



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

**TEMA:**

**Prevalencia de las enfermedades discapacitantes, de la población de Montebello de la ciudad de Guayaquil, en el período de mayo a septiembre del 2017.**

**AUTORAS:**

**Nieto Viteri, Mónica Estefanía  
Morán Manzaba, Joselyn Lizbeth**

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

**TUTORA:**

**Encalada Grijalva, Patricia Elena**

**Guayaquil, Ecuador**

**19 de septiembre del 2017**



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

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Nieto Viteri, Mónica Estefanía y Morán Manzaba, Joselyn Lizbeth**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Terapia Física**.

**TUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**Encalada Grijalva, Patricia Elena**

**DIRECTORA DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Celi Mero, Martha Victoria**

**Guayaquil, a los 19 días del mes de septiembre del año 2017**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotras, **Nieto Viteri, Mónica Estefanía y Morán Manzaba,**  
**Joselyn Lizbeth**

### **DECLARAMOS QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de las enfermedades discapacitantes, de la población de Montebello de la ciudad de Guayaquil, en el periodo de mayo a septiembre del 2017**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Terapia Física**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

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

**Guayaquil, a los 19 días del mes de septiembre del año 2017**

### **AUTORAS:**

f. \_\_\_\_\_

**Nieto Viteri, Mónica Estefanía**

f. \_\_\_\_\_

**Morán Manzaba, Joselyn Lizbeth**



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

**AUTORIZACIÓN**

Nosotras, **Nieto Viteri, Mónica Estefanía y Morán Manzaba,**  
**Joselyn Lizbeth**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de las enfermedades discapacitantes, de la población de Montebello de la ciudad de Guayaquil, en el periodo de mayo a septiembre del 2017**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 19 días del mes de septiembre del año 2017**

**AUTORAS:**

f. \_\_\_\_\_

**Nieto Viteri, Mónica Estefanía**

f. \_\_\_\_\_

**Morán Manzaba, Joselyn Lizbeth**

# REPORTE URKUND

The screenshot displays the URKUND report interface. The browser address bar shows the URL: <https://secure.orkund.com/view/29844730-988598-925344#q1bKLvayio7VUSrOTM/LTMtMTsxLTIWyMqgFAA==>. The document details on the left include:

- Documento:** 15-08 FORMATO DE TRABAJO DE TITULACION.doc (D30226283)
- Presentado:** 2017-08-23 18:26 (-05:00)
- Presentado por:** moni\_linda19@hotmail.es
- Recibido:** patricia.encalada.ucsg@analysis.orkund.com
- Mensaje:** tesis [Mostrar el mensaje completo](#)

A green box indicates that 0% of the 29 pages of text are present in 0 sources. On the right, the 'Lista de fuentes' (List of sources) is shown with the following entries:

Categoría	Enlace/nombre de archivo
<b>Fuentes alternativas</b>	
	<a href="https://www.grupotvcable.com/wp-content/uploads/2015/04/2012-09-25-Ley_Organica_de_Discapa...">https://www.grupotvcable.com/wp-content/uploads/2015/04/2012-09-25-Ley_Organica_de_Discapa...</a>
	<a href="https://www.aduana.gob.ec/archivos/Boletines/2012/LEY%20ORGANICA%20DE%20DISCAPACIDADE...">https://www.aduana.gob.ec/archivos/Boletines/2012/LEY%20ORGANICA%20DE%20DISCAPACIDADE...</a>
	<a href="http://www.wipo.int/wipolex/en/text.jsp?file_id=443953">http://www.wipo.int/wipolex/en/text.jsp?file_id=443953</a>
	<a href="http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_d...">http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_d...</a>
	<a href="#">TESIS URKUND (1).docx</a>
	<a href="http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Agenda-Nacional-para-Di...">http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Agenda-Nacional-para-Di...</a>

The main content area of the report contains the following text:

CARRERA TERAPIA FÍSICA

TEMA:

Prevalencia de las enfermedades discapacitantes, de la población de Montebello de la ciudad de Guayaquil, en el periodo de Mayo a Septiembre del 2017.

AUTORAS:

Nieto Viteri, Mónica Estefanía

Morán Manzaba, Joselyn Lizbeth

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

LICENCIADO EN TERAPIA FÍSICA

TUTORA:

Encalada Grijalva, Patricia Elena

Guayaquil, Ecuador

23 de agosto del 2017

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

CERTIFICACIÓN

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por haberme dado la vida, guiarme y cuidarme cada instante de mi vida; a mis padres Mónica y Wellington por haberme guiado durante todo el trayecto de mi formación y convertirme en un excelente profesional con todos los valores que me enseñaron, por apoyarme con la carrera que elegí y ser mi guía durante ella. También por estar siempre pendientes, cuidarme, aunque no estábamos cerca, darme consejos, fortaleza y escucharme siempre que lo necesitaba.

A mi hermana que siempre es incondicional, por apoyarme durante toda mi vida, estar ahí cuando necesitaba de alguien por ser mi inspiración para ser mejor y ser un ejemplo de bien para ella.

A mis amigos que siempre me apoyaron y estuvieron en las buenas y en las malas, por hacer grupos de estudios cuando teníamos exámenes y ayudarnos unos a otros.

A todos los docentes que me enseñaron sus conocimientos sobre la carrera y me inculcaron valores que debe tener un profesional de la salud.

A Licenciada Patricia Encalada por ser paciente y guiarnos pasó a paso durante el proceso de la tesis.

Mónica Estefanía, Nieto Viteri

## **AGRADECIMIENTO**

Le agradezco a Dios por brindarme fortaleza, sabiduría e inteligencia para superar los obstáculos y guiarme e iluminar mi camino.

A mis padres, hermanos, sobrinos y familiares quienes han estado en cada paso de mi vida, brindándome su apoyo de forma incondicional y confianza. También a mi segunda familia Janina, Javier, Mercy, Shanik y Francisco por abrir las puertas de su hogar y acogirme durante mis años de carrera.

A mis grandes amigos Carlos, Kenny, Paulina, Any y Malena por brindarme su amistad y estar presente en esta etapa tan importante de mi vida.

A mis compañeros con quienes formamos una familia y me enseñaron el arte de la unión y de compartir.

A los docentes que fueron pilares fundamentales para nuestra formación. Y a las personas, fundaciones e instituciones que han estado conmigo apoyándome de alguna manera en cada proyecto de mi carrera, gracias por ese voto de confianza.

Joselyn Lizbeth, Morán Manzaba

## **DEDICATORIA**

Dedico este maravilloso trabajo a mis padres porque son el motor y felicidad de mi vida, gracias a ellos estoy cumpliendo mis sueños, a mi hermana por ser mi orgullo y mi motivación de superación como persona y profesional. A un ser que llego a mi vida, que es mi alegría y me ha apoyado cada día desde que nos conocimos y se ha convertido en mi compañero de vida.

Con amor

Mónica Estefanía, Nieto Viteri



## **DEDICATORIA**

Este proyecto de tesis se lo dedicó a Dios por darme la oportunidad de conseguir mis propósitos, bajo su voluntad y sobre todo por bendecirme con una familia maravillosa.

A mis padres Janino y Belgica mis pilares fundamentales, que han dado su mayor esfuerzo y sacrificio para brindarme la oportunidad de formarme profesionalmente, sin dudar de mi capacidad para alcanzar mis metas.

A mis hermanos Cinthia, Janina, Alberto y Jeancarlos, mis sobrinos y a mis abuelas, que han estado a mi lado siempre brindándome su apoyo y sus consejos para hacer de mí una mejor persona. Y a las personas que de una u otra manera han contribuido para el logro de mis objetivos.

Joselyn Lizbeth, Morán Manzaba



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

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**TANIA MARÍA, ABRIL MERA**  
DECANO O DELEGADO

f. \_\_\_\_\_

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

f. \_\_\_\_\_

**ISABEL ODILA, GRIJALVA GRIJALVA**  
OPONENTE

# ÍNDICE GENERAL

<b>CONTENIDO</b>	<b>pág.</b>
INTRODUCCIÓN .....	2
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	4
1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	6
2. OBJETIVOS .....	7
2.1. Objetivo General .....	7
2.2. Objetivos Específicos .....	7
3. JUSTIFICACIÓN .....	8
4. MARCO TEÓRICO .....	9
4.1. Marco Referencial .....	9
4.2. Marco Teórico.....	11
4.2.1. Discapacidad .....	11
4.2.2. Historia de la discapacidad .....	11
4.2.2.1. Prehistoria y antigüedad .....	11
4.2.2.2. Edad media .....	11
4.2.2.3. Edad moderna .....	12
4.2.2.4. Edad contemporánea .....	12
4.2.3. Clasificación de las enfermedades .....	13
4.2.3.1. Discapacidad física .....	13
4.2.3.2. Discapacidad sensorial.....	14
4.2.3.2.1. <i>Discapacidad visual</i> .....	14
4.2.3.2.2. <i>Discapacidad auditiva</i> .....	14
4.2.3.3. Discapacidad intelectual .....	14
4.2.3.4. Discapacidad psicosocial.....	14
4.2.4. Enfermedades discapacitantes.....	15
4.2.4.1. Osteoporosis .....	15

4.2.4.2. Artrosis .....	16
4.2.4.3. Artritis reumatoide.....	17
4.2.4.4. Alzheimer.....	19
4.2.4.5. Diabetes mellitus .....	20
4.2.4.6. Hipertensión .....	21
4.2.5. Rol del fisioterapeuta .....	21
4.2.6. Encuesta.....	22
4.2.6.1. Encuesta Instituto Nacional de Estadística de España 2008 .....	22
4.3. Marco Legal.....	24
4.3.1. Constitución de la República del Ecuador .....	24
4.3.2. Ley Orgánica de Discapacidades .....	26
5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS .....	29
6. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES .....	30
7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....	31
7.1. Justificación de la Elección del Diseño .....	31
7.2. Población y Muestra .....	31
7.2.1. Criterios de Inclusión .....	32
7.2.2. Criterios de Exclusión .....	32
7.3. Técnicas e Instrumentos de Recogida de Datos .....	32
7.3.1. Técnicas .....	32
7.3.2. Instrumentos.....	33
8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....	34
9. CONCLUSIONES.....	41
10. RECOMENDACIONES.....	42
11. PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA.....	43
BIBLIOGRAFÍA .....	45

## ÍNDICE FIGURA

<b>CONTENIDO</b>	<b>pág.</b>
Figura 1: Población según el género y edad de la población.....	34
Figura 2: Población según el género y edad de la muestra.....	35
Figura 3: Enfermedades discapacitantes.....	36
Figura 4: Tipo de discapacidad de la muestra.....	37
Figura 5: Encuesta para determinar la atención médica y rehabilitación.....	38
Figura 6: Nivel de instrucción de la muestra.....	39
Figura 7: Estado de ocupación de la muestra .....	40

## RESUMEN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el término genérico discapacidad engloba las deficiencias, las limitaciones de las actividades, y las restricciones de la participación, considerando como un fenómeno completo que se relaciona entre las propiedades del organismo y el entorno social. El estudio realizado en la Urbanización Montebello de la ciudad de Guayaquil tuvo como objetivo determinar la prevalencia de las enfermedades discapacitantes en el periodo de mayo a septiembre del 2017. En la metodología: la información fue obtenida mediante encuestas que se realizó a las personas que asistieron a la convocatoria abierta, realizada en el Comité Desarrollo Comunal, el diseño tuvo un enfoque cuantitativo, descriptivo no experimental, transversal y prospectivo. La población en general que asistió fue de 619 individuos, de los cuales se tomó como muestra 80 individuos con enfermedades discapacitantes, de acuerdo con los criterios planteados. Análisis de los resultados: la población más afectada es la del sexo femenino con un 59%; hubo predominio de diabetes con 37%, hipertensión arterial con 31%. Se concluye que se deben tomar medidas de acuerdo a los servicios de atención primaria, hacer planes, programas de prevención de las enfermedades con mayor prevalencia en el sector.

