, asociadas a las conformaciones del sistema cupular del pie. En general podemos afirmar que estas estimulaciones, sobre la base de cambios en la geometría y diseños de los dispositivos se convierten en poderosos aliados de la verticalidad. Lograda la misma, mantienen sus aspectos positivos, llegando hasta la mejoría notable en el caso de pies planos o extremos curvismos.

Realizaremos un programa conformado por complejos de ejercicios y juegos dirigidos a niñas y niños con pie plano.

Protocolo:

El protocolo comenzará luego del taller impartido a los padres de familia ya que en el taller se demostrará como realizar cada uno de los ejercicios y también se esclarecerá todas las dudas de cada uno de los padres, estos

ejercicios se los realizará a los niños en casa, se recomienda que se realicen 3 ejercicios diarios entre 2 a 3 series de 8 a 12 repeticiones cada uno de ellos.

1.- Ejercicios compensatorios que permiten fortalecer la musculatura y ligamentos plantar:

- Flexión de dedos, agarrando el borde de un banco o muro.
- Enrollar toallas con los pies, de afuera hacia adentro.
- Agarrar bolitas de cristal o papel con los dedos.
- Caminar lateralmente sobre un bastón.
- Balanceo de un pie sobre una botella, rodillo, pelota, alternadamente.
- Caminar sobre vigas redondas, Taca-taca, figuras geométricas, etc.
- Marcha descalzo, en la arena, hierba, tierra, etc.
- Caminar en punta, borde externo, interno y talón.
- Parado sobre ambos pies, a la anchura de los hombros desplazarse con agarre de los dedos sobre superficie.
- Estimular el arco del pie con estropajos, cepillos de cerdas suaves, etc.

2.- Juegos con carácter terapéuticos, para fortalecer y flexibilizar los músculos que garantizan el descenso del arco plantar:

a) **Nombre:** El que llegue primero

Tipo: Motriz

Objetivo: Fortalecer la musculatura de las piernas y el pie

Materiales: Dos banderas de diferentes colores.

Organización: En dos hileras detrás de la línea de salida, donde lleguen a las banderitas y regresen al lugar.

Desarrollo: A la señal de la ejecutora los niños salen caminando en talón, le dan la vuelta a las banderitas y regresan en punta de pie al lugar de salida.

Reglas: Deben salir en talón y regresan en punta de pie.

Valoración fisioterapéutica: Este juego se realiza en la parte inicial de la actividad fortaleciéndose los músculos que garantizan y estabilizan la bóveda del tarso, tibial anterior, posterior, peroné lateral largo y la fascia plantar.

b) **Nombre:** El tren.

Tipo: Motriz

Objetivo: Proporcionar el desarrollo de cualidades y habilidades motoras, fortalecer los tendones tibiales y alargar el peroné y el talón de Aquiles.

Materiales: Tizas para marcar la línea del tren.

Organización: Dos hileras de niños tomados por los hombros.

Desarrollo: Ala señal de la ejecutora, los niños que se encuentren en dos hileras saldrán detrás de cada educador, en la segunda repetición lo harán en talones y ganará el que mejor conduzca y guíe el tren.

Regla: No pueden salirse de la línea del ten. Deben caminar en talón.

Valoración fisioterapéutica: Este juego se realizó en la parte inicial de la actividad, para un mejor calentamiento de los músculos, facilitará el contacto directo de la planta de los pies con el suelo, acompañado de extensiones con las piernas y el tronco extendido.

c) **Nombre:** Mamá de fiesta.

Tipo: Imitación

Objetivo: Contribuir al desarrollo del lenguaje oral, fortalecer los músculos que mantienen y estabilizan la bóveda del tarso.

Materiales: Ninguno

Organización: Disperso

Desarrollo: Los niños en punta de pie, imitarán a su mamá cuando salen para una fiesta con sus zapatos.

Reglas: Siempre en punta de pie

Valoración fisioterapéutica: Juego que se realizó en la parte inicial de la actividad logrando un mejor calentamiento y permitió el fortalecimiento de la musculatura de pierna y pie el accionar constante hace posible que

trabajen los músculos del tren inferior y con ello se produzca una tendencia a su fortalecimiento.

d) **Nombre:** La bailarina

Tipo: Imitación

Objetivo: Fortalecer los músculos y estabilizar el arco longitudinal interno. Contribuir al desarrollo de habilidades coordinativas y de flexibilidad.

