



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

**La Universidad Católica de Loja**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**DIPLOMADO SUPERIOR EN GERENCIA Y CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD**

**Atención Primaria de Salud, con estrategias de Promoción de la Salud, en los Centros de atención a Personas con discapacidad del MIES y CDI MIES, en los ámbitos de higiene y agua segura, actividad física y peso saludable, y estimulación psicomotriz**

Tesis de Grado previo a la obtención del Diploma Superior en Gerencia y Calidad en los Servicios de Salud

**Autor:** Jeanette Maricel Heredia Calderón

**Director:** Dra. Nilda Esthela Villacrés Avilés

**Centro Universitario:** Quito

2011



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
*La Universidad Católica de Loja*

**Dirección de postgrados**

**CERTIFICACION**

Dra. Nilda Villares

DIRECTORA DE LA TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación realizado por la estudiante: Jeanette Maricel Heredia Calderón, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, ajustándose a las normas establecidas por la Universidad Técnica Particular de Loja; por lo que autorizo su presentación.

Loja, Septiembre, 30, 2011

.....

Dra. Nilda Villacrés

DIRECTORA



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
*La Universidad Católica de Loja*

**Dirección de postgrados**

## **AUTORÍA**

Yo, Jeanette Maricel Heredia Calderón, como autora del presente trabajo de investigación, soy responsable de las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el mismo.

.....

Jeanette Heredia

C.I.: 1704558228



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
*La Universidad Católica de Loja*  
**Dirección de postgrados**

**CESIÓN DE DERECHOS**

Yo, Jeanette Maricel Heredia Calderón, declaro ser autora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art.67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

Loja, septiembre, 30, 2011

-----  
Jeanette Heredia  
C.I.: 1704558228



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
*La Universidad Católica de Loja*  
**Dirección de postgrados**

## **AGRADECIMIENTO**

Mi eterna gratitud a quienes han apoyado esta etapa de crecimiento en mi formación profesional: padres, hermanos, familiares; comunidad educativa de la Universidad Técnica Particular de Loja a mi directora de tesis; y, a mis amigas, amigos, compañeras y compañeros.

Agradezco en forma especial a mi esposo Pepe, quien con su amor y dedicación, a pesar de las crisis, ha sido mi apoyo incondicional para culminar este Diplomado.

Jeanette Heredia



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
*La Universidad Católica de Loja*  
**Dirección de postgrados**

## **DEDICATORIA**

El presente informe, que representa todos los esfuerzos y sacrificios para cumplirlo, lo dedico a todas las personas que se sienten y actúan como corresponsables y protagonistas en la construcción de una sociedad justa, pacífica y solidaria.

Dedico además a mis hijos Mauricio, Javier y Pablito, y a mi Madre Clarita, mi suegra Lilita, mi suegro Napito y toda mi familia que han sido vivo ejemplo de tesón y trabajo para culminar este proyecto.

Dedico especialmente este trabajo a las Personas con Discapacidad con las que trabajo, quienes me han brindado la oportunidad de incluirme en su mundo sin malicias y de profundo amor, apelando para ser aceptadas como Personas, que se merecen todo nuestro respeto y admiración.

Jeanette Heredia



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
*La Universidad Católica de Loja*  
**Dirección de postgrados**

## Índice de contenidos

### Contenido

<b>CERTIFICACION</b>	<b>II</b>
<b>AUTORÍA</b>	<b>III</b>
<b>CESIÓN DE DERECHOS</b>	<b>IV</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>V</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>VI</b>
<b>ÍNDICE DE CONTENIDOS</b>	<b>VII</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>2</b>
<b>PREGUNTA DE INTERVENCIÓN</b>	<b>6</b>
<b>ANTECEDENTES</b>	<b>6</b>

<b><u>EL OBJETIVO GENERAL:</u></b>	<b><u>10</u></b>
<b><u>CAPITULO II</u></b>	<b><u>13</u></b>
<b><u>MARCO TEÓRICO</u></b>	<b><u>13</u></b>
<b><u>CAPITULO III</u></b>	<b><u>27</u></b>
<b><u>ANALISIS SITUACIONAL</u></b>	<b><u>27</u></b>
<b><u>3.1 CONTEXTO NACIONAL</u></b>	<b><u>27</u></b>
<b><u>CARACTERIZACIÓN INSTITUCIONAL</u></b>	<b><u>28</u></b>
<b><u>CAPITULO III</u></b>	<b><u>35</u></b>
<b><u>DISEÑO DE LA INTERVNECION</u></b>	<b><u>35</u></b>
<b><u>2.2 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN</u></b>	<b><u>36</u></b>
<b><u>2.3 PLAN DE CONTENIDOS</u></b>	<b><u>37</u></b>
<b><u>2.3 ENFOQUE METODOLÓGICO:</u></b>	<b><u>38</u></b>
<b><u>2.4 PRESUPUESTO APROXIMADO PARA DESARROLLO DEL PROYECTO PARA 3 MESES</u></b>	<b><u>40</u></b>
<b><u>2.4 IMPLEMENTACIÓN Y MONITOREO</u></b>	<b><u>41</u></b>
<b><u>2.5 RESULTADOS ESPERADOS</u></b>	<b><u>41</u></b>
<b><u>CAPITULO IV</u></b>	<b><u>42</u></b>
<b><u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u></b>	<b><u>42</u></b>
<b><u>BIBLIOGRAFÍA</u></b>	<b><u>44</u></b>



## **RESUMEN**

Este proyecto pretende implementar la estrategia de Atención Primaria de Salud en los Centros de atención y capacitación a personas con discapacidad y Centros de Desarrollo Infantil del Ministerio de Inclusión Económica y Social, a través de actividades de promoción de la salud: higiene corporal, consumo de agua segura, actividad física recreativa y rehabilitación con técnicas de papiroflexia.