**Palabras Claves:** PREVALENCIA, PREVENCIÓN, DIABETES E HIPERTENSIÓN.

## **ABSTRACT**

According to the World Health Organization (WHO), the term disability includes deficiencies, limitations of activities, and restrictions of participation, considering as a complete phenomenon that is related between the properties of the body and the social environment. The study conducted in the Montebello Urbanization of the city of Guayaquil aimed to determine the prevalence of disabling diseases in the period from May to September 2017. In the methodology: the information was obtained through surveys that were performed to people who attended to the open call, held in the Community Development Committee, the design had a quantitative, descriptive non-experimental, transversal and prospective approach. The general population attended 619 individuals, of whom 80 individuals with disabilities were sampled, according to the criteria. Analysis of the results: the population most affected by the female sex with 59%; there was predominance of diabetes with 37%, hypertension with 31%. It concludes that measures should be taken according to the primary care services, make plans, disease prevention programs with the mayor in the sector.

**Key Words:** PREVALENCE, PREVENTION, DIABETES AND HYPERTENSION

## INTRODUCCIÓN

La discapacidad es un término que a nivel mundial sigue siendo complejo y discutido por su amplio abordaje, “se la enfoca en diferente manera y diversos ámbitos lo que tiene que ver con las actividades necesarias para subsistir de forma independiente en su vida cotidiana” (Monteverde, Peranovich, & Zepeda, 2014, p. 2). En algún momento de la vida cada persona manifiesta algún tipo de discapacidad, las personas de la tercera edad tienen un mayor riesgo de discapacidad. A nivel mundial las enfermedades crónicas, como la diabetes, los problemas cardiovasculares y los trastornos mentales aumentan las discapacidades, según el Concejo Nacional de Discapacidades (CONADIS, 2014, p. 11).

La prevalencia de discapacidad, son datos que ayudan a conocer los aspectos y factores de una población específica, construir cuadros completos de discapacidad y funcionamiento. Sin esta información es difícil determinar cuales son las condiciones de interacción con las barreras y el alcance de la discapacidad. Una persona con el mismo tipo de discapacidad pueden tener diferentes tipos y grados de restricción en una sociedad (*World report on disability*, 2011, p. 24).

El asunto de la discapacidad tiene un sin número de factores no favorables que repercuten con problemas al nivel social, económico y educativo de estas personas. Los estudios de prevalencias no son realizados frecuentemente en las poblaciones a nivel mundial, son imprecisas por lo que se las realiza después de periodos largos, no hay colaboración de los habitantes y no existen voluntarios que realicen este tipo de investigación.

La prevalencia de discapacidad a nivel global, “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” (CONADIS, 2014, p11).



Se realizará una vasta investigación, donde se determinará las enfermedades discapacitantes existentes en la urbanización de Montebello. Una vez obtenida la información se plantearán propuestas preventivas, dirigidas a la población con mayor índice en la comunidad.

En el marco teórico hace referencia, a la historia de la discapacidad, principales enfermedades discapacitantes de la Urbanización Montebello, el rol del fisioterapeuta en dichas patologías y la estructura de la encuesta.

En el marco legal se encuentran aquellos artículos que amparan los derechos de las personas con discapacidad en el ámbito de la salud, según la Constitución de la República del Ecuador, Ley Orgánica de Discapacidades.

En el marco metodológico se detalla las herramientas y técnicas utilizadas para conocer la prevalencia de las personas con discapacidad en el sector de Montebello.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el término genérico discapacidad engloba las deficiencias, las limitaciones de las actividades, y las restricciones de la participación, considerando como un fenómeno completo que se relaciona entre las propiedades del organismo y el entorno social (2017b, párr. 1).

El 15% de la población mundial, aproximadamente más de mil millones de personas tienen un tipo de discapacidad, la tasa de discapacidad está incrementando, debido al envejecimiento de los individuos y de las enfermedades crónicas, entre otras causas. Aun existiendo una demanda mayor de asistencia sanitaria a las personas con discapacidad, obtienen menor acceso e insatisfacción, por lo que conllevan una mala salud, adquiriendo problemas secundarios a la enfermedad. Los programas de prevención y promoción en salud dirigida a personas con discapacidad, es inusual en las poblaciones (OMS, 2016, párr. 2-5-6).

Desde hace varias décadas, los censos de población y vivienda, son primordiales como fuentes de información a nivel mundial, analizan las características demográficas y socioeconómicas, e identifican las demandas sociales y de salud. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), tienen un papel importante para identificar la prevalencia de las personas con discapacidad en la población. Los censos en América Latina y el Caribe se realizan en años similares, siendo probables diferenciar las transformaciones en el tiempo y entre países (CEPAL, 2014, pp. 3-4). En los países Latinoamericanos existe la ausencia de una estadística estable (Villacís & Carrillo, 2012, p. 7).

En América Latina existe 85 millones de personas con discapacidad, pero solo el 2% recibe una respuesta a sus diferentes necesidades, según datos del Programa Regional de Rehabilitación de la Organización Panamericana de Salud (OMS, 2006, párr. 1).

El Ecuador ha logrado un gran progreso en el tema de discapacidades, a través de diversos programas como la Misión Solidaria Manuela Espejo o el programa Joaquín Gallegos Lara, teniendo un reconocimiento a nivel mundial y siendo un referente para los países de América Latina, según la OMS. (OPS, 2014, párr. 1). A pesar de estos avances a nivel nacional, no todas las comunidades han sido beneficiadas, por falta de información sobre la prevalencia de personas con discapacidad que existe en dichas poblaciones.

El 5.6% de la población del Ecuador afirmó tener algún tipo de discapacidad, en el VII Censo de Población y VI de Vivienda 2010, realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), (CONADIS, 2014, p. 10). El CONADIS hace referencia a las personas con discapacidad inscritas en el Registro Nacional de Discapacidades “hasta febrero de este año, hay 418.001 personas con discapacidad en el país, teniendo como primer lugar a la Provincia del Guayas con 110.176, seguida por Pichincha 63.813 y Manabí con 44.167” (CONADIS, 2017, p. 2).

El presente estudio de investigación se desarrollará en la Urbanización Montebello, ubicada en el noroeste de la ciudad de Guayaquil, Parroquia Tarqui, con una población de 8.832 (Centro de Estudios e Investigaciones Estadísticas ICM-ESPOL, 2006, párr. 1), de las cuales cuenta con todos los servicios básicos, pero carece de centros de salud en el sector, el más cercano que tiene a su disposición es el Hospital Universitario.

Existe una falta de estudio estadístico al nivel de sectores en la provincia del Guayas por lo cual no hay un informe detallado del sector Montebello de cuantas personas tienen alguna enfermedad que desencadenen una discapacidad. Dicho estudio tiene como fin, conocer la prevalencia de estas enfermedades discapacitantes, junto con el Comité Desarrollo Comunal Montebello y la Fundación María Otilia, se tiene como objetivo conocer aquella estadística, y así lograr realizar propuestas a beneficio de la comunidad.

## **1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál será la prevalencia de las enfermedades discapacitantes, en la población de Montebello de la Ciudad de Guayaquil?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General**

Determinar la prevalencia de las enfermedades discapacitantes en la población de Montebello de la ciudad de Guayaquil, en el periodo de mayo a septiembre del 2017.

### **2.2. Objetivos Específicos**

1. Delimitar el grupo población objeto de estudio, de acuerdo con los criterios establecidos en la investigación.
2. Identificar las enfermedades discapacitantes en la población de estudio. mediante la aplicación de una encuesta de discapacidad del Instituto Nacional de estadística de España.
3. Analizar la presencia de enfermedades discapacitantes más frecuentes en la población de estudio, mediante la base de datos obtenida.
4. Diseñar estrategias de prevención a la población objeto para mejorar su condición física y disminuir el riesgo de padecer una discapacidad.

### 3. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio pretende determinar la prevalencia de enfermedades discapacitantes de la población de Montebello ubicada al noroeste de la ciudad de Guayaquil, en el periodo de mayo a septiembre. La cual carece de asistencia sanitaria, por lo que la falta de los servicios prioritarios ocasiona problemas de salud.

Según la OMS las enfermedades crónicas son de larga duración y por lo general de progresión lenta. Entre ellas encontramos las enfermedades cardiacas, el cáncer, la diabetes, las enfermedades respiratorias y los infartos, siendo las principales causas de mortalidad a nivel mundial (OMS, 2017c, párr. 1).

Las personas con alguna enfermedad crónica o de alto riesgo puedan tener complicaciones al no ser tratadas o tener un control adecuado, que puede conllevar a la muerte o adquirir un tipo de discapacidad que lo haga dependiente de los miembros de la familia, ocasionando problemas socio-económicos.

Por lo cual consideramos pertinente este estudio de recolección de datos que se realizará por medio de una encuesta dirigida a la población en general enfocándonos en las enfermedades discapacitantes, lo cual va a proporcionar datos concretos que servirán para el diseño de estrategias de prevención a la población objeto, para mejorar su condición física y disminuir el riesgo de padecer una discapacidad.

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1. Marco Referencial

**“Prevalencia de hipertensión arterial y diabetes en habitantes de Lima y Callao, Perú”**, tuvo como objetivo “Determinar la prevalencia de hipertensión y diabetes en habitantes de los distritos de Lima metropolitana y El Callao en Perú” (Revilla, López, Sánchez, Yasuda, & Sanjinés, 2014, párr. 1). El método del estudio fue Transversal Analítico a los habitantes de 15 años de edad de dicho lugar, fueron seleccionados mediante parámetros de estudios realizados como peso, sexo, talla, presión arterial y niveles de glucosas entre otros. Los resultados obtenidos fueron el 62% correspondiente al sexo femenino, Obesidad (Masculino 16.3 % y Femenino 21.5%), Hipertensión Arterial (Masculino 17.4% y Femenino 14.9%) Y Diabetes (Masculino 3.8% y Femenino 4.0%). Los resultados de este estudio “mostraron altas prevalencias de hipertensión arterial y obesidad así como una moderada prevalencia para diabetes. Estos resultados pueden utilizarse como referencia para intervenciones de salud pública y monitorear su impacto” (Revilla et al., 2014, párr. 1).

**“Un estudio descriptivo de las características sociodemográficas de la discapacidad en América Latina”** que tuvo como objetivo realizar una evaluación sobre como realizan las encuestas para hacer un análisis de las personas con discapacidad del 2001 al 2009. En el estudio se tomaron en cuenta los países de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay. Obtuvieron como resultados la discapacidad motora es más prevalente, en personas mayores de 65 años de sexo masculino, con bajo nivel educacional siendo la principal causa es la enfermedad crónica (Neves & Álvarez, 2014, párr. 1).

**“La discapacidad en Colombia: una mirada global”**, cuyo objetivo es conocer los aspectos demográficos y epidemiológicos de la discapacidad en Colombia, donde se realizó una investigación “de los aspectos epidemiológicos, legislativos, de formación de recursos humanos en áreas de rehabilitación y de investigación en base de datos gubernamentales e institucionales de cada uno de los aspectos indagados” (Agudelo & Seijas, 2012, párr. 2). Obteniendo como resultado un 6.3% discapacidad física y visual que son originadas por una enfermedad crónica y que existe una disminución en las condiciones educativas, laborales y de atención en salud y rehabilitación para las personas con discapacidad en ese país (Agudelo & Seijas, 2012, párr. 2).



## **4.2. Marco Teórico**

### **4.2.1. Discapacidad**

Se define como la “restricción o falta (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se consideran normales para un ser humano. Engloba las limitaciones funcionales o las restricciones para realizar una actividad que resultan de una deficiencia” (Padilla, 2010, p. 399).

### **4.2.2. Historia de la discapacidad**

#### **4.2.2.1. Prehistoria y antigüedad**

Las personas con discapacidad al no valerse por sí mismo y no contribuir a la sociedad se presumen que eran abandonados o asesinados. Pero existen evidencias de la prehistoria de varios esqueletos que habían tenido algún tipo de discapacidad con una trepanación, que se refería a realizar una herida a nivel del cráneo que servía para que el mal se alejara, esto era considerado una medida curativa.

A diferencia del antiguo Egipto se encontró en una momia férula a nivel de los miembros inferiores, en Asia y África existieron varios métodos para tratar a las personas con discapacidad, como dejar a los niños en el bosque, arrojarlo al río sagrado Ganges, otros los utilizaban para espantar a los demonios. La sociedad China utilizaba en la discapacidad motriz técnicas como masajes. Los hebreos consideraban a la discapacidad como una marca del pecado.