Materiales: Claves, láminas de bailarinas.

Organización: Dispersos en el área al escuchar la música comenzar a bailar.

Desarrollo: Primeramente la ejecutora le preguntará de qué forma se puede bailar, imitando a una bailarina, los niños responderán la pregunta y comenzarán a bailar al sonido de las claves, con los pies paralelos y juntos, en puntas, luego con talones y

Punteras, si después lo realizan en punta de pies con puntas juntas y talones separados y llegan hasta el final, que lo realizaran con pies paralelos en punta de pies.

Reglas: Todos estos ejercicios tienen que realizarse en punta de pies.

Valoración fisioterapéutica: Este juego se realizó en la parte principal de la actividad, desarrollando la parte del contenido y su misión se registra en punta de pies, el peso del cuerpo se descarga sobre el metatarso, fortaleciéndose la musculatura del dedo grueso sobre todo el seductor en su folículo transverso, indirectamente también participa el peroné lateral largo sobre todo el sector tarso metatarsiano de la cúpula.

e) **Nombre:** Coge el globo

Tipo: Motriz.

Objetivo: Dar movilidad al tobillo.

Materiales: Globos.

Organización: Los niños se colocaran en dos hileras, detrás de la línea de salida, deberán salir corriendo hasta llegar al final donde se encuentran los globos.

Desarrollo: El juego comienza a la orden del educador. Los niños saldrán corriendo hasta llegar al final donde hay dos globos en alto, uno en cada hilera el cual deberá ser alcanzado por los niños saltando en punta de pies para continuar el juego, una vez alcanzado este, la ejecutora colocará el globo en el mismo lugar y el niño vuelve a la línea caminando en talón.

Regla: Es necesario que el niño salte en puntas de pies

Valoración fisioterapéutica: Este juego se realizó en la parte principal de la actividad, aumentando el flujo sanguíneo a través de los músculos en actividad, disminuyendo la viscosidad, logrando la estática del pie y el apoyo de las puntas preparadas para ello.

f) **Nombre:** Mar y arena.

Tipo: Imitación.

Objetivo: Fortalecer los músculos en general del pie y en especial a los que con su tonicidad mantienen el acto. Desarrollan ejercicios de coordinación, equilibrio, flexibilidad.

Organización: Se trazan grandes círculos que representan el mar alrededor de estos, se ubican los niños y la parte externa de cada círculo representa la arena.

Desarrollo: A la voz de la educadora, ¡al mar!, todos los niños saltan con ambos pies hacia el interior del círculo e imitan los movimientos de los brazos al nadar y a la señal a la arena, todos saltan fuera del círculo.

Regla: Los niños deben saltar con ambos pies. Dentro del círculo deben imitar con los brazos la acción de nadar.

Valoración fisioterapéutica: Juego que se realizó en la parte principal de la actividad, con la finalidad de ejecutar la habilidad de saltar y a la vez lograr la estática del pie y el apoyo de los puntos preparados para ellos, evitando la progresión de la enfermedad.

g) **Nombre:** Mercado de gallos.

Tipo: Dramatizado.

Objetivo: Contribuir al descanso del arco plantar.

Materiales: Ninguno.

Organización: Todos los participantes con excepción de dos, representan los gallos que se colocan en filas, en cuclillas y apoyando la punta de los pies y uno de los exceptuados hace de cliente y otro de de vendedor.

Desarrollo: El cliente pregunta ¿tienen gallos? y el vendedor contesta "bastante escoja el que le guste". El cliente examina la fila cuidadosamente y revisa uno por gordo y otro por delgado, otro por viejo, etc, puede decir cosas que hagan reír al que esté escogiendo, lo que hace que éste quede descalificado si se ríe, finalmente escoge uno y va con el vendedor y se lo lleva a su casa.

Regla: Deben permanecer en punta de pie. No se deben reír.