El objetivo será mejorar las condiciones de salud y bienestar de las personas con discapacidad para prevenir parasitosis a través de consumo de agua segura, crear hábitos de higiene corporal y oral, mejorar su estado nutricional a través de actividad física recreativa regular y estimular destrezas motoras a través de aplicación de talleres de origami o papiroflexia.

En los Centros de Desarrollo Infantil, se aplicaran las mismas estrategias con el objetivo de estimular el desarrollo psicomotor óptimo, mejorar el estado nutricional y promocionar la higiene corporal y oral.

## Introducción

En el Ecuador existen 640.183 personas en situación de discapacidad con bajo o ningún nivel de autonomía, y el 38% necesita cuidado permanente. El 52% es cuidado por las madres. Las deficiencias intelectuales se caracterizan por la incapacidad para aprender, relacionarse con su entorno y la limitación en el desempeño de sus actividades. (MIES DINADIS, 2011).

La atención a personas con discapacidad se realizaba en base a fuertes criterios de caridad y beneficencia, y las familias escondían o mantenían en reserva a sus familiares con discapacidad, desde hace varios años, y concretamente desde hace 4 años en que contamos con un Vicepresidente con discapacidad física, se ha dado impulso a programas que favorecen un trato digno para las personas con discapacidades, con un enfoque de derechos y se han establecido normas y políticas que regulan a instituciones públicas y privadas, pero todavía falta mucho por recorrer, estamos en camino de manejo de la discapacidad con equidad, con respeto y derechos (Cazar, 2006).

Existen ahora instituciones como el CONADIS Consejo Nacional de Discapacidades y el DINADIS que es la Dirección Nacional de Discapacidades del MIES que establecen la rectoría para las acciones de un nuevo modelo de Atención para las Discapacidades, más aun con la creación desde la Vicepresidencia de los programas Manuela Espejo y Joaquín Gallegos Lara, se ha tratado de ubicar y registrar todas las personas con Discapacidad en el país, e inclusive los Ecuatorianos en Colombia, para censarlos y darles las ayudas técnicas que mejoren su calidad de vida y/o subvencionar a las personas cuidadoras de personas con discapacidad profunda con un sueldo básico que les permita subsistir y cuidar a su dependiente discapacitado.

Un avance importante de reconocimiento de las personas con discapacidad como sujetos de derecho, fue la creación del Primer Plan Nacional de Discapacidades que empieza a analizar la situación de las discapacidades en el Ecuador e integra a las

Organizaciones no gubernamentales, creando la RED de ONG (DINADIS, INFORMES DE LABORES, 2011).

El nuevo modelo de gestión establece atención integral para las personas con discapacidad, que permita integrarlas social, económica, familiar y laboralmente, pero penosamente, no se han cristalizado en acciones que permitan establecer estrategias de atención integrales con un enfoque de atención primaria de salud, para realmente ubicar este proceso en búsqueda del bienestar integral del buen vivir para las personas con discapacidad y sus familias, pues no se ha tomado en cuenta aspectos como higiene, consumo de agua segura, estado nutricional y rehabilitación motriz fina, que aportarían a la integralidad del modelo de gestión.

Una persona con discapacidad es, ante todo, una PERSONA, por lo que se requiere el trato respetuoso y cordial, evitando la lástima, la sobreprotección o la discriminación. (PUBLICA, 2011)

La atención primaria, permite un primer contacto con la comunidad y es allí donde se deben dar las primeras orientaciones a las personas que contactan al sistema de salud, incluyendo a las personas con discapacidad, entendiendo el tema discapacidad y rehabilitación, como un problema social y sanitario prevalente.

La discapacidad, no puede ser considerada exclusivamente desde el modelo médico, sino que debe abordarse en forma integral y social, con una orientación plural e interdisciplinaria, que tenga presente los cambios que se producen en el perfil epidemiológico de la población como: el aumento de personas con discapacidad debido al incremento de la esperanza de vida y que favorece la aparición de enfermedades crónicas, el crecimiento de los accidentes de tránsito que impactan preferentemente en edades productivas, la desnutrición y la niñez abandonada que integran el “círculo viciosos de la exclusión social” (CONADI, 2006).

Los profesionales que trabajan en APS tienen una gran oportunidad pero también un gran desafío. Es la oportunidad de trabajar con la comunidad, facilitando su participación y cumpliendo con los principios de equidad, cobertura universal, multisectorialidad, promoción de la salud y prevención de la discapacidad. Es la

posibilidad de otorgar a las personas con discapacidad la oportunidad de desarrollar su independencia y autodeterminación, facilitando su inclusión e integración social.

Según la Misión Solidaria Manuela Espejo, existen en Ecuador 293.738 Personas con Discapacidad (PCD), de los cuales un 42% son de origen peri neonatal. Muchas de las causas de patología en el embarazo y la etapa neonatal se conocen y podrían ser prevenibles, con acciones sin mayor nivel de complejidad mediante la aplicación eficiente y efectiva de medidas de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad. A todo esto se suma la necesidad actual y progresivamente integrada en la cotidianeidad de la población en general y con mayor intención en los proveedores de salud, de una visión de la Atención a las personas en razón de la obtención y mantenimiento de la salud en lugar del modelo curativo de las enfermedades que institucionalmente y en el pensamiento colectivo se ha mantenido tradicionalmente. (Republica, 2011)

Los objetivos estratégicos del control de las Enfermedades Crónicas y Discapacitantes deben fomentar la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Promover la salud, especialmente para los grupos prioritarios y desfavorecidos de la población.