#### **4.2.2.2. Edad media**

Influenciado por el cristianismo, era condenado las personas que asesinaban a los recién nacidos, pero las personas con discapacidad

también eran rechazadas por autoridades civiles y religiosas. Las personas con problemas mentales o neurológicos se los consideraban endemoniados y se le practicaba exorcismos. Pero también en este tiempo se consideraban que eran enviados por Dios para que las personas sin discapacidad realicen obras benéficas a cambio de purificarlos por sus pecados. En la edad alta media por el alto porcentaje de personas con discapacidad se creó varias instituciones a cargo de los religiosos. Las instituciones psiquiátricas se crearon en el siglo XV (Valencia, 2014, pp. 3-4-7).

#### **4.2.2.3. Edad moderna**

En esta época con el renacimiento nace el humanismo y desarrollan la medicina y las prótesis, fue en el siglo XVI cuando se inventan la primera prótesis mecánica de mano que realizaba los movimientos pasivos de flexión y extensión de muñeca. En esta época disminuye el poder de la iglesia lo que obliga al cierre de algunas instituciones benéficas, a pesar de estos avances las personas con discapacidad aún seguían sufriendo. Se crean hospitales donde se practicaba técnicas manuales e instrumentales para las manipulaciones vertebrales, y se realiza el primer libro mundial sobre los ejercicios corporales.

#### **4.2.2.4. Edad contemporánea**

En el siglo XVIII se trataba a las personas con discapacidad con rechazo, se abandonada a los niños con discapacidad e incluso se compraban para la mendicidad y trabajos forzosos. El filósofo Diderot escribe sobre la competencia intelectual y física de las personas con discapacidad visual. En esta época en París se comenzó a trabajar con letras grabadas en madera y posteriormente en papel grueso, además se abre por primera vez una escuela para personas con discapacidad auditiva y existen avance sobre la hidrocefalia.

En la ortopedia existe un avance quirúrgico para beneficio de las personas con discapacidad física, y dos progresos en la rehabilitación como

los ejercicios que ayudan al crecimiento de los niños y para mejorar las desviaciones de la columna vertebral, también se establece en Suiza el primer lugar para el tratamiento locomotor dejando en el pasado las amputaciones innecesarias.

En el siglo XX Estados Unidos progresa en el tema de discapacidad con legislaciones favorables y se crean asociaciones de los familiares y de las personas con discapacidad, se identifican nuevas enfermedades y derechos limitados. Después de la segunda guerra mundial los países participantes crean instituciones para el tratamiento de los combatientes que sufrieron alguna secuela causando alguna discapacidad. Después la Organización de las Naciones Unidas (ONU) autoriza el programa internacional de rehabilitación de minusválidos, la rehabilitación implicaba a los familiares y a la sociedad haciendo prioridad a las personas con discapacidad.

La OMS crea la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalías, y en el 2001 aprueba la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la salud (CIF). En la actualidad los derechos de las personas con discapacidad van tomando mayor fuerza sin cuestionamientos de la sociedad (Ledesma, 2008, pp. 187-193).

#### **4.2.3. Clasificación de las enfermedades**

Existen cuatro tipos de discapacidades: física, sensorial, intelectual y psíquica.

##### **4.2.3.1. Discapacidad física**

Es un trastorno del aparato locomotor, por causa de un déficit del sistema nervioso, osteoarticular y muscular. Su etiología puede ser múltiple, puede surgir en la fase prenatal, durante esta etapa la madre puede adquirir infecciones como la rubeola, sarampión, la sífilis, además intoxicaciones por varios factores como anemia, insuficiencia cardíaca que puede causar al feto espina bífida, amputación, parálisis cerebral, entre otras, en la fase perinatal

la más frecuente es la hipoxia, la prematuridad y traumatismo y en la fase postnatal que pueden ser traumatismo, infecciones, anoxia, asfixia, accidentes vasculares (Aguilar, 2013. p. 27).

#### **4.2.3.2. Discapacidad sensorial**

Engloba a las personas con deficiencia visual y deficiencia sensorial.

##### **4.2.3.2.1. Discapacidad visual**

Se define a la falta parcial o total de la capacidad visual, se subdivide en cuatro niveles visión normal, discapacidad visual moderada, discapacidad visual grave y ceguera (OMS, 2014, párr. 2).

##### **4.2.3.2.2. Discapacidad auditiva**

La Organización Mundial de la Salud define “como una pérdida total o parcial de la audición, cuyo sentido del oído no es normal, puede ser leve, moderada, grave o profunda” (OMS, 2017d, párr. 4). Afectan a uno o ambos oídos, el mayor porcentaje de las personas con este tipo de discapacidad se da en los países de ingresos medianos o bajos (OMS, 2017d, párr. 1).

#### **4.2.3.3. Discapacidad intelectual**

La discapacidad intelectual se define a la afectación de facultades de diversas áreas del desarrollo, como las habilidades cognitivas y la conducta adaptativa (OMS, 2017e, párr. 17).

#### **4.2.3.4. Discapacidad psicosocial**

Entre las principales enfermedades tenemos, trastorno de bipolaridad, trastorno esquizoafectivo y depresión. Los trastornos mentales causan

considerable problema en la salud de las personas y consecuencias a nivel socioeconómico (OMS, 2017f, párr. 20).

#### **4.2.4. Enfermedades discapacitantes**

##### **4.2.4.1. Osteoporosis**

Es una patología que afecta al sistema esquelético caracterizado por la pérdida de masa ósea y una alteración de la estructura, lo que afecta la resistencia ósea, teniendo como consecuencia la fragilidad e incrementa el riesgo de fracturas. La remodelación ósea está encargada por un conjunto de células que destruyen pequeñas partes del hueso y luego son sustituidas por un tejido óseo nuevo, este proceso tiene dos funciones aumentar la resistencia y asegurar la disponibilidad de minerales tales como el calcio, fosforo o magnesio que son transportado del hueso al líquido extracelular (Sosa, 2010, p. 4).

Es una enfermedad que se puede prevenir y tratar, pero la ausencia de la sintomatología causa que se diagnostique después de una fractura. Algunos estudios han comprobado que el 95% de los pacientes no presentaba un diagnóstico de osteoporosis previo a la fractura (Muños, 2010, p. 5).

La causa de la osteoporosis es dada por 2 tipos de alteraciones:

La primera se debe al establecimiento de un balance negativo; la segunda en un aumento del número de unidades de remodelación, que da lugar a lo que se define como el aumento del recambio óseo a osteoporosis en sí misma, no duele ni produce ningún tipo de sintomatología. (Sosa, 2010, p.5)

La clínica y el tratamiento viene relacionada con las fracturas puede brindar una exploración física rigurosamente normal. Las fracturas osteoporóticas se producen en cualquier localización, las fracturas por fragilidad sea cualquiera se considera osteoporótica (Sosa, 2010. p. 6).

#### 4.2.4.2. Artrosis

*American College of Rheumatology (ACR)* lo define como “un grupo heterogéneo de condiciones que conducen a síntomas y signos articulares los cuales se asocian con defectos en la integridad del cartílago articular, además de cambios relacionados con el hueso subcondral y con los márgenes articulares” (Arias, 2014, p 175).

Es la consecuencia de factores mecánicos y biológicos que desequilibra el acoplamiento normal entre la degradación y la síntesis por los condrocitos de la matriz extracelular del cartílago articular y del hueso subcondral. Puede comenzar por múltiples factores entre los que se incluyen factores genéticos, ambientales, metabólicos y traumáticos. Los factores de riesgo van a depender según la articulación afectada y son la edad, genética, sexo, obesidad y la nutrición (Rodríguez, Palomo, Bartolomé, & Hornillos, 2014, p.689).

Se desencadena una alteración fisiológica en el cartílago que se caracteriza por el aumento del catabolismo y disminución de la formación, que da como consecuencia un desgaste, teniendo como resultado una condición inflamatoria, este proceso favorece a la síntesis de óxido nítrico, citocinas, proteasas y los radicales libres, activando las metaloproteasas 2, 3, 13 quienes condiciona la degradación de la membrana extracelular del cartílago articular, causa la muerte de los condrocitos, libera los factores de necrosis tumoral alfa e interleucina que afecta más el cartílago y a las estructuras adyacentes (Espinosa et al., 2013, p. 69).

Artrosis de rodilla son dolor de rodilla. Osteofitos, liquidad sinovial, rigidez matutina < 30 min, crepitación. Artrosis de Cadera dolor de cadera, osteofitos, reducción del espacio articular. Artrosis de Mano dolor, rigidez de mano, tumefacción.

El diagnóstico y la graduación de la intensidad de la artrosis se realizan normalmente a partir de los datos clínicos y la imagen radiológica. El primer paso para el diagnóstico es saber si la clínica que presenta el paciente es debida a la artrosis de esa articulación o a otras causas como bursitis, artritis, tendinitis, osteocondritis disecante femoral, hiperlaxitud, quiste poplíteo, patología de los ligamentos cruzados. Se debe de tener los siguientes criterios clínicos (Rodríguez et al., 2014, p. 690).

#### **4.2.4.3. Artritis reumatoide**

Enfermedad autoinmune, crónica, sistémica, progresiva, que provoca una afección articular e incapacidad, cuando no es diagnosticada y tratada debidamente. Su característica es poliarticular simétrica y afecta a las articulaciones periféricas, normalmente no existe daño en las articulaciones proximales pero si existe algunos casos. La incidencia es de 0.6% a 1%, es común en mujeres de 40 y 50 años (Morales, 2013, p. 523).

Su etiología es desconocida, es vinculada con los factores genéticos del alelo HLA DR4 y el complejo de histocompatibilidad clase II (7, 8, 10,11), pero estos factores no explican completamente la aparición de esta enfermedad, lo cual varias teorías relacionan los factores genéticos con factores ambientales, como infecciones, virus Epstein-Barr (EBV), retrovirus, parvovirus B19, virus de la hepatitis C, Mycobacterium tuberculosis y el micoplasma proteus (García, 2014, p.127).

Su primera alteración parece ser una reacción inflamatoria inespecífica, sin conocer el estímulo que lo desencadena. Se va a presentar en forma de una inflamación autoinmune sinovial, causada por la infiltración de las células inflamatorias normalmente de las células T y macrófagos a la membrana sinovial, implicando una lesión microvascular y un incremento en el número de células de revestimiento sinovial e inflamación perivascular por células mononucleares, después avanza hasta el cartílago adyacente y al hueso lo que origina una destrucción articular (Morales, 2013, p. 524).

Esto no es específico ya que no todas las personas con artritis reumatoide manifiestan en esta forma, por lo que también se estudia la relación con esta alteración otros anticuerpos, tal como anti-CCP y el ANA. Los pacientes sin control o con la enfermedad presentada agresivamente según estudios tienen 10 años menos de vida, asociados de deterioro funcional y progresión hacia la discapacidad. Los síntomas principalmente son astenia, debilidad generalizada y musculoesqueléticos inespecíficos, como avanza la patología se van presentando los síntomas más específicos como la alteración poliarticular en forma simétrica (García, 2014, p.128).

Su síntoma principal es el dolor en las articulaciones comprometidas, otros síntomas son la tumefacción, pérdida de la sensibilidad, rigidez por inactividad. Al inicio el dolor e inflamación disminuye el movimiento articular, lo que ocasiona una deformidad. La desviación radial de la muñeca y la desviación cubital de los dedos, con subluxación palmar de las falanges proximales, hipertensión de la articulación interfalángica proximal con flexión compensadora de interfalángica distal, deformidad por flexión de las articulaciones Interfalángicas proximales por extensión de las Interfalángicas distales, son las deformidades más frecuentes.

Las manifestaciones extrarticulares, compromete cualquier sistema por ser una enfermedad multiorgánica, incrementando la mortalidad. Los nódulos reumatoides se localizan en lugares de presión como la bolsa olecraneana, en el área proximal del cubito, son indoloros de consistencia firme, adheridos a planos profundos (Morales, 2013, p. 525).

Las complicaciones frecuentes son la pericarditis enfermedades pulmonares, neuropatías por atrapamiento, mielopatía cervical, mononeuritis múltiple y polineuropatías. El diagnóstico es principalmente clínico, aunque por los síntomas no específicos, se puede observar en una etapa avanzada, se realizan historia clínica, examen físico, exámenes de laboratorio y estudios radiológicos (García, 2014, p 134).



#### **4.2.4.4. Alzheimer**

Es una encefalopatía degenerativa primaria. Una de sus principales características son los trastornos de memoria, que van evolucionando, se relaciona con otras funciones cognitivas y trastorno conductuales, llevando a las personas con esta enfermedad a un estado de dependencia (Fontán, 2012, p. 36).