Valoración fisioterapéutica: Este juego se realizó en la parte principal de la actividad garantizando la combinación de movimiento que intervienen. El peso del cuerpo recae sobre el arco anterior o transversal, que es el que estabiliza el centro de gravedad corporal.

h) **Nombre:** Entre banderitas.

Tipo: Motriz, sensorial.

Objetivo: Fortalecer los músculos tibiales y flexibilizar la articulación del tobillo.

Materiales: Tubos de desodorantes y dos banderitas en cada hilera.

Organización: Se forman dos hileras sentados uno cerca el otro entre las banderitas.

Desarrollo: A la señal de la ejecutora, los niños sentados van pasando el tubo con la parte interna del pie derecho, hasta llegar a la banderita y luego lo harán con el pie izquierdo.

Regla: Solo puede rodar con el pie. Primero lo harán con el pie derecho y luego con el izquierdo.

Valoración fisioterapéutica: Este juego fue realizado en la parte final de la actividad, fortaleciendo los músculos que garantizan el mecanismo

cúpular, estabilizan y descienden el arco facilitando una mejor recuperación.

i) **Nombre:** El zunzún de la carabela.

Tipo: Imitación.

Objetivo: Permite la contracción de la musculatura intrínseca del pie y del tibial anterior.

Materiales: Un cinto.

Organización: Todos los participantes con excepción de uno forman un círculo en cuclillas apoyando el borde interno.

Desarrollo: El niño que está de pie empieza a contar alrededor del círculo y coloca el cinto por detrás, si éste no se da cuenta, cuando vuelve a pasar por detrás coge el cinto y lo toca.

Regla: La ejecutora debe velar que los niños que forman el círculo permanezcan en el borde interno. El niño que es tocado por el cinto hace de zunzún.

Valoración fisioterapéutica: Este juego se realizó en la parte final de la actividad permitiendo que el niño logre su recuperación total, así como permite fortalecer la musculatura plantar tibial anterior.

BIBLIOGRAFIA

- Abellán García A, H. C. R. (2012). Definiciones de discapacidad en España, 1–15.
- Blumberg, S. J., Bramlett, M. D., Kogan, M. D., Schieve, L. a., Jones, J. R., & Lu, M. C. (2013). Changes in prevalence of parent-reported autism spectrum disorder in school-aged U. S. children: 2007 to 2011 – 2012. *National Health Statistics Reports*, (65), 1–11.
- CEPAL. (2013). Los derechos de la infancia y adolescencia con discapacidad.
- Cobas, R., Peña, E. Z., Calatayud, F. M., Pereiral, E. I., Hernández, A. J., & Sosa, M. V. (2010). Caracterización epidemiológica de las personas con discapacidad en Cuba, *36*(4), 306–310.
- Cordero, F. (2008). Constitución de la Republica del Ecuador, 140. Retrieved from http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Congreso Nacional. (2008). Código de la Niñez y Adolescencia. *Vasa*, (100). Retrieved from <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>
- C, N. F. (2010). Manual de ortopedia y traumatología (2010 Edito). Buenos Aires. Retrieved from www.medicapanamericana.com
- Cuevas, G., & Bungler, S. (2010). Epidemiología de la discapacidad y desarrollo de la red de rehabilitación en la última década. *Rev Hosp Univ Chile*, *21*, 289–297. Retrieved from <http://www.captura.uchile.cl/handle/2250/14101>
- DeConceptos.com. (2015). Concepto de discapacidad. Retrieved from deconceptos.com/ciencias-sociales
- E, C. i P. (2014). Discapacidad Intelectual de un modelo rehabilitador a un modelo de derechos. *Butlletí Del Comitè de Bioètica de Catalunya*, 14.
- Esquivia Pájaro CT. (2014). Estudios del Programa de Medicina Especialización en Docencia Universitaria Estudios del Programa de Medicina ** Carmen Teresa Esquivia Pájaro.
- ees13–merlo–buenos, A. (n.d.). Informe mundial sobre la discapacidad–2011.
- Fernandes Malloy-Diniz, L., Bentes, R. C., Figueiredo, P. M., Brandão-Bretas,