La discapacidad intelectual es el 24,6% del total de discapacidades, lo que hace un 0,6% del total de la población del país, con una relación hombre: mujer de 1,02. Con un total actualmente de 84.000 personas afectadas de discapacidad intelectual.

La misión Manuela Espejo ha medido 4 tipos de discapacidad:

Visual	9%	27358
Auditiva	11%	33827
Intelectual	24%	71257
Físico motora	36%	107520

Total de personas con discapacidad diagnosticadas 294803 (Republica, 2011).

Creemos firmemente que las ayudas técnicas son importantes, pero que lo prioritario debe ser aplicación de estrategias de prevención peri neonatal, y accidentes en el

embarazo, infancia, detección oportuna en los Centros de Desarrollo Infantil e intervención oportuna para rehabilitación e inclusión laboral, desde la base de Atención Primaria de Salud, a las personas con discapacidad para ser una oferta laboral de interés a la sociedad.

La estimulación de las áreas psicomotrices a tempranas edades como los niños de entre 1 a 5 años, permitirán realizar la detección oportuna de retardos psicomotrices y la resolución de trastornos que pueden evitar llevar a juicios errados de retardo psicomotriz que pueden resolverse con una adecuada estimulación (DFONTAINE, 1981)

En los centros de atención a personas con Discapacidad del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES): Centro de producción de personas con Discapacidad CEPRODIS, y taller especial de Producción de Conocoto TEP, se ofrecen programas de capacitación para inserción laboral, en diversas áreas, pero no se han tomado en cuenta acciones integrales que incluyan rehabilitación en otras áreas.

Así se atienden a 169 personas con discapacidad intelectual moderada de entre 15 a 60 años, con una incidencia de más del 40% de sobrepeso, 80 % de sedentarismo, sin ofrecerse otros programas de capacitación para mejorar condiciones higiénicas y otras acciones que permitan mejorar sus habilidades psicomotrices finas.

Como se explicó en párrafos anteriores muchas de las discapacidades pueden ser identificadas y hasta solucionadas sin son limites, con estimulación y rehabilitación temprana a los niños y niñas de 1 a 5 años en los centros de desarrollo infantil, del MIES, que es el otro grupo poblacional que se tomara en cuenta para este estudio.

El Objetivo del proyecto contempla tres áreas de desempeño, las mismas que se orientan al cumplimiento y fortalecimiento de los niveles de inserción laboral de las personas con discapacidad, así como el de la sensibilización a los empresarios contratantes a fin de proveer de conocimientos que permitan la formación de espacios laborales amigables y así reducir los niveles de deserción laboral, y prevenir retardos

psicomotrices o estimular a niños y niñas en los que se haya o no detectado estos retrasos en los Centros de Desarrollo Infantil.

Por otra parte se trabaja con las familias, como referentes válidos y de apoyo al desarrollo humano de los mismos; todo este proceso apoyado desde un plan de comunicación que permite consolidar alianzas estratégicas y responsabilidad social, ampliando información hacia y desde la ciudadanía.

El proceso se basa en estrategias de capacitación para las personas con discapacidad, mejorando su perfil profesional, implementación de un programa de desarrollo de capacidades y habilidades personales desde un enfoque de derechos dirigido a personas con discapacidad y sus familias, sensibilización a empresarios y empleados de instituciones públicos y privados para aceptar las limitaciones.

Las Parvularias de los centros de desarrollo infantil son el primer acercamiento a las habilidades y destrezas psicomotoras de niños y niñas donde se pueden identificar deficiencias y/o estimular el desarrollo psicomotriz para superar o prevenir retardos que podrían marcar a los niños para siempre.

### **Pregunta de intervención**

Como mejorar las condiciones psicomotrices finas, higiénicas, de inactividad física, en los usuarios del TEP de Conocoto y del CEPRODIS del sur y CDI MIES?

### **Antecedentes**

#### **APS y Promoción de la Salud en Ecuador actual:**

La salud depende más de las condiciones de vida que de la atención sanitaria, no hay relación entre mayor inversión de infraestructura o tecnología y cambios en los indicadores de salud.

La salud debería estar lo más cerca del hogar, para mejorar la accesibilidad operativa al ser el primer contacto con el sistema de salud, de accesibilidad geográfica y de movilidad, de posibilidad económica y relación intercultural.

Las personas deberán ejercer sus derechos al igual que pertenecer a organizaciones sociales locales que reconozcan y participen en el control sobre los determinantes

sanitarios, educar de manera permanente desde un nivel de difusión amplia, pasando por grupos de opinión, hasta llegar a la formación de recursos humanos provenientes de los sectores populares.

La salud requiere un enfoque integral e integrador que junte análisis de las necesidades sentidas, los problemas epidemiológicos identificados, los recursos posibles, para desde lo local, planificar y gestionar el cambio con una participación interinstitucional e intersectorial.

La salud es un proceso que se construye con participación de las personas como sujetos de derecho, que tienen la misión de construir sus organizaciones representativas para conocer, acordar, ejecutar y evaluar como parte del equipo de salud. La organización local se constituye en la contraparte que vigila el ejercicio del derecho a la salud.

La salud requiere un enfoque intercultural, reconociendo que no existe una cultura, sino varias, que las culturas están en permanente transformación, que existen diferentes potencialidades, identificaciones, además de las culturas, que pueden y deben complementarse y potenciarse. **Incluyendo a las personas con discapacidad, como otro eje de la Interculturalidad, respetando sus derechos y ubicándolos como ciudadanos con necesidad de aceptación e integración social.**

La salud se potencia cuando la prevención, curación, rehabilitación se dan tanto dentro como fuera de la unidad operativa, cuando existe un vínculo sistémico entre el primer nivel de acceso y los niveles de mayor complejidad.