Su etiología es desconocida aun, los científicos deducen que se puede producir por una combinación de susceptibilidad genética y los factores ambientales, relacionando los factores de riesgo como la edad. "Otros estudios establecen otros factores de riesgo el nivel de instrucción bajo, la presencia del Alelo E4 de la lipoproteína E, el sexo femenino, también riesgo patologías vasculares y el estilo de vida" (Fontán, 2012, p.38).

El principal síntoma en la mayoría de las personas con esta enfermedad es el trastorno de memoria, en algunos casos el primer síntoma son trastorno de lenguaje o dificultad visio-espacial que va evolucionando. Las alteraciones según cómo evolucione esta enfermedad irán apareciendo principalmente en la función ejecutiva y de lenguaje como las praxias y gnosias. Su progreso se va dando de las actividades más complejas a las más básicas de la vida diaria (Brusco, 2016, p. 25).

Después las personas con Alzheimer van a desarrollar trastorno conductuales volviéndose apático, el interés en las actividades irán bajando. Va a existir una psicorrigidez agresiva, intolerante e irritables, en esta etapa la depresión también es común (Acosta et al., 2012, p. 92)

Con la progresión la sintomatología se dificultará al paciente pierde el interés de realizar su higiene, no escogerá una vestimenta adecuada, y seguirán aumentando los trastornos conductuales, como la agresividad, delirio incluso agitación psicomotriz, trastornos en la marcha. El diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer es totalmente clínico, se deben obtener el

historial completo, evaluación mental, pruebas de laboratorio en general y exámenes mentales y físicos. (Fontán, 2012, p. 32).

#### **4.2.4.5. Diabetes mellitus**

La OMS la define como una enfermedad crónica que se manifiesta cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando no es utilizado correctamente por el organismo la insulina. Al no ser tratada y controlada debidamente, tiene como efecto hiperglucemia que es el aumento de la glucosa en la sangre (OMS, 2017a, párr. 1). Se clasifica en:

Diabetes Tipo 1: Las células beta son destruidas por un proceso autoinmune del cuerpo lo que deriva la deficiencia de insulina. Las manifestaciones clínicas suelen aparecer en la pubertad, si la función se perdió en alto grado, siendo de importancia la terapia con insulina para poder sobrevivir. Pero la forma de manifestarse también puede ser de progresión lenta sin necesitar insulina y suele aparecer en las primeras etapas de la adultez.

Diabetes tipo 2: Se manifiesta en personas con diferente resistencia a la insulina y también una deficiencia en la producción de insulina siendo predominante o no, estos fenómenos deben relacionarse en un momento para que exista la elevación de glucosa en la sangre, aunque científicamente no existe marcadores que identifique cuál de los dos defectos predomina en el organismo, la obesidad también interfiere en la resistencia a la insulina, mientras que en la pérdida de peso existe una reducción en la producción de la hormona (Roses, & Rosas, 2009, p. 14).

Las complicaciones que se pueden presentar son retinopatías, nefropatías, neuropatías somáticas afectan con mayor grado a los miembros inferiores a la parte sensitivo-motor como calambres, sensibilidad alterada y las neuropatías autonómica puedes presentar diarrea, estreñimiento y gastroparesia (Casal, & Pinal, 2014, p. 3).

#### **4.2.4.6. Hipertensión**

La hipertensión arterial es un incremento anormal de la presión arterial. La OMS considera hipertenso a las personas que tengan la presión igual o superior a 140/90mmhg. Es uno de los factores de riesgos de aterosclerosis, enfermedad vascular periférica y de insuficiencia cardiaca y renal, y es una de las principales causas de los eventos cerebro vascular, según la Sociedad Venezolana de Medicina Interna (SVMI).

“Los síntomas que se presentan son infartos de miocardio, disminución de la capacidad de ejercicio, problemas para respirar, inflamación de los pies, reducción de la fuerza muscular en los miembros, dolor de cabeza nocturno, disfunción eréctil, calores intensos, taquicardia, etc.” (SVMI, 2017, párr. 6).

El diagnóstico de la hipertensión arterial sistémica en el caso de los adultos se la debe tomar 2 o más veces y debe estar “por encima de los valores normales que es mayor o igual a 140/90 milímetros de mercurio. Y en los casos de los niños se ven los valores establecidos de la tensión arterial normal con respecto a la edad” (SVMI, 2017, párr. 1).

#### **4.2.5. Rol del fisioterapeuta**

El rol del fisioterapeuta forma parte del equipo multidisciplinario para la rehabilitación del paciente, se considera que:

La Fisioterapia ocupa el quinto lugar dentro de las profesiones de la salud y se destaca de éstas por ser la única que se ha comprometido con el tratamiento no invasivo para prevenir y tratar ciertas patologías, manejar limitaciones de estructuras y/o funciones corporales, mejorando las actividades cotidianas y la participación en los roles de la vida de cada individuo. (Pinzón, 2014, p 4)

Según *Australian Psiotherapy Association* (APA, 2012, p. 2) El rol del fisioterapeuta para personas con enfermedades crónicas es importante,

porque su ayuda puede garantizar con seguridad su autocuidado, optimiza su nivel físico y promueve un mejor estilo de vida. El aporte de este profesional se da de diferentes maneras, como en la promoción de la salud trabajando en actos públicos, dentro de instituciones como hospitales, clínicas, servicio ambulatorio y rehabilitación privada, trabaja en las diferentes etapas de la enfermedad, lo que permite que pueda proporcionar información y orienten a quienes sufran una enfermedad crónica o tenga el riesgo de desarrollarla.

Las intervenciones de los fisioterapeutas son variadas desde ayudar a las personas con enfermedades pulmonares crónicas, por medio de la rehabilitación cardiopulmonar, complicaciones de cáncer que es tratada con terapia física compleja, e incluso determina terapia de ejercicios que ayuda a las personas con diabetes a tener un mejor control de glucosa, rehabilitación cardiaca, brindan propuestas terapéuticas en secuelas de eventos cerebrovasculares, previene caídas que reduce el riesgo de fracturas, actúan en la disminución del dolor, mejora el rango funcional y fuerza muscular. Los fisioterapeutas tienen la capacidad necesaria para prevenir y manejar las comorbilidades y las complicaciones de las enfermedades crónicas.

#### **4.2.6. Encuesta**

Las encuestas sobre discapacidades son operaciones estadísticas en forma de macro-encuestas que dan respuesta a la demanda de esta información por parte de las Administraciones Públicas y de numerosos usuarios, en particular organizaciones no gubernamentales, según el Instituto Nacional de Estadística (INE).

##### **4.2.6.1. Encuesta Instituto Nacional de Estadística de España 2008**

Esta encuesta abarcó una gran parte de las necesidades de las necesidades de información sobre los fenómenos de la discapacidad, la dependencia, el envejecimiento de la población y el estado de salud de la población residente en España.

Las metodologías cumplen las recomendaciones de la OMS y las clasificaciones internacionales vigentes en el año de realización de la encuesta.

“El objetivo general de la encuesta es atender la demanda de información para el Sistema Nacional de Dependencia, proporcionando una base estadística que permitiese guiar la promoción de la autonomía personal y la prevención de las situaciones de dependencia” (INE, 2010, p. 105).

“El enfoque del estudio son las necesidades de información actualizada sobre personas con discapacidad es evidente no sólo porque la dependencia ha tomado la dimensión del problema social de primera magnitud, sino también porque el concepto de discapacidad se modificó” (INE, 2010, p. 11).

“Variables de clasificación edad, sexo, parentesco, país de nacimiento, nacionalidad, estado civil y situación de convivencia, nivel de estudios terminados, certificado de minusvalía ( $\geq 33\%$ ), relación con la actividad económica, situación profesional, ocupación, actividad de la empresa y provincia de residencia” (INE, 2010, p. 5).

### **4.3. Marco Legal**

#### **4.3.1. Constitución de la República del Ecuador**

Según la Constitución de la República del Ecuador (2008), establece varios derechos y obligaciones referentes a las personas con discapacidad.

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

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

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

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

8. 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.

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

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

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

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

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

#### **4.3.2. Ley Orgánica de Discapacidades**

Según la Ley Orgánica de Discapacidades (2012) determina los principios, derechos fundamentales para las personas con discapacidad.

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

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

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

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

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



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

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

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

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

6. Garantizar y promover la participación e inclusión plenas y efectivas de las personas con discapacidad en los ámbitos públicos y privados.

Art. 19.- Derecho a la salud. - El Estado garantizará a las personas con discapacidad el derecho a la salud y asegurará el acceso a los servicios de promoción, prevención, atención especializada permanente y prioritaria, habilitación y rehabilitación funcional e integral de salud, en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, con enfoque de género, generacional e intercultural.

La atención integral a la salud de las personas con discapacidad, con deficiencia o condición discapacitante será de responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, que la prestará a través la red pública integral de salud.

Art. 20.- Subsistemas de promoción, prevención, habilitación y rehabilitación.

La autoridad sanitaria nacional dentro del Sistema Nacional de Salud, las autoridades nacionales educativa, ambiental, relaciones laborales y otras dentro del ámbito de sus competencias. Establecerán e informarán de los planes, programas y estrategias de promoción, prevención, detección temprana e intervención oportuna de discapacidades, deficiencias o condiciones discapacitantes respecto de factores de riesgo en los distintos niveles de gobierno y planificación.

La habilitación y rehabilitación son procesos que consisten en la prestación oportuna, efectiva, apropiada y con calidad de servicios de atención. Su propósito es la generación, recuperación, fortalecimiento de funciones, capacidades, habilidades y destrezas para lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida.

La autoridad sanitaria nacional establecerá los procedimientos de coordinación, atención y supervisión de las unidades de salud públicas y privadas a fin de que brinden servicios profesionales especializados de habilitación y rehabilitación. La autoridad sanitaria nacional proporcionará a las personas con discapacidad y a sus familiares, la información relativa a su tipo de discapacidad.

## **5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

Las enfermedades discapacitantes con mayor prevalencia en la población de la Urbanización Montebello, son las crónicas degenerativas osteomusculares, cognitivas, metabólicas y cardiovasculares.

## 6. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES

En la determinación de las variables del presente estudio se tomará en cuenta:

VARIABLES de estudio: Enfermedades discapacitantes, tipos de discapacidad sexo, edad, nivel de instrucción y ocupación

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INTRUMENTOS
<b>ENFERMEDADES DISCAPACITANTES</b>	Diferentes patologías encontradas en Montebello	Hipertensión Diabetes Artrosis Artritis Alzheimer Osteoporosis	Encuesta
<b>TIPOS DE DISCAPACIDAD</b>	Los diferentes tipo de discapacidad	Física Intelectual Sensorial	Encuesta
<b>EDAD</b>	Rango de edad que conformarán cada grupo	Niños 0 - 11 Adolescentes 12- 17 Adultos 18 - 64 Adultos mayores $\geq$ 65	Encuesta
<b>SEXO</b>	Cantidad del sexo femenino y cantidad del sexo masculino	Femenino Masculino	Encuesta
<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>	Grado de estudios realizados	Analfabeto Primaria Secundaria Universitario	Encuesta
<b>ESTADO DE OCUPACIÓN</b>	Grado de ocupación	Activo Jubilado	Encuesta

## **7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **7.1. Justificación de la Elección del Diseño**

El presente trabajo de titulación es de tipo observacional ya que se limita a la observación, medición y análisis de las variables sin ejercer un control directo en la población o muestra seleccionada. Utiliza un alcance descriptivo ya que busca especificar las propiedades, características y rasgos importantes al analizar las enfermedades discapacitantes, además describe las tendencias de un grupo o población. Con un enfoque cuantitativo que pretende comprobar la hipótesis planteada en la investigación, a base de un análisis numérico con el fin de comprobar la prevalencia de las enfermedades discapacitantes en la población de estudio. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, pp. 4-104).

Prospectivo cuyo inicio es anterior a los hechos estudiados y los datos se van recogiendo a medida que van sucediendo, mediante la recolección de las evidencias a partir de las encuestas. El diseño de la investigación es no experimental, ya que este estudio se realizó sin la manipulación deliberada de las variables y solo se observa las variables determinadas en un ambiente natural para después analizarlos; de tipo transeccional o transversal, debido a que se hace la medición de la recolección de datos en un único momento (Hernández et al., 2014, p. 154).