- D., Da Costa-Abrantes, S., Parizzi, a. M., ... Salgado, J. V. (2007). Normalización de una batería de tests para evaluar las habilidades de comprensión del lenguaje, fluidez verbal y denominación en niños brasileños de 7 a 10 años: Resultados preliminares. *Revista de Neurología*, 44(5), 275–280.
- Gemas. (2006). Estudio sobre la prevalencia y caracterización de la discapacidad en la República de Panamá. República de Panamá.
- Gómez Casares R. (2012). Discapacidades en la infancia. Madrid. Retrieved from www.sld.cu/galerias
- INEC. (2010). Estudio identifica a 294.000 discapacitados en Ecuador. Ecuador. Retrieved from spanish.news.cn/salud/2010-12/04/c_13634838.htm
- Inegi. (2010). Clasificación de Tipo de Discapacidad. *Inegi*, 1–55.
- I, P. P. S. (2014). Parálisis cerebral infantil: Tratamiento con toxina botulínica. *Vox Pediatrica*, XXI, 25–32.
- Jornada, L. (2015). En México, 27% de personas con discapacidad sufre discriminación.
- Kandeh Yumkella. (2013). Organización de Naciones Unidas (ONU). Retrieved from <http://nacionesunidas.org.co/>
- La Tribuna. (2014). Epidemiología, factores de riesgo y causas de discapacidad en adultos mayores.
- Mart, S. (2011). Vol. 5 (2) 2011. *Revista Sociológica Pensamiento Crítico*, 5(2), 85–101.
- Ministerio De Salud De Nicaragua 2015. Retrieved from <http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository>
- Cáceres Rodríguez, C. (2004). Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS. *Revista Electrónica de Audiología*, 2. Retrieved from www.auditio.com
- Ministerios de Salud, T. y de D. P. (2012). Bolivia registró 300.000 personas con discapacidad, según datos oficiales del censo 2012.
- Mora, R. M., & Díaz, C. P. (2013). Atención temprana comunitaria en niños con factores de riesgo de retardo del neurodesarrollo : 1998 – 2008, 3(1), 5–12.
- Mundial, B. (2011). Informe mundial la discapacidad. *Educación*, 218(219),

219.

- Organización Mundial de la Salud. (2013). Clasificación internacional de enfermedades. Retrieved from inprf.bi-digital.com
- Organización Mundial de la Salud. (2010). "Community-based Rehabilitation Guidelines." Retrieved from www.who.int.
- OMS. (2011). Informe Mundial sobre la Discapacidad 2011.
- Organización de Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.
- Rafael, C. san R. S. A. (2015). Protegiendo el futuro de las personas con discapacidad. In *Generando oportunidades*.
- Rafael A. González V., J. A. B. R. (2012). Las disartrias. *Rev Hosp Clín Univ Chile*, 23, 299 – 309.
- Reed, G. M., Suárez, C. A., & Evans, S. C. (2012). ¿ Qué es la CIE y por qué es importante en la psicología? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(3), 461–473.
- Rodríguez Vernal Y, Martínez Fontanilles AM, Álvarez Guerra OM, S. P. A. y M. S. D. (2009). Estrategia para mejorar la calidad de la atención al niño con discapacidad. *Medisan*, 13(2).
- Robayo, L., & Raymundo, A. (2013). Grupos Etnicos del Ecuador. Retrieved from <http://gruposetnicosute2013.blogspot.com>
- Sieberg, C. B., Williams, S., & Simons, L. E. (2011). Do parent protective responses mediate the relation between parent distress and child functional disability among children with chronic pain? *Journal of Pediatric Psychology*, 36(9), 1043–1051. <http://doi.org/10.1093/jpepsy/jsr043>
- Social, S., & Periodo, D. E. L. (2014). Definición de Discapacidad. Retrieved from www.definicionabc.com
- T, L. H., I, G. R., T, M. S. H., A, J. L. G., Pazán, G. T., & Angulo, A. (2012). Retrasos del desarrollo psicomotriz en niños y niñas urbanos de 0 a 5 años : Estudio de caso en la zona urbana de Cuenca , Ecuador, 3(1), 13–28.
- UNICEF. (2013). Estado Mundial de la Infancia 2013: Niñas y niños con discapacidad, 154.
- Xavier Torres. (2013). Agenda nacional para la Igualdad en discapacidades. *Conadis*, 1, 208.