La OMS recogiendo las experiencias exitosas locales nuevamente propone reactivar la APS como estrategia válida, reconociendo la necesidad de relacionarla con la reforma estructural del sector salud, que requiere insertarse en la reivindicación de justicia, mejores condiciones de vida, mayor presupuesto, apoyo político. Esto se lo ha denominado APS renovada convocando a una acción mundial para acercarnos a las metas de los Objetivos del Milenio (OPS, Abordaje de la Discapacidad, 2008).

La carta de Ottawa es explícita en lo que se refiere a la Promoción de la Salud: “proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. (OMS, Carta de Ottawa, 2000)

La APS se hace efectiva cuando se potencia las acciones de capacitación a profesionales de la salud, medicina basada en evidencias, educación participativa de la

comunidad, aprendizaje basado en problemas, escuelas saludables, con ejes estratégicos de promoción de la salud.

**El Nuevo Modelo de atención Integral familiar, comunitario e Intercultural. Documentos Habilitantes.** (Ecuador, 2008)

CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR 2008

Artículo 32: Garantiza el derecho a la salud, su vínculo con las condiciones sociales y ambientales del desarrollo, la garantía de accesos sin exclusión a programas, acciones y servicios integrales.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. (Constiuyente, 2008)

PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR.

Si bien hay muchas partes del plan que se relacionan con salud, las abajo señaladas tienen mayor relación con el modelo integral de salud.

Objetivo 2. Política 2.1

Asegurar alimentación sana nutritiva y natural, con productos del medio.

Objetivo 3 Política 3.1

Promover prácticas de vida saludable.

Política 3.2

Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad. (SENPLADES, 2010)



### Política 3.3.

Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad (Ecuador, 2008).

Dentro de las líneas estratégicas del Nuevo Modelo de Gestión de Salud, observa actividades deberían incluir acciones para mejorar la nutrición, generar o convertir todos los espacios o Instituciones educativas como promotoras de salud y poner especial atención en enfermedades crónico degenerativas con enfoque de integralidad e interculturalidad, **por lo cual se respete los derechos de ser considerados como ciudadanos a las personas con discapacidad física, mental, etc.** (DINADIS, Nuevo Modelo de gestión para personas con Discapacidad, 2009)

### **La Atención Primaria de Salud en discapacidades**

Es poco lo que se ha realizado para responder a las necesidades de la persona con discapacidad; es fácil suscitar compasión para ellas, pero es muy difícil descubrir cuáles son sus necesidades y cómo darles solución.

La exclusión, el prejuicio, el desconocimiento y la discriminación de las personas con discapacidad agravan su situación, al vulnerar sus derechos fundamentales.

Se olvida que son personas que pueden contribuir a la sociedad personalmente o desde su trabajo.

Es importante recordar que las condiciones sociales y psicológicas de la discapacidad involucran en diferentes grados a todos los integrantes del grupo familiar.

Los profesionales que trabajan en APS tienen una gran oportunidad pero también un gran desafío. Es la oportunidad de trabajar con la comunidad, facilitando su participación y cumpliendo con los principios de equidad, cobertura universal, multisectorial, promoción de la salud y prevención de la discapacidad. Es la ocasión de generar redes sociales que involucre a los integrantes y a las organizaciones de la comunidad, luchando por la equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad. Es el desafío de cambiar las actitudes en la comunidad sobre la discapacidad.

Es la oportunidad de brindar conocimientos a la familia sobre sus derechos y la de sus integrantes con discapacidad.

Es la posibilidad de otorgar a las personas con discapacidad la oportunidad de desarrollar su independencia y autodeterminación, facilitando su inclusión e integración social. (OPS, Normas para la atención en el primer de referencia de los países en desarrollo., 2005)

**El objetivo general:**

Lograr que los padres de familia y/o representantes y los usuarios y personal del Taller Especial de Producción para personas con Discapacidad (TEP) y Centro de Protección para personas con discapacidad CEPRODIS y CDI MIES se integren en acciones que promuevan la salud y bienestar de los usuarios en un trabajo integral y mancomunado, tendientes a mejorar las condiciones higiénicas, nutricionales, de actividad física y estimulación psicomotora en las personas que asisten al TEP y CEPRODIS y CDI MIES.

Los **objetivos específicos** son:

- Determinar el estado nutricional de los y las usuarias del TEP y el CEPRODIS y CDI MIES.
- Identificar a las personas con sobrepeso y/u obesidad y desnutrición.
- Determinar el impacto de la intervención en el peso de la población objetivo.
- Implementar un programa de actividad física recreativa.
- Mejorar las condiciones higiénicas de los usuarios del TEP, CEPRODIS y CDI y promover el uso de agua segura en los hogares de la población objetivo.
- Estimular el área psicomotora a través de talleres de ORIGAMI.

A través de esta propuesta, las personas con discapacidad usuarios del TEP y del CEPRODIS, mejoraran sus condiciones de vida, y estarán mejor preparados para su inserción laboral, siguiendo acciones para promocionar su salud y llegar a condiciones de vida de bienestar a través de participar en capacitaciones en actividad física regular para alcanzar peso idea, mejorar sus condiciones higiénicas personales y propender al uso de agua segura para prevenir parasitosis y participar en talleres de origami para mejorar sus condiciones psicomotrices. De igual manera como estimulación temprana para los niños y niñas del CDI del MIES.