### **7.2. Población y Muestra**

La población elegida para la realización de esta investigación durante los meses mayo a septiembre de 2017, es la que habita en la Urbanización de Montebello. De la población en general asistieron 619 individuos de todas las edades a la convocatoria hecha en el Comité Desarrollo Comunal de la Urbanización Montebello para realización de las encuestas. De los cuales se tomó como muestra 80 individuos con enfermedades discapacitantes, de

acuerdo con los criterios de inclusión. Se aplicó encuestas para la obtención de un análisis estadístico.

### **7.2.1. Criterios de Inclusión**

- Toda la población de la Urbanización Montebello que asistieron a la convocatoria.

### **7.2.2. Criterios de Exclusión**

- Personas que no aceptaron ser partes del estudio de investigación.
- Personas que no presentaron ninguna enfermedad discapacitante.

## **7.3. Técnicas e Instrumentos de Recogida de Datos**

### **7.3.1. Técnicas**

Observación: Es una técnica que consiste en la captación de forma sistemática de cualquier hecho, situación que se produzca en la naturaleza, sociedad o población, en función de los objetivos planteados en la investigación (Fidias, 2012, p. 70). De acuerdo con las personas que asistieron a la convocatoria en la casa comunal se logró realizar las encuestas y así obtener los datos necesarios para la investigación.

Estadística: Técnica utilizada para la recolección, organización, presentación y análisis de datos (García, 2015, p. 90). Se presentarán los resultados obtenidos mediante tablas y gráficos de cada una de las variables establecidas en el cuadro de clasificación variables como enfermedades discapacitantes, servicios de salud, tipo de discapacidad, rehabilitación, entre otras,

### **7.3.2. Instrumentos**

Encuesta: Es un documento físico o digital en el cual estará registrados un banco de preguntas cerradas correspondientes para obtener datos necesario para la delimitar la población a estudiar (Fidias, 2012, p. 73). La encuesta que fue adaptada a la encuesta del instituto Nacional de estadísticas 2008 en España, se tomó varios parámetros necesarios para la recolección de información sobre las personas que tengan enfermedades discapacitantes en el sector de Montebello.

Base de datos: “Las bases de datos son recursos que recopilan todo tipo de información, de un grupo de personas” (Pinto, 2015, p. 1). Una vez realizada la encuesta a la población se creó una base de datos donde se adjuntó toda la información encontrada obtenida de la población del sector de Montebello.

## 8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Distribución porcentual sobre los datos obtenidos sobre género y edad de la población.

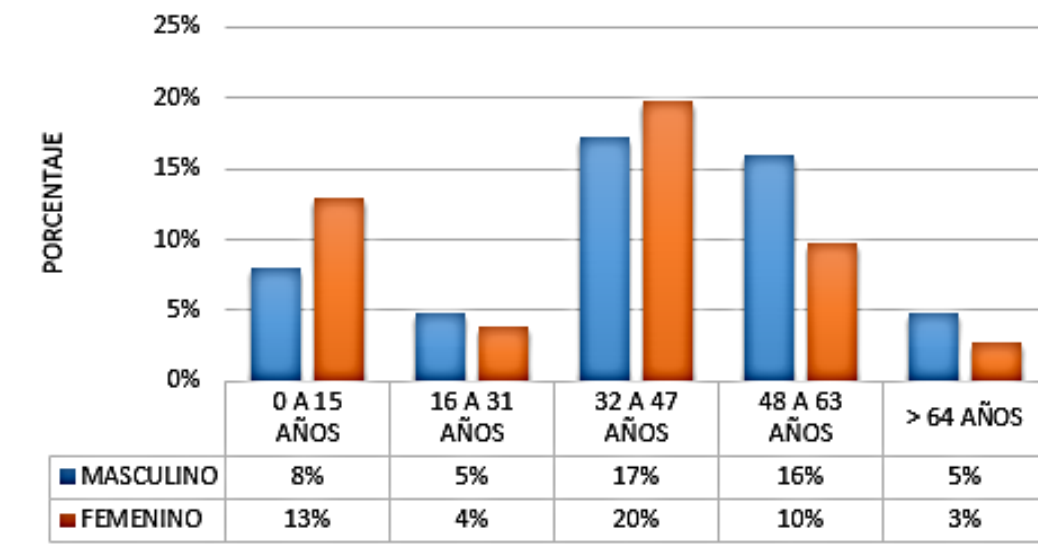


Figura 1: Observamos la distribución porcentual por grupos etareos de edades de la población. El mayor porcentaje se encuentra entre edades de 32 a 47 años, el 20% femenino y el 17% masculino, seguida entre edades de 48 a 63 años, el 10% femenino y 16% masculino, de menor predominancia los > 64 años, el 3% femenino y el 5% masculino.



## Distribución porcentual sobre los datos obtenidos sobre género y edad de la muestra

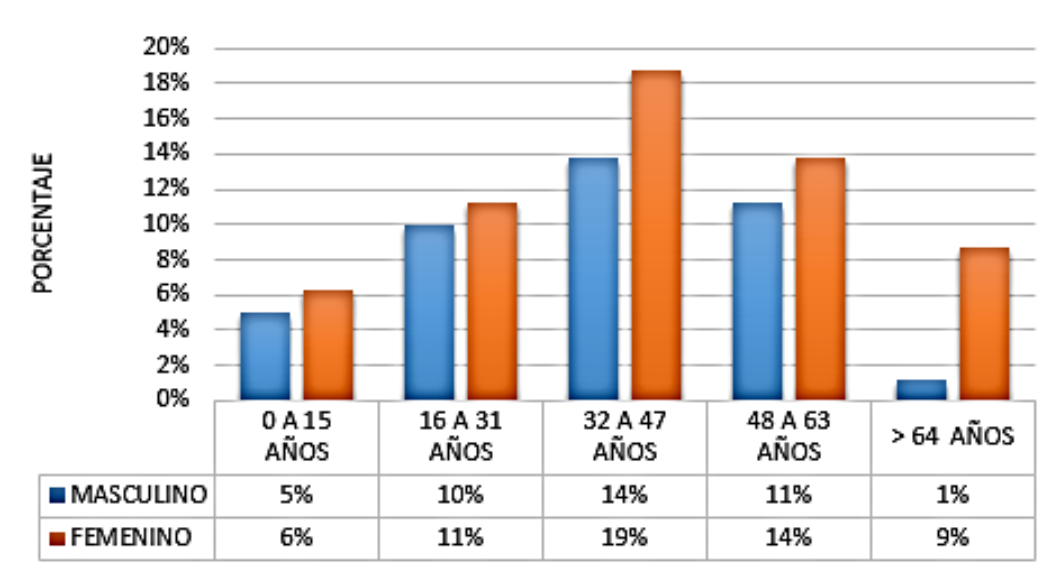
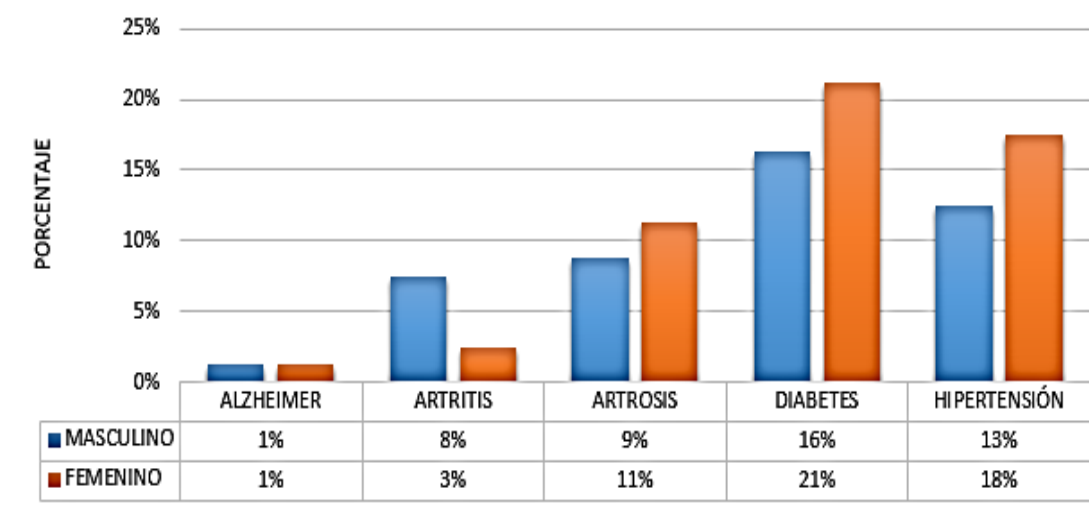


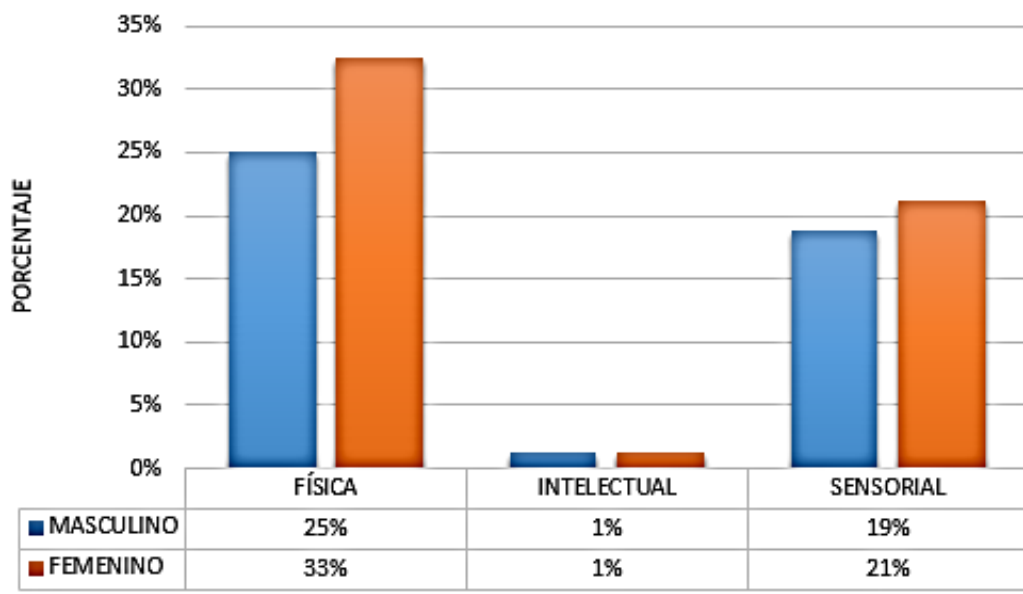
Figura 2: Observamos la distribución porcentual por grupos etareos de edades de la muestra. El mayor porcentaje se encuentra entre edades de 32 a 47 años, el 19% femenino y el 14% masculino, seguida de edades entre 48 a 63 años, el 14% femenino y el 11% masculino, en el último puesto los > 64 a 79 años, el 9% femenino y el 1% masculino.

**Distribución porcentual de los resultados obtenidos sobre las enfermedades discapacitantes de la muestra.**



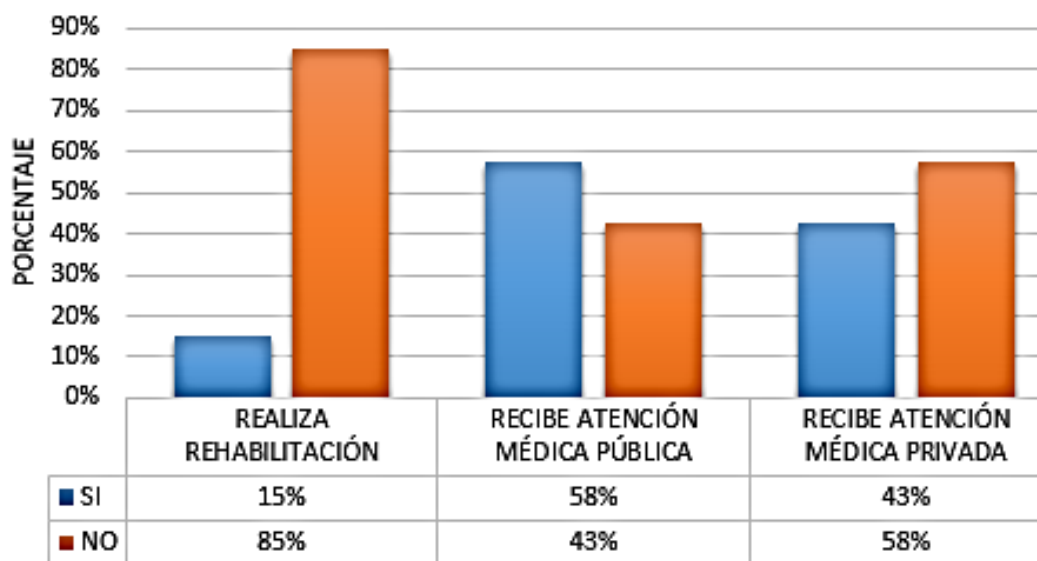
*Figura 3:* Observamos que las enfermedades discapacitantes encontradas en el sector de Montebello, dentro de las más frecuentes se encontró, diabetes con el 37%, el 21% femenino y el 16% masculino; seguida de hipertensión con el 31%, el 18% femenino y el 13% masculino; luego artrosis con el 20%, el 11% femenino y el 9% masculino.