ANEXOS

ANEXO # 1 ENCUESTA

Edad: - 1 años 1 – 3 años

Sexo: Femenino Masculino

Etnia: De la Costa De la Sierra De la Amazonia

Raza: Blancos Mestizos Afroamericanos
Indígenas Asiáticos

Procedencia: Urbano Rural

Tipo de discapacidad:

1- Motriz Cual: _____

2- Auditiva Cual: _____

3- Del lenguaje Cual: _____

4- Visual Cual: _____

5- Mental Cual: _____

6- Mixta Cual: _____

Factores de riesgo:

- **Factores biológicos y genéticos:**

Anomalías cromosómicas y/o alteraciones genéticas

Alteraciones prenatales Alteraciones peri y post natales

- **Factores ambientales:**

Factores uterinos Traumatismos Hipoxia

Infecciones Fármacos

- **Factores sociales:**

Mala situación económica Embarazo accidental traumatizante

Convivencia conflictiva en el núcleo familiar

Separación traumática en el núcleo familiar

Padres con bajo coeficiente intelectual

Enfermedades graves/muerte

Alcoholismo

Drogadicción

No referido

ANEXO # 2

Formato de Historia Clínica de los Pacientes



S.E.R.L.I.

Sociedad Ecuatoriana
Pro Rehabilitación de los Lisiados
CENTRO DE REHABILITACIÓN
Guayaquil - Ecuador

Historia No. _____

Fecha _____ de _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Telf.: _____

Lugar de Nacimiento: _____

Residencia Dirección: _____

Ocupación Lugar de Trabajo: _____ Remitido por: _____

Antecedentes Familiares: _____

Antecedentes Personales: _____

I N T E R R O G A T O R I O

Datos de la Enfermedad Actual Evolución: _____

Sistema Nervioso _____

Ápato Locomotor: _____

Sistema Cardiovascular: _____

Aparato Respiratorio: _____

Aparato Digestivo: _____

Aparato Urogenital: _____

Otros Aparatos o Sistemas: _____

EXAMEN FISICO

P.A. _____ Pulso _____ Respiración _____ Temperatura _____ Peso _____

Exámen General _____

Cabeza, Coello _____

Miembros Superiores _____

Tronco _____

Miembros Superiores Marcha _____

Diagnóstico _____

Impresión Pronóstica _____

ANEXO#3

Formato de Recetario para los Pacientes



SOCIEDAD ECUATORIANA
PRO-REHABILITACION DE LOS LESIADOS
S.E.R.L.I
DIR.: BOLIVIA Y J. ANTEPAR (EQ.) Tel: 2360986
GUAYAQUIL - ECUADOR

Prescripción:



- Si un paciente es paralizante, por sus datos de antecedentes que sea un caso atípico y por sus datos de salud más fuerte
- Si un paciente no tiene ninguna dificultad de sus miembros
- El paciente del tipo de ser y seguir desde el que se muestra como resistente
- Todo lo posible en Cristo que sea necesario

ANEXO#4

Modelo de Carnet de Atención



S . E . R . L . I .
SOCIEDAD ECUATORIANA
PRO-REHABILITACION DE LOS LISIADOS
Telf.: 2452459 - 2360986



PACIENTE:

DOCTOR:

EXP. No. :

T. FISICA:

T. OCUPACIONAL:

T. LENGUAJE:

T. RESPIRATORIA:

HIDROTERAPIA:

BOLIVIA Y JOSE DE ANTEPARA (ESQ.) * TELF.: 2360986

Conserve Ud. Este Carnet, así evitara demoras en su atención.

ANEXO # 5

Imágenes de la Recolección de datos en el Centro de Rehabilitación SERLI, Guayaquil.



Imagen 1. Archivo de historias clínicas del periodo 2013-2015 en el Centro de Rehabilitación SERLI, Guayaquil, 2015.