Los y las usuarias del TEP y el CEPRODIS se encuentran en el Programa de capacitación para inserción laboral, pero no se ha implementado un programa de APS que oriente otros determinantes de la salud, como estado nutricional e higiene y estimulación psicomotriz, por lo que se hace necesario implementar estas estrategias en estos Centros de atención a personas con discapacidad al igual que en los Centros de Desarrollo Infantil, usando estrategias innovadoras y complementarias como el ORIGAMI.

Las actividades de los CDI, deben ser encaminadas a estimular las áreas psicomotrices de los usuarios para desarrollar en forma integral a niños.

La población objeto de este estudio: personas con discapacidad que asisten al Taller especial protegido de Conocoto, Centro de Producción del sur y niños/as del Centro de desarrollo infantil del MIES, son usuarios cautivos, que acuden a estas instituciones de 8 a 4 de la tarde, para cumplir actividades programadas de capacitación y desarrollo, en las cuales se pueden realizar acciones de intervención para mejorar su calidad de vida, a través de estrategias de atención primaria de salud en promoción de actividad física, prácticas de consumo de agua segura, higiene corporal y oral y estimulación motriz con técnicas de origami o papiroflexia.

La propuesta ha sido aceptada por las autoridades del MIES, con limitación de financiamiento.

En este documento se describe la situación de las personas con discapacidad que acuden a los Centros de capacitación y protección del Ministerio de Inclusión económica y Social, la falta de estrategias de intervención que mejoren sus condiciones de salud en lo que se refiere a promoción de salud en higiene, actividad física y estimulación del área motora fina en forma específica.

La intervención pretende estimular la práctica de actividad física que mejore sus condiciones de peso, estimular el área motora fina a través de talleres de origami o papiroflexia y estimular la adquisición de conocimientos, actitudes y prácticas higiénicas que mejoren su condición general.



## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **Discapacidad**

La discapacidad es el resultado de la interacción entre personas con diferentes niveles de funcionamiento y un entorno que no toma en cuenta tales diferencias. Dicho de otra manera, las personas con limitaciones físicas, sensoriales o mentales suelen ser discapacitadas no debido a afecciones diagnosticadas, sino a causa de la exclusión de las oportunidades educativas, laborales y de los servicios públicos. Esta exclusión se traduce en pobreza y esta pobreza, en lo que constituye un círculo vicioso, aumenta la discapacidad por cuanto incrementa la vulnerabilidad de las personas ante problemas como la desnutrición, las enfermedades y las condiciones de vida y trabajo poco seguras. (Mundial, Plataforma del desarrollo inclusivo, 2006)

Los profesionales que aplican la atención primaria de salud, deberán orientar a las personas de la comunidad incluyendo a aquellas personas con discapacidad sobre temas de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y manejo del afectado y sus familiares referentes, pero penosamente en la formación de estos profesionales muchas veces no se ha incluido el tema de discapacidad ni rehabilitación como un problema social y de salud pública.

La discapacidad es un tema que mucha gente tiende a evitar: es incómoda, y cuestiona muchas de nuestras concepciones sobre qué es la vida "normal". Cuando se refiere a una persona con discapacidad generalmente se dice "el enfermo" y es tratado como tal. El término "el enfermo" tiene una connotación inadecuada de caridad y como resultado las personas con discapacidad se ven a sí mismo como un objeto con poco valor y reaccionan en concordancia, lo que repercute en su percepción de su condición humana expresado en una baja autoestima.

La Discapacidad debe ser tomada en cuenta como un problema médico y social. Médico desde el aspecto de enfermedad o trauma y social con la problemática de integración en un marco de derechos ciudadanos incluidos en el desenvolvimiento normal de la sociedad, por lo que el tratamiento estará encaminado a mejorar las

condiciones limitantes de salud así como una mejor adaptación de la persona, junto a un cambio de actitud hacia la persona con discapacidad.

El modelo social de la discapacidad, considera el fenómeno principalmente como un problema "social", desde el punto de vista de la integración de las personas con discapacidad en la sociedad, la discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias, para propiciar una participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social y que además deberán ir desde la prevención y detección oportuna de discapacidades en el periodo preconcepcional, y perinatal, al igual que en el período preescolar. (Mundial, Equipo de Discapacidad y desarrollo Inclusivo de la Region de Latinoamerica , 2007)

### **Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF), aceptado por la OMS. 2001.**

Esta clasificación aborda la discapacidad desde la atención primaria de la salud evalúa actividad y participación, capacidad y desempeño, factores ambientales y personales, actividad y participación, limitaciones de la actividad, restricción de la participación, barreras, funciones y estructuras corporales, deficiencias.

La CIF nos señala que las deficiencias no tienen una relación causal con la etiología, ni con su forma de desarrollarse, esto modifica el restringido entendimiento biomédico lineal (causa-efecto) que señala que la discapacidad solo se manifiesta como producto de una deficiencia física, sensorial o psíquica.

#### **Clasificación CIF**

##### **A) Deficiencias**

Son problemas en las funciones o estructuras corporales, o una pérdida de dichas funciones o estructuras.

Las deficiencias no equivalen a una patología subyacente y pueden ser:

Temporales: tener una fractura significaría tener una deficiencia temporal en la estructura corporal de dicho hueso.

Permanentes: una persona con paraplejía tendría una deficiencia permanente en los músculos de la mitad inferior del cuerpo.

Regresivas: una persona con afonía debida al frío tendría una deficiencia en las funciones de producción de la voz que desaparecería al cabo de unos días.