**Distribución porcentual de los resultados obtenidos en la encuesta para determinar el tipo de discapacidad de la muestra.**



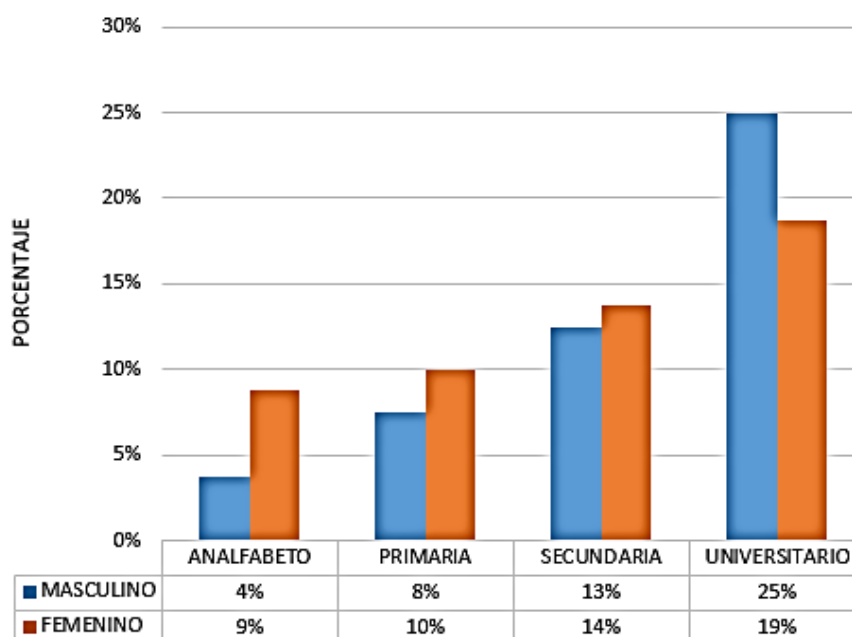
*Figura 4:* Observamos que el tipo de discapacidad encontrada en la muestra, dentro de las más frecuentes se encontró, la física con el 58%, el 33% femenino y el 25% masculino; seguida la sensorial con el 40%, el 21% femenino y el 19% masculino; por último la intelectual con el 2%, cada sexo con el 1%.

**Distribución porcentual de los resultados obtenidos en la encuesta para determinar la atención médica y rehabilitación de la muestra.**



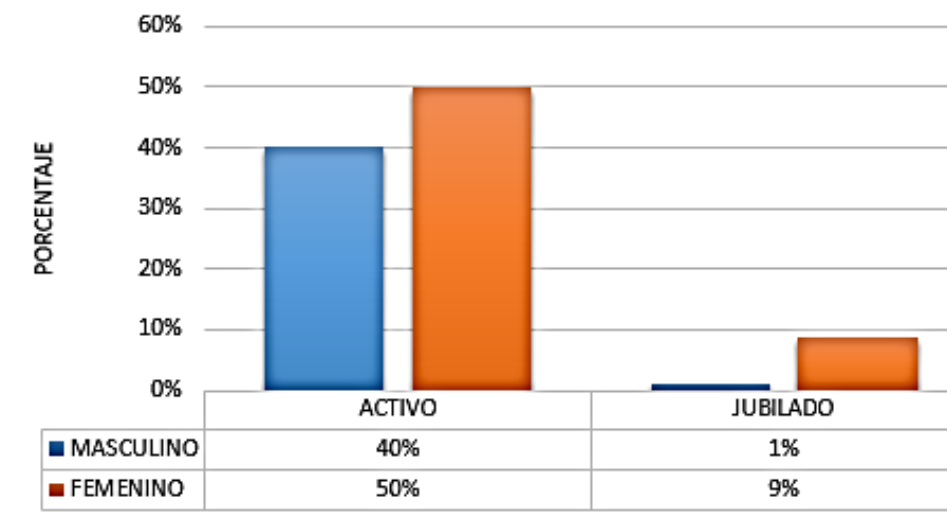
*Figura 5:* Observamos que el 58% recibe atención médica pública y el 43% atención médica privada. El 85% no realiza rehabilitación y el 15% realiza de la muestra encontrada.

**Distribución porcentual de los resultados obtenidos en la encuesta para determinar el nivel de instrucción de la muestra.**



*Figura 6:* Observamos que el nivel de instrucción encontrado en la muestra, la de mayor prevalencia se encontró, el nivel universitario con el 44%, el 19% femenino y el 25% masculino; seguido el secundario con el 27%, el 14% femenino y el 13% masculino; por último analfabeto con el 13%, el 9% femenino y el 4% masculino.

**Distribución porcentual de los resultados obtenidos en la encuesta para determinar el estado de ocupación de la muestra.**



*Figura 7:* Observamos que el estado de ocupación encontrado en la muestra, la de mayor prevalencia se encontró, el nivel activo con el 90%, el 50% femenino y el 40% masculino; y jubilado con el 10%, el 9% femenino y el 1% masculino.

## 9. CONCLUSIONES

Mediante el análisis de los resultados de la encuesta realizada a 619 personas de la población de Montebello, se determinó que las enfermedades discapacitantes más frecuente son la diabetes con un 37%, el 31% hipertensión, mientras que la artrosis con un 20%, la artritis con un 11% y finalmente el Alzheimer con un 2%.

Durante la investigación se determinó que 80 personas tenían una enfermedad discapacitante diagnosticada, 30 con diabetes, mientras que 24 tienen hipertensión, 16 con artrosis, 8 con artritis y 2 con Alzheimer. La población más afectada es la del sexo femenino con un 59% y el masculino con un 41%.

La población que padece enfermedades discapacitantes no ha recibido una rehabilitación adecuada, careciendo de conocimientos de las medidas preventivas correspondientes, por lo que ha diseñado un programa preventivo para disminuir la discapacidad que produce estas enfermedades

## 10. RECOMENDACIONES

Es importante fomentar el estudio estadístico de las enfermedades discapacitantes de las poblaciones más vulnerables, para tener una base de información eficaz y evitar futuras complicaciones que puedan ocasionar que se afecte la salud, el bienestar y la economía de la persona, familia o sociedad.

Las instituciones de salud gubernamentales deben crear servicios sanitarios de primer nivel en la urbanización de Montebello de la ciudad de Guayaquil, lo que incluye una unidad de Terapia Física impidiendo futuras discapacidades, mejorando la calidad de vida de las personas con alguna enfermedad discapacitante o de la sociedad en general.

De los resultados analizados de la población de Montebello se determinó que había un porcentaje de personas con enfermedades discapacitantes, por lo que se diseñó un protocolo para un programa preventivo para las mejorar las lesiones neuromusculoesqueléticas en las enfermedades discapacitantes de la población, queda a disposición para los estudiantes de la carrera de Terapia Física puedan complementar nuestro estudio con la aplicación de la propuesta.



## **11. PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA**

### **11.1. Tema de la propuesta**

Programa preventivo de lesiones neuromusculares en las enfermedades discapacitantes encontradas en la población de estudio

### **11.2. Objetivos**

#### **11.2.1. Objetivo General**

- Establecer un programa preventivo de lesiones neuromusculares en las enfermedades discapacitantes encontradas en la población de estudio.

#### **11.2.2. Objetivo Específicos**

- Dictar charlas preventivas mensuales sobre las distintas enfermedades discapacitantes.
- Diseñar un programa de ejercicios preventivos para evitar las lesiones neuromusculares que generan estas enfermedades.

### **11.3. Justificación**

En la Urbanización Montebello de la ciudad de Guayaquil residen personas con enfermedades discapacitantes diagnosticadas, esto se determinó mediante las encuestas realizadas en la convocatoria abierta a la casa comunal para conocer la realidad del este sector, de acuerdo con los resultados estas enfermedades son: diabetes, hipertensión, artrosis, artritis, osteoporosis y Alzheimer.

Es necesario la participación de los representantes de la comunidad tomar medidas de prevención, para que las personas se encuentren informadas de lo que engloba y qué medidas tomar para evitar complicaciones con el incremento de las enfermedades.

Por tal razón, mediante la propuesta “Programa preventivo de lesiones neuromusculoesqueléticas en las enfermedades discapacitantes encontradas en la población de estudio” estos ejercicios ayudarán que el paciente se mantenga activo, no tenga limitación articular, mejore su capacidad pulmonar así logrando una mejor deambulaci3n.

### **Recomendaciones**

Antes de realizar los ejercicios es importante tener en cuenta los siguientes puntos:

1. Realizar una ficha cl3nica
2. Se debe realizar una valoraci3n teniendo en cuenta la edad, practica previa de ejercicio, tipo y frecuencia.
3. Tener control de la presi3n arterial.
4. Utilizar calzado y ropa adecuada.
5. Medicaci3n habitual al d3a.
6. La intensidad del ejercicio debe ser de baja o moderada intensidad, 4 – 5 d3as a la semana, 20 – 30 min cada secci3n

## BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, D., Brusco, L., Guglielmetti, P., Guerra, M., Mena, R., Nitrini, R., Ventura, R. (2012). *La enfermedad de Alzheimer, diagnóstico y tratamiento: una perspectiva latinoamericana*. Editorial Médica Panamericana S.A. Recuperado de <http://www.renacenz.com/pdf/medicos-novedades/LaEnfermedadDeAlzheimer.pdf>
- Agudelo, L., & Seijas, V. (2012). La discapacidad en Colombia: una mirada global. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*, 22(2), 164-179. Recuperado de <http://www.revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/view/64>
- Aguilar, R. (2013). Discapacidad Física Motora: Estudio de Casos. Recuperado de [http://www.minedu.gob.bo/micrositios/biblioteca/disco-1/alternativa\\_especial/analisis/242.pdf](http://www.minedu.gob.bo/micrositios/biblioteca/disco-1/alternativa_especial/analisis/242.pdf)
- Australian Psiotherapy Association. (2012). Chronic Disease and Physiotherapy. Recuperado de [https://www.physiotherapy.asn.au/DocumentsFolder/Advocacy\\_Position\\_Chronic\\_Disease\\_2009.pdf](https://www.physiotherapy.asn.au/DocumentsFolder/Advocacy_Position_Chronic_Disease_2009.pdf)
- Arias, A. (2014). Osteoarthritis, 6(2), 173-186. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2014/cfr142i.pdf>
- Brusco, L. (2016). Alzahimer y otros trastornos cognitivos, 24, 25. Recuperado de <http://alzheimer.org.ar/revista/revista24-2016.pdf>
- Casal, M., & Pinal, L. (2014). Guía de practica clínica de diabetes mellitus tipo 2., 10(2:2). Recuperado de <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/gua-de-prctica-clnica-de-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf>