Imagen 2. Historia clínica del periodo 2013-2015 en el Centro de Rehabilitación SERLI, Guayaquil, 2015.



Imagen 3. Recolección de datos de las patologías más frecuentes registradas en las historias clínicas del periodo 2013-2015 en el Centro de Rehabilitación SERLI, Guayaquil. Egresado Cristhoper Aulestia, 2015.



Imagen 4. Recolección de datos de las patologías más frecuentes registradas en las historias clínicas del periodo 2013-2015 en el Centro de Rehabilitación SERLI, Guayaquil. Egresada Johanna Guerrero, 2015.



Imagen 5. Egresados Cristhoper Aulestia y Johanna Guerrero, junto a la Lic. Cecilia Padilla, Directora del Centro de Rehabilitación SERLI, Guayaquil. 2015.



Imagen 6. Egresados Cristhoper Aulestia y Johanna Guerrero, en el Centro de Rehabilitación SERLI, Guayaquil. 2015.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, Guerrero Armijos Johanna Cecilia con C.C. No. 1719022988 Aulestia Chuquimarca Cristhoper Daniello con C.C. No. 0930305214; autores del trabajo de titulación: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DEFICIENCIAS EN NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS DE EDAD QUE HAN ASITIDO AL AREA DE TERAPIA FISICA DEL CENTRO DE REHABILITACION SERLI, DURANTE EL PERIODO ENERO 2013 A DICIEMBRE 2015 EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL, previo a la obtención del título de **LICENCIADO/A EN TERAPIA FISICA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 22 de Marzo de 2016

f. _____

f. _____

Nombre: Cristhoper Daniello Chuquimarca. Nombre: Johanna Cecilia Guerrero Armijos.

CC: 0930305214

CC: 1719022988

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DEFICIENCIAS EN NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS DE EDAD QUE HAN ASISTIDO AL AREA		
DE TERAPIA FISICA DEL CENTRO DE REHABILITACION SERLI, DURANTE EL PERIODO ENERO 2013 A DICIEMBRE 2015 EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.			
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Johanna Cecilia Guerrero A. Cristhoper Daniello Aulestia C.		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Mgs. María Ortega		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Tecnologías Medicas		
CARRERA:	Terapia Física		
TITULO OBTENIDO:	LICENCIADO/A EN TERAPIA FÍSICA		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	22 de marzo de 2016	No. DE PÁGINAS:	71
ÁREAS TEMÁTICAS:	Deficiencias en niños y Rehabilitación		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Deficiencia, Rehabilitación, Prevalencia, Factores de Riesgo.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>El estudio realizado en el Centro de Rehabilitación SERLI de la ciudad de Guayaquil tuvo como objetivo determinar la prevalencia y los factores de riesgo en niños con deficiencias de 0-3 años en el periodo 2013-2015. Se corroboró la Hipótesis planteada existiendo alta prevalencia en niños de 0-3 años de edad y factores de riesgos asociados, como mala situación económica y embarazo en adolescencia. Metodología: los datos fueron recolectados del registro de pacientes con deficiencia y las historias clínicas, el diseño tuvo un enfoque cuali-cuantitativo, descriptivo no experimental, transversal y retrospectivo. La población de estudio fue de 281 niños. Análisis de los resultados: Predominó el grupo de 1-2 años con 53.8%, el 55.1% pertenece al sexo masculino; todos son de la costa, prevaleciendo la discapacidad motriz en 63%; la mala situación económica fue el factor de riesgo de mayor incidencia con un 66.5%. Se concluye que en el ámbito sanitario no solo se debe promulgar una excelente calidad en atención terapéutica, sino también velar por la prevención, por lo que se recomienda dar continuidad al estudio, usándolo como base para crear nuevos protocolos con el objetivo de disminuir la incidencia de deficiencias en edades tempranas de la vida.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-995159777 / 0959944195	E-mail: johanita_92@hotmail.com / aulestia1992@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN: COORDINADOR DEL PROCESO DE UTE	Nombre: Sierra Nieto Víctor, Mgs.		
	Teléfono: +593-442206951		
	E-mail: victor.sierra@cu.ucsg.edu.ec		

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/123456789/3903