Estáticas: una persona con una sordera congénita tendría deficiencia en las funciones auditivas.

Intermitentes: una persona que sufre mareos de vez en cuando.

Continuas: una persona con alergia tiene una deficiencia en su sistema inmunológico.

## B) FUNCIONALES

Funciones corporales

Funciones Mentales.

Funciones Sensoriales y Dolor.

Funciones de la Voz y el Habla.

Funciones de los Sistemas Cardiovascular, Hematológico, Inmunológico y Respiratorio.

Funciones de los Sistemas Digestivos, Metabólico y Endocrino.

Funciones Genitourinarias y Reproductoras.

Funciones Neuromusculoesqueléticas y Relacionadas con el Movimiento.

Funciones de la Piel y Estructuras Relacionadas.

La utilización de Ayudas Técnicas no elimina la deficiencia, pero puede suprimir las limitaciones en la actividad en áreas específicas. (OMS, CLASIFICACION INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD Y LA SALUD, 2001)

## **Rehabilitación en discapacidad**

La discapacidad puede ser descrita a tres niveles:

Cuerpo: Alteración de las funciones y estructuras corporales.

Persona: Limitación de las actividades medidas como capacidad.

Sociedad: Restricciones de la participación medidas como desempeño.

Más la descripción de factores contextuales: Ambientales y personales.

Incorporar la Rehabilitación como componente esencial de la atención integral en salud e integrar sus acciones a todos los niveles del sistema, en lo referente al manejo de la discapacidad, ha sido el objetivo más relevante en los planes de los administradores rehabilitadores en Salud Pública, desde hace un poco más de 20 años.

La salud como componente vital del ser humano debe ser garante imprescindible de la calidad de vida, a través de acciones que conllevan la Rehabilitación, debiendo ser contemplada como componente esencial de la Salud Pública y siendo relevante para el logro de la equidad en salud.

La concepción de la Rehabilitación dentro de la Salud Pública, hoy día no es visualizada como la última fase de la atención en salud, encargada del manejo de deficiencias y discapacidades ya instaladas, sino que su filosofía y concepción básica está sustentada en la prevención, desde donde es vista como la acción de salud que, conjugada al resto de las acciones, para prevención y control de los diferentes daños, evita la discapacidad que altera la calidad de vida de los individuos sujetos a riesgo, acorde con su desempeño individual y colectivo .

El manejo en la atención de la discapacidad comienza entonces con la Promoción de la Salud, en la persona sana, ya que al mantener a la persona en buen estado de bienestar físico, psíquico y social dentro de un ambiente saludable y, sin exposición a riesgos, evita la aparición de los daños en sí, causantes de discapacidad.

Así mismo, al educar a la población sobre la forma de cómo mantenerse sano y, protegiéndolo de los daños que causan enfermedad (Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad), se previene, en consecuencia, la aparición y desarrollo de discapacidad.

Estas dos estrategias trabajadas en la atención a la discapacidad quedan englobadas dentro de otro concepto, el de Prevención de Discapacidades, que así vez también incorpora, con el proceso de Restitución de la Salud, la prevención de las complicaciones, limitando, en consecuencia, la pérdida de la función de las personas o, dicho de otro modo, deficiencias instaladas, imbricando sus acciones tempranamente con Rehabilitación, que incorpora las acciones necesarias para el logro de la integración o reintegración de las personas con deficiencias y discapacidades, a las actividades que le corresponden como ciudadano en una comunidad.



Toda esta población debe, recibir atención contemplada desde los niveles de promoción y prevención hasta la rehabilitación, de manera oportuna, adecuada y con base a los recursos con que cuenta, lo que nos acerca a lo que debe ser la Atención Integral en Salud en el manejo de las discapacidades.

La consolidación de la Rehabilitación como componente esencial de la Atención Integral de Salud se hizo mandatorio para los países cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Noveno Programa General, Meta 7, señaló, "reducir las discapacidades evitables a través de medidas preventivas y rehabilitadoras apropiadas" y "Las discapacidades derivadas de las deficiencias sensoriales, locomotoras y mentales serán significativamente reducidas entre grupos poblacionales insuficientemente atendidos".

Ahora se habla de la estrategia de rehabilitación en base comunitaria RBC, en el marco de la Atención Primaria, como estrategia de acción, que busca integrar en el proceso de encontrar salud, a los diferentes componentes de la comunidad, personas y/u organizaciones, en busca de la equidad, inclusión social e igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.

En consecuencia, el logro de la independencia y autonomía de las personas con discapacidad desde todo punto de vista, física, mental y social, se consigue, buscando incluir la representación de las personas con discapacidad en todo el quehacer de la comunidad, trabajando en la eliminación de las barreras físicas, ambientales, culturales y sociales, buscando la solidaridad de la comunidad con las personas con discapacidad e incluyendo las personas con discapacidad en todo el accionar del sector salud.

Así como las personas con discapacidad tienen derechos iguales, de la misma manera tienen iguales obligaciones. A medida que los derechos son logrados, las sociedades pueden aumentar las expectativas de las personas con discapacidades. Como parte del proceso de oportunidades iguales, la provisión podría estar hecha para asistir personas con discapacidades para asumir su total responsabilidad como miembros de la sociedad. (Lowenfelt V, 1970)

Restauración del individuo con discapacidad a la más completa utilidad física, mental, vocacional, social y económica de que puede ser capaz.

Proceso que intenta prevenir el deterioro progresivo de una persona que ha sufrido un daño causante de deficiencias, discapacidades y minusvalías y limitar al máximo posible, las consecuencias que presenta en el ámbito individual, familiar, educacional, laboral, económico y social.