- Centro de Estudios e Investigaciones Estadísticas ICM-ESPOL. (2006). Grupo de Sectores Municipales de Guayaquil. Recuperado de [https://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/14779/43/2\\_SECTORES%20MUNICIPALES.pdf](https://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/14779/43/2_SECTORES%20MUNICIPALES.pdf)
- Comisión Económica para América Latina. (2014). Informe regional sobre la medición de la discapacidad. Una mirada a los procedimientos de medición de la discapacidad en América Latina y el Caribe. Recuperado de <http://www.cepal.org/deype/noticias/documentosdetrabajo/0/53340/LC.L3860e.pdf>
- Consejo Nacional de Discapacidades. (2014). Agenda-Nacional-para-Discapacidades.pdf. Recuperado de <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Agenda-Nacional-para-Discapacidades.pdf>
- Consejo Nacional de Discapacidades. (2017). Estadísticas de Discapacidad. Recuperado de [https://public.tableau.com/views/Discapacidad/Inicio?:embed=y&:showVizHome=no&:loadOrderID=0&:display\\_count=yes&:showTabs=y](https://public.tableau.com/views/Discapacidad/Inicio?:embed=y&:showVizHome=no&:loadOrderID=0&:display_count=yes&:showTabs=y)
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). Recuperado de [http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4\\_ecu\\_const.PDF](http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.PDF)
- Espinosa, R., Arce, C., Cajigas, J., Esquivel, J., Gutiérrez, J., Martines, J., Cantú, A. (2013). Reunión multidisciplinaria de expertos en diagnóstico y tratamiento de pacientes con osteoartritis. Actualización basada en evidencias, 29(1), 67-92. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2013/mim131l.pdf>
- Fidias, G. (2012). *El Proyecto de Investigación* (6ta ed.). Episteme.
- Fontán, L. (2012). La Enfermedad de Alzheimer: elementos para el diagnóstico y manejo clínico en el consultorio. Recuperado de <http://www.um.edu.uy/docs/alzheimer.pdf>

- García, L. (2014). Avances en artritis reumatoide. *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*, 80(1), 126-150. Recuperado de <http://www.analesranf.com/index.php/aranf/article/view/1466>
- García, R. (2015). *Introducción a la Probabilidad Imposible: Estadística de la probabilidad o probabilidad estadística*.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2010). Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD). Recuperado de <http://www.ine.es/metodologia/t15/t1530418.pdf>
- Ledesma, J. (2008). *La imagen social de las personas con discapacidad: estudio en homenaje a José Julián Barriga Bravo*. CERMI. Recuperado a partir de [https://books.google.com.ec/books?id=EivYreljoNsC&pg=PA187&lpg=PA187&dq=discapacidad+en+la+edad+moderna&source=bl&ots=F-JsWVdS\\_r&sig=3sxq2-Xi5tK2EkA9kimzN5eFmoQ&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwi9uOb29O7UAhVKGD4KHHTuDUQQ6AEIgQEwDA#v=onepage&q=discapacidad%20en%20la%20edad%20moderna&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=EivYreljoNsC&pg=PA187&lpg=PA187&dq=discapacidad+en+la+edad+moderna&source=bl&ots=F-JsWVdS_r&sig=3sxq2-Xi5tK2EkA9kimzN5eFmoQ&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwi9uOb29O7UAhVKGD4KHHTuDUQQ6AEIgQEwDA#v=onepage&q=discapacidad%20en%20la%20edad%20moderna&f=false)
- Ley Orgánica de Discapacidades. (2012). Recuperado de [http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley\\_organica\\_discapacidades.pdf](http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf)
- Monteverde, M., Peranovich, A., & Zepeda, A. (2014). Comparación de la prevalencia de discapacidades basada en autoreportes en países de América Latina, 12, 1-112. Recuperado de <http://biblioteca.ccp.ucr.ac.cr/bitstream/handle/123456789/1511/Comparaci%3b3n%20de%20la%20prevalencia%20de%20discapacidades%20basada%20en%20auto-reportes%20en%20pa%3adses%20de%20Am%3a9rica%20Latina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Morales, A. (2013). Artritis Reumatoide. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133y.pdf>
- Muños, M. (2010). Osteoporosis. Definición. Epidemiología. Recuperado de <https://www.revistadeosteoporosisymetabolismomineral.com/pdf/articulos/92010020300050007.pdf>
- Neves, P., & Álvarez, E. (2014). Estudio descriptivo de las características sociodemográficas de la discapacidad en América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(12), 4889-4898. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.17142013>
- Novials, A. (2006). *Diabetes y ejercicio: Grupo de trabajo de Diabetes y Ejercicio de la Sociedad Española de Diabetes (SED)*. Barcelona: Mayo. Recuperado de <http://www.diabetesmadrid.org/wp-content/uploads/2015/07/Diabetes-y-Ejercicio-%C2%B7-SED.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). OMS | Discapacidad: lo que todos debemos saber. Recuperado de [http://www.who.int/disabilities/publications/what\\_we\\_should\\_know/es/](http://www.who.int/disabilities/publications/what_we_should_know/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2014). OMS | Ceguera y discapacidad visual. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). OMS | Discapacidad y salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017a). Diabetes. Recuperado de [http://www.who.int/topics/diabetes\\_mellitus/es/](http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2017b). OMS | Discapacidades. Recuperado de <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017c). OMS | Enfermedades crónicas. Recuperado de [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)

- Organización Mundial de la Salud. (2017d). OMS | Sordera y pérdida de la audición. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017e). OMS | Trastornos mentales. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017f). OMS | Trastornos mentales. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). OPS/OMS Ecuador - "Mejor salud para las personas con discapacidad", Consulta Regional de las Américas. Recuperado de [http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1015:mejor-salud-personas-discapacidad-consulta-regional-americas&Itemid=360](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1015:mejor-salud-personas-discapacidad-consulta-regional-americas&Itemid=360)
- Padilla, A. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos, 381-441. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/824/82420041012.pdf>
- Pinto, M. (2015). Bases de datos | e-coms. Recuperado de <http://www.mariapinto.es/e-coms/bases-de-datos/>
- Pinzón, I. (2014). Rol del Fisioterapeutas en la prescripción del ejercicio, 14(1), 129-143. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/824/82420041012.pdf>
- Revilla, L., López, T., Sánchez, S., Yasuda, M., & Sanjinés, G. (2014). Prevalence of hypertension and diabetes in residents from Lima and Callao, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(3), 437-444. Recuperado de [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1726-46342014000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342014000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
- Rodriguez, J., Palomo, V., Bartolomé, S., & Hornillos, M. (2014). Osteoartritis. Recuperado de [https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2067\\_III.pdf](https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2067_III.pdf).

- Roses, M., & Rosas, J. (2009). Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Recuperado de [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Guias\\_ALAD\\_2009.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Guias_ALAD_2009.pdf)
- Sosa, M. (2010). La osteoporosis. Definición. Importancia. Fisiopatología y Clínica, 2, S3-S7. Recuperado de <http://www.revistadeosteoporosisymetabolismomineral.com/pdf/articulos/92010020500030007.pdf>
- Sociedad Venezolana de Medicina Interna. (2017). Lo que debemos saber acerca de la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS). Recuperado de <http://www.svmi.web.ve/comunidad/has.html>
- Valencia, L. (2014). Breve historia de las personas con discapacidad: De la Opresión a la Lucha por sus Derechos. Recuperado de <http://www.rebelion.org/docs/192745.pdf>
- Villacís, B., & Carrillo, D. (2012). Estadística Demográfica en el Ecuador: Diagnóstico y Propuestas. Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Demografia/documentofinal1.pdf>
- World report on disability.* (2011). Geneva: World Health Organization, Recuperado de [www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf)



## ANEXOS



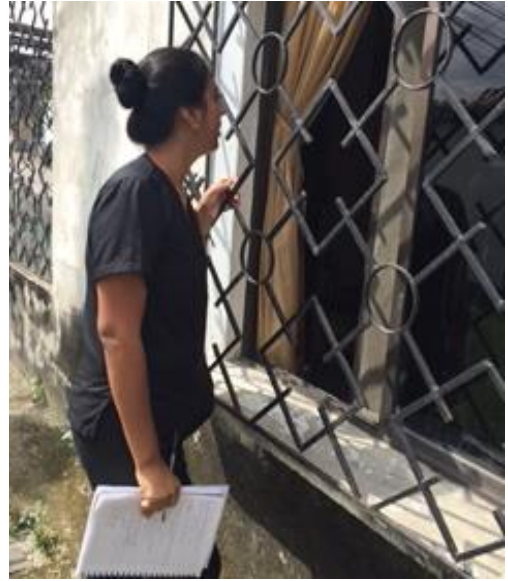
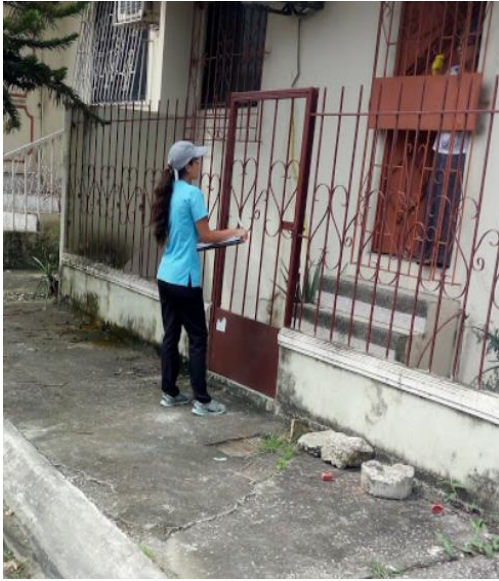
**FIGURA N° 1: Casa Comunal de la Urbanización de Montebello**



**FIGURA N° 2: Entrega de la carta de Asignación del Tutor**



**FIGURA N° 3: Entrega de la carta de permiso para la utilización de la Casa Comunal**



**FIGURA N° 4: Convocatoria a la población de Montebello**



**FIGURA N° 5: Realización de la Encuesta a la población de Montebello que asistió a la convocatoria abierta**



**N° Domiciliario:** \_\_\_\_\_

**Seleccione una respuesta marcando con una X en los cuadros en blancos y especifique en los casos que se lo requiera.**

**1. ¿Cuántas personas habitan en esta vivienda?**

1  2  3  4  5  o más (especifique) \_\_\_\_\_.

Niño (0-11) \_\_\_\_\_

Adolescente (12-17) \_\_\_\_\_

Adulto (18-64) \_\_\_\_\_

Adulto mayor (>65) \_\_\_\_\_

**2. ¿Cuántas mujeres y hombres viven en este hogar?**

Mujeres \_\_\_\_\_ Hombres \_\_\_\_\_

**¿Le han diagnosticado alguna de estas enfermedades?**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. Lesión Medular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Esclerosis lateral o múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Amputaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Artritis reumatoide.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Distrofia muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Espina bífida/hidrocefalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Infarto de miocardio. Cardiopatía isquémica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Accidentes cerebrovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Síndrome de Down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 12. Autismo y otros trastornos asociados al autismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Parálisis cerebral                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Demencia de tipo Alzheimer                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Diabetes  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**3. ¿Qué edad tenían cuando le diagnosticaron esta enfermedad?**

---

**4. ¿Qué edad tienen? Especifique**

Niño (0-11)  \_\_\_\_\_

Adolescente (12-17)  \_\_\_\_\_

Adulto (18-64)  \_\_\_\_\_

Adulto mayor (>65)  \_\_\_\_\_

**5. ¿Cuál es el sexo?**

Masculino  Femenino

**6. ¿Tiene alguna ocupación?**

Sí

No

Especifique \_\_\_\_\_

**7. ¿Qué nivel de instrucción posee?**

Analfabeto

Primera

Secundaria

Tercer nivel

**8. ¿Cuál es el tipo de discapacidad?**

Intelectual

Física

Sensorial

Especifique la patología. \_\_\_\_\_

**9. ¿Posee carnet de la CONADIS? En caso de poseer indique el porcentaje.**

Sí

No

Porcentaje \_\_\_\_\_

Tipo \_\_\_\_\_

**10. ¿Recibe algún bono?**

Sí

No

Bono Solidario

Bono Gallegos Lara

**11. ¿Recibe tratamiento médico?**

Sí

No

En caso de recibir.

Publico  Privado

**12. ¿Realiza algún tipo de rehabilitación?**

Sí

No

Lenguaje

Física

Ocupacional

Psicológica/Psiquiátrica

**Firma del Encuestador** \_\_\_\_\_

**FUENTE:** Encuesta Adaptada del Instituto Nacional de Estadística de España 2008 (INE, 2010).

Diseño de un programa preventivo para evitar la  
discapacidad en las enfermedades encontradas en la  
población de estudio



## FASE DE CALENTAMIENTO Y ESTIRAMIENTO

<p><b>Respiración diafragmática.</b></p> <p>Ubicar las manos cruzadas a nivel del pecho luego inhalar y exhalar.</p> <p><b>Intensidad:</b> 10 segundo.</p> <p><b>Serie:</b> 3 veces</p> <p><b>Frecuencia:</b> 5 veces por semana.</p>	
<p><b>Lateralización cervical.</b></p> <p>Paciente en bipedestación, con el cuello alineado acercar su oreja al hombro, regresar a la línea media y realizar hacia el mismo movimiento del lado contrario.</p> <p><b>Serie:</b> 1</p> <p><b>Repetición:</b> 6 veces</p> <p><b>Frecuencia:</b> 5 veces por semana.</p>	
<p><b>Flexión y extensión cervical.</b></p> <p>Paciente en bipedestación llevar el mentón hacia el pecho, volver a la línea media, luego realizar el movimiento contrario.</p> <p><b>Serie:</b> 1</p> <p><b>Repetición:</b> 6 veces</p> <p><b>Frecuencia:</b> 5 veces por semana.</p>	

**Rotación cervical.**

Paciente en bipedestación, girar el cuello hacia la derecha, regresar a la línea media y luego hacia la izquierda.