Se refiere al proceso que anima a las personas con discapacidades para lograr y mantener sus niveles óptimos físicos, sensoriales, intelectuales, psiquiátricos y/o funcionales, sociales, proveyéndolos con las herramientas para cambiar sus vidas al nivel más alto de independencia. Incluye las medidas para proveer y /o restaurar funciones, o compensar la pérdida o ausencia de una función o de una limitación funcional.

#### Rehabilitación Institucional

Incluye la actividad técnica realizada en instituciones, gubernamentales o no, destinadas a la recuperación funcional de las personas que presentan limitaciones en su actividad y participación.

#### Rehabilitación de Base Comunitaria

Constituye una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad.

La RBC se lleva a cabo por medio de los esfuerzos combinados de las propias personas discapacitadas, de sus familias y comunidades, y de los servicios de salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondientes.

La vida en la actualidad exige de cada una de las personas el máximo de su energía para el logro de las metas que se proponen en el cumplimiento de la misión que les toca desempeñar. Cuando una persona por cualquier causa, sufre el resquebrajamiento de su condición de salud, siente que su capacidad para resolver y sortear las dificultades está comprometida en mayor o menor grado.

Este sentimiento de dificultad ante la vida lo lleva a desarrollar actitudes diversas que lo perciben como "diferente" y lo separan del resto de la humanidad, sometiéndolo a una situación donde la autoestima se ve comprometida. Las reacciones que desencadena este sentimiento, colocan a la persona que tiene una discapacidad en una posición en la sociedad, que varía de un sujeto a otro.

En unos casos, la discapacidad puede ser el detonante, para que conflictos anteriores, personales o familiares, se hagan evidentes, o puede ser que la presencia de un

proceso discapacitante desencadene una serie de situaciones de conflicto interno a la persona, que se exteriorizan de diferente manera. Sea cual sea la causa, la persona con discapacidad puede tener problemas de relación con las otras personas. Algunas con mutismo, otras con agresividad, otras con rechazo, con negación, con autoritarismo, con tiranía para con sus semejantes, pero otras, por el contrario, desarrollan una estructura interna férrea que les permite, a pesar de las limitaciones, enfrentarse a la vida con valor y coraje.

Estas personas pasan por situaciones duras en la vida que deben sortear, en unos casos en la soledad interior, pero en otras, con los seres que lo rodean y requieren para su acción, de la eliminación de una serie de "barreras" que están en la sociedad y que le impiden su propio desarrollo.

Los países del mundo, interesados en el logro de la equidad, están desarrollando en la actualidad acciones para concientizar a la comunidad en los aspectos referentes a los derechos y deberes de las personas con discapacidad, así como, la forma de abordaje integral de los problemas, que desde deferentes ópticas, se presentan con las personas con discapacidad.

“Estas consideraciones no solamente resultan responsabilidad del sector salud. La comunidad debe participar activamente en el logro de las metas de la rehabilitación.

La Discapacidad es la condicionante de la salud que altera la calidad de vida de las personas, con repercusión en su desarrollo familiar y social. (Watch, 2006)

### **Desarrollo infantil**

La presencia de factores de riesgo para discapacidades en la etapa de vida infantil hace obligatoria la vigilancia de las fases del desarrollo y las respuestas reflejas, así como de los signos mínimos de trastornos genéticos, para poder determinar precozmente las acciones preventivas rehabilitadoras a tomar.

En el niño, no hay que esperar que se manifiesten los signos para actuar. Hay que trabajar ante esta posibilidad, ante la presencia de factores de riesgo con programas de estimulación temprana desde el momento del nacimiento además de cualquier conducta tendiente a tratar el problema médico.

Muchas veces los factores de riesgo ante estos problemas no se manifiestan sino cuando el niño llega a la etapa escolar. Hay que hacer un seguimiento de los niños con

factores de riesgo evidenciables en su etapa de Recién Nacido y lactante hasta llegar a la edad escolar, para tratar de controlar las limitaciones funcionales que se puedan producir en consecuencia, con fracasos escolares y deserciones escolares.

Es importante determinar los problemas sensoriales, motores, intelectuales que pueden estar incidiendo en el proceso de aprendizaje a un niño/a, más aún cuando existen factores de riesgo a nivel pre, para natal o durante sus primeros años de vida, no sólo desde el punto de vista físico sino también psíquico, familiar y social.

Existen problemas de índole psicosocial y familiar que corresponden al entorno (Factores contextuales) que pueden ser generadoras de discapacidades o limitaciones en el funcionamiento a nivel escolar. (F., 1994)

### **Promoción de la salud**

El incorporar la promoción de la salud a nuestro ámbito de trabajo, la discapacidad, va a lograr la prevención de discapacidades.

Los principios señalados en los documentos sobre Promoción de la Salud implican estilos de vida saludables, que evitan la producción y perpetuación de condiciones alteradas de salud que, como consecuencia, producen discapacidades.

1. Todos los factores determinantes de la salud, unos más que otros, producen enfermedades y causas externas productoras de discapacidad.

Por tanto, todos los proyectos que se llevan a cabo para realizar cambios de los estilos de vida a estilos saludables, con menor exposición a riesgos que alteran la salud, llevan como finalidad mejorar la calidad de vida y mantener la productividad del individuo.

2. No se puede lograr equidad en salud si no se toma en cuenta a la población con discapacidades, la cual cada día menos, es excluida y discriminada del resto de la población en la atención de la salud.

3. Muchas veces la negligencia y la mala práctica es causante de discapacidades al no tener en cuenta estas consecuencias de un accionar irresponsable en la actividad del personal de salud.