**Serie:** 1

**Repetición:** 6 veces

**Frecuencia:** 5 veces por semana.

**Flexión de Hombro**

Paciente en bipedestación entrelazar las manos, estirar los codos, elevar hasta llegar por encima de la cabeza.

**Serie:** 1

**Repetición:** 5 veces

**Frecuencia:** 5 veces por semana.

**Extensión de hombro**

Paciente en bipedestación entrelazar las manos por la parte posterior del cuerpo estirar los codos y separarla de la espalda.

**Serie:** 1

**Repetición:** 5 veces




**Frecuencia:** 5 veces por semana.






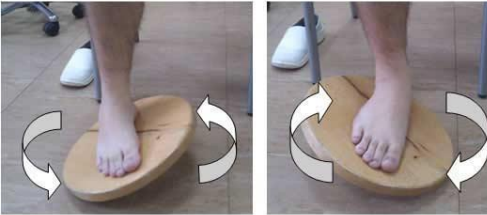
<p><b>Flexión y extensión de codo</b></p> <p>Paciente en bipedestación extender el codo y luego flexionar.</p> <p><b>Serie: 1</b></p> <p><b>Repetición: 5 veces</b></p> <p><b>Frecuencia: 5 veces por semana.</b></p>	
<p><b>Flexión lateral de tronco.</b></p> <p>Paciente en bipedestación, ubicar los pies un poco separados, colocar las manos en la cintura y realizar el movimiento lateral derecho, línea media y luego izquierdo.</p> <p><b>Serie: 1</b></p> <p><b>Repetición: 5 veces</b></p> <p><b>Frecuencia: 5 veces por semana.</b></p>	
<p><b>Flexión de cadera y rodilla.</b></p> <p>Paciente en sedestación, cadera y rodilla flexionada en 90° elevar la rodilla hacia el techo.</p> <p><b>Serie 3</b></p> <p><b>Repetición: 5 veces por extremidad</b></p> <p><b>Frecuencia: 5 veces por semana.</b></p>	

## FASE DE AERÓBICOS

<p><b>Marcha estática</b></p> <p>Paciente en bipedestación realizar marcha en el mismo lugar.</p> <p><b>Serie:</b> 3</p> <p><b>Tiempo:</b> 1 minuto</p> <p><b>Frecuencia:</b> 4 veces por semana.</p>	
<p><b>Pasos laterales.</b></p> <p>Paciente en bipedestación, dar un paso a un lado, luego unir los dos pies en la línea media y realizar el mismo movimiento con el pie contrario.</p> <p><b>Serie:</b>3</p> <p><b>Tiempo:</b> 1 minuto</p> <p><b>Frecuencia:</b> 4 veces por semana.</p>	
<p><b>Pasos cruzados.</b></p> <p>Paciente en bipedestación realizar un paso adelante del otro pie, sacar el pie de atrás en forma lateral y cruzarlo por delante.</p> <p><b>Serie:</b>3</p> <p><b>Tiempo:</b> 1 minuto</p> <p><b>Frecuencia:</b> 4 veces por semana.</p>	

<p><b>Marcha con obstáculo.</b></p> <p>Colocar objetos (Conos, botellas) en línea recta o zic-zac y realizar la marcha.</p> <p><b>Serie:</b> 5 ida y vuelta</p> <p><b>Frecuencia:</b> 4 veces por semana.</p>	
<p><b>Marcha con diferente intensidad.</b></p> <p>Realizar la marcha con baja intensidad, luego ir elevando cada 20 segundos.</p> <p><b>Serie:</b> 1</p> <p><b>Tiempo:</b> 1 minuto</p> <p><b>Frecuencia:</b> 4 veces por semana.</p>	
<p><b>Bicicleta</b></p> <p>Paciente en decúbito supino, elevar las extremidades inferiores y realizar movimientos de bicicleta</p> <p><b>Serie:</b> 3</p> <p><b>Tiempo:</b> 1 minuto</p> <p><b>Frecuencia:</b> 4 veces por semana.</p>	

## FASE DE PROPIOCEPCIÓN

<p>Paciente en sedestación, sobre balón terapéutico, moverse hacia la derecha y luego a la izquierda.</p> <p><b>Serie:</b> 3</p> <p><b>Repetición:</b> 10 veces</p> <p><b>Frecuencia:</b> 4 veces por semana.</p>	
<p>Paciente en bipedestación colocar el balón terapéutico detrás contra la pared y realizar el movimiento de la sentadilla.</p> <p><b>Serie:</b> 1</p> <p><b>Repetición:</b> 10 veces</p> <p><b>Frecuencia:</b> 4 veces por semana.</p>	
<p>Paciente en sedestación, colocar disco propioceptivo, colocar un pie y realizar movimiento de un lado a otro.</p> <p><b>Serie:</b> 3</p> <p><b>Repetición:</b> 10 veces por pies</p> <p><b>Frecuencia:</b> 4 veces por semana.</p>	

Paciente en bipedestación colocar disco propioceptivo, colocar un pies sobre él y aplastarlo tratando de elevar el otro pies.

**Serie:** 3

**Repetición:** 10 veces por pies

**Frecuencia:** 4 veces por semana.



## FASE DE FORTALECIMIENTO

### Fortalecimiento del Deltoides.

Tomar una pesa de 1lb una en cada mano, luego elevar los brazos hacia los lados del cuerpo hasta la altura del hombro.

**Serie:** 2

**Repetición:** 5 veces

**Frecuencia:** 2 o 3 veces por semana.



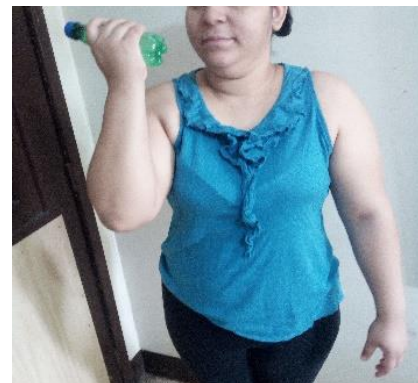
### Fortalecimiento de Bíceps.


Los brazos separados ligeramente del cuerpo con los codos extendidos, procedemos a flexionar los codos

**Serie:** 2


**Repetición:** 5 veces





**Frecuencia:** 2 o 3 veces por semana.





<p><b>Fortalecimiento de Tríceps.</b></p> <p>Los brazos pegados al cuerpo, alzarlos con los codos extendidos, y bajar con los codos flexionados.</p> <p><b>Serie:</b> 2</p> <p><b>Repetición:</b> 5 veces</p> <p><b>Frecuencia:</b> 2 o 3 veces por semana.</p>	
<p><b>Fortalecimiento de cuádriceps.</b></p> <p>Paciente en sedestación amabas piernas extendidas, elevar la pierna con rodilla extendida, se puede incrementar pesas según su estado físico.</p> <p><b>Serie:</b> 2</p> <p><b>Repetición:</b> 5 veces</p> <p><b>Frecuencia:</b> 2 o 3 veces por semana.</p>	

## EJERCICIOS LUDICOS

<p>Colocar en el suelo varios puntos de colores, el paciente se encontrará en bipedestación y el fisioterapeuta dará la orden en que punto se coloque.</p> <p><b>Repetición:</b> 5 veces</p> <p><b>Frecuencia:</b> 3 a 4 veces por semana</p>	
---	---

<p>Realizar la marcha a través de un circuito.</p> <p><b>Repetición:</b> 2 veces</p> <p><b>Frecuencia:</b> 2 o 3 veces por semana</p>	
<p>Paciente en bipedestación o sedestación lanzar el balón hacia arriba tratar de cogerlo. También se puede realizar este ejercicio con una o varias personas lanzándose entre si el balón.</p> <p><b>Repeticiones:</b> 5 veces</p> <p><b>Frecuencia:</b> 2 o 3 veces por semana</p>	
<p>Paciente en bipedestación coger el balón con las dos manos llevarlo hacia su pecho, luego sin separar el balón del cuerpo girar su tronco de un lado a otro.</p> <p><b>Repeticiones:</b> 3 o 5 veces</p> <p><b>Frecuencia:</b> 2 o 3 veces por semana</p>	
<p>Paciente en bipedestación o sedestación, tomar un aro y llevarlo hacia arriba, abajo, derecha e izquierda.</p> <p><b>Repeticiones:</b> 3 o 5 veces</p> <p><b>Frecuencia:</b> 2 o 3 veces por semana</p>	

<p>Tomar un trapo y doblarlo tantas veces hasta donde se pueda.</p> <p><b>Repetición:</b> 4 veces</p> <p><b>Frecuencia:</b> 2 o 3 veces por semana</p>	
<p>Realizar juegos didácticos y de memoria por ejemplo el ajedrez, domino, jenga, damas chinas, entre otros.</p> <p><b>Repetición:</b> 2 veces</p> <p><b>Frecuencia:</b> 2 o 3 veces por semana</p>	

**FUENTE:** Este programa fue adaptado según los parámetros de la Asociación Americana de Diabetes (Novials, 2006).





## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Nieto Viteri Mónica Estefanía**, con C.C: # **0919651448** y **Morán Manzaba Joselyn Lizbeth** con C.C: # **0922497284** autoras del trabajo de titulación: **Prevalencia de las enfermedades discapacitantes, de la población de Montebello de la ciudad de Guayaquil, en el periodo de mayo a septiembre del 2017** previo a la obtención del título de **Licenciada en Terapia Física** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **19 de septiembre de 2017**

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **Nieto Viteri Mónica Estefanía**

C.C: **0919651448**

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **Morán Manzaba Joselyn Lizbeth**

C.C: **0922497284**



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Prevalencia de las enfermedades discapacitantes, de la población de Montebello de la ciudad de Guayaquil, en el período de mayo a septiembre del 2017		
<b>AUTOR(ES)</b>	Nieto Viteri, Mónica Nieto Morán Manzaba, Joselyn Lizbeth		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Encalada Grijalva, Patricia Elena		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Ciencias Medicas		
<b>CARRERA:</b>	Terapia Física		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	Licenciada en Terapia Física		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	19 de septiembre de 2017	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	66
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Enfermedades Discapacitantes, Kinefilaxia,		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Prevalencia, enfermedades discapacitantes, prevención, hipertensión y diabetes		
<b>RESUMEN/ABSTRACT</b> (150-250 palabras):	<p>Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el termino genérica discapacidad engloba las deficiencias, las limitaciones de las actividades, y las restricciones de la participación, considerando como un fenómeno completo que se relaciona entre las propiedades del organismo y el entorno social. El estudio realizado en la Urbanización Montebello de la ciudad de Guayaquil tuvo como objetivo determinar la prevalencia de las enfermedades discapacitantes en el periodo de mayo a septiembre del 2017. En la metodología: la información fue obtenida mediante encuestas que se realizó a las personas que asistieron a la convocatoria abierta, realizada en el Comité Desarrollo Comunal, el diseño tuvo un enfoque cuantitativo, descriptivo no experimental, transversal y prospectivo. La población en general que asistió fue de 619 individuos, de los cuales se tomó como muestra 80 individuos con enfermedades discapacitantes, de acuerdo con los criterios planteados. Análisis de los resultados: la población más afectada es la del sexo femenino con un 59%; hubo predominio de diabetes con 37%, hipertensión arterial con 31%. Se concluye que se deben tomar medidas de acuerdo a los servicios de atención primaria, hacer planes, programas de prevención de las enfermedades con mayor prevalencia en el sector.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0992236002 / 0959287614	<b>E-mail:</b> moni_linda19@hotmail.es / shajito_9326@hotmail.es	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Sierra Nieto, Víctor Hugo		
	<b>Teléfono:</b> +593-4-2206950 - 2206951		
	<b>E-mail:</b> victor.sierra@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO</b> (en base a datos):			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL</b> (tesis en la web):			