4. Cuando se estructuran los servicios no se puede dejar de contemplar que en ellos también se asisten a personas con discapacidad, los cuales no pueden presentar barreras para su movilización.

5. Así mismo el establecimiento de ambientes saludables deben incluir ambientes sin barreras para las personas con discapacidad. (O., 2004)

### **Actividad Física, Recreación y Deporte**

La actividad física está definida como el tiempo disponible dedicado a determinados tipos de actividad o ejercicios físicos, bien durante el periodo de trabajo, o durante el tiempo de ocio.

El sedentarismo al que nos ha habituado la vida actual, el mayor uso de los medios de transporte de motor que limitan la marcha, la mala nutrición, el stress de la modernidad, el trabajo en oficinas, y otros muchos factores que hoy son determinantes de la salud, están causando cada vez más estragos en la población general. Estos determinantes, se han descrito como causantes de enfermedades crónicas, sobre todo en la población adulta la cual sufre de problemas músculo esqueléticos, cardíacos, respiratorios, y metabólicos, los cuales se ha demostrado que se pueden retardar en su aparición, o mejorar, con la realización de actividad física regular.

La actividad física mejora los niveles hematológicos, la capacidad física y las condiciones de vida.

La realización de actividad física de por lo menos 35 minutos diarios es suficiente para quemar grasa y mejorar las condiciones físicas y de vida de las personas.

### **Actividad física y sobrepeso**

Actividad física se define como un movimiento corporal, producido por la contracción del músculo esquelético que aumenta el gasto de energía sobre el nivel basal. Las categorías de la actividad física son ocupacional, mantenimiento del hogar, hobbies y transporte.

La OMS califica al sobrepeso y a la obesidad como una epidemia a nivel mundial. De acuerdo con esta organización existen al menos 1600 millones de adultos con sobrepeso y 400 millones de adultos con obesidad. La OMS calcula que en 2015 existirán 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad.

Se ha demostrado que una actividad física regular y un aumento del estado físico cardiovascular decrece la mortalidad de manera dosis respuesta.

Epidemiológicamente, la carga de los problemas nutricionales está cambiando de un desbalance de energía por deficiencias nutricionales a un desbalance de energía por excesos nutricionales y esto se probó en un estudio que se realizó en Brasil y en China en el que demostraban una prevalencia de sobrepeso aumentada durante los periodos de estudios; en Brasil de 4.1% a 13.9% y en China de 6.4 a 7.7%.

Los problemas nutricionales y las consecuencias que estos conllevan no se limitan a ser una enfermedad de los países industrializados, los niveles de obesidad de los países en vías de desarrollo son tan altos o inclusive más altos que aquellas reportadas por países como los Estados Unidos y otros, y lo grave es que dichos niveles se están incrementando rápidamente. Para entender que cuales son los factores que explican este fenómeno debemos entender que en el mundo occidental, existe un suministro de comidas altas en grasa, tanto para el consumo en casa como para el consumo fuera de la misma. Asimismo en existe un gran cambio de los patrones de actividad física, tanto en el trabajo como en actividades de recreación. (Nacion, 2003)

### **Rehabilitación en discapacidades**

La salud como componente vital del ser humano debe ser garante imprescindible de la calidad de vida, a través de acciones que conllevan a promocionar la actividad física, el uso de agua segura y estimulación del área psicomotora.

De esta manera no se concibe la atención integral de la salud sin la existencia de la Rehabilitación, debiendo ser contemplada como componente esencial de la Salud Pública y siendo relevante para el logro de la equidad en salud.

La concepción de la Rehabilitación dentro de la Salud Pública, hoy día no es visualizada como la última fase de la atención en salud, encargada del manejo de deficiencias y discapacidades ya instaladas, sino que su filosofía y concepción básica está sustentada en la prevención, desde donde es vista como la acción de salud que, conjugada al resto de las acciones, para prevención y control de los diferentes daños,

evita la discapacidad que altera la calidad de vida de los individuos sujetos a riesgo, acorde con su desempeño individual y colectivo .

El manejo en la atención de la discapacidad comienza entonces con la Promoción de la Salud, en la persona sana, ya que al mantener a la persona en buen estado de bienestar físico, psíquico y social dentro de un ambiente saludable.

La rehabilitación para las personas con discapacidad limita, la pérdida de la función de las personas o deficiencias instaladas, logrando la integración o reintegración de las personas con deficiencias y discapacidades, a las actividades que le corresponden como ciudadano en una comunidad.

Toda esta población debe, recibir atención contemplada desde los niveles de promoción y prevención hasta la rehabilitación, de manera oportuna, adecuada y con base a los recursos con que cuenta, lo que nos acerca a lo que debe ser la Atención Integral en Salud en el manejo de las discapacidades.

La OMS, han asumido la Atención Primaria de la Salud, como una estrategia que puede resolver la mayoría de los problemas de salud de las personas y además a través de acciones de promoción y prevención se logra el mantenimiento de un estado adecuado de salud, sobretodo en la población de mayor riesgo. (OPS, Abordaje de la Discapacidad, 2008)

### **Detección Temprana de Problemas de desarrollo y crecimiento**

Hasta hace pocos años el desarrollo temprano de los niños y niñas estaba solamente en manos de los padres y la familia extendida. Sin embargo, actualmente la pobreza, enfermedades, mala nutrición, falta de registro de nacimiento, violencia, falta de servicios de calidad, rompimiento de las estructuras familiares tradicionales por trabajo, Migración, necesidades de salir a trabajar de padre y madre, entre otros, obstaculiza, la posibilidad de que los padres puedan proveer el cuidado, afecto y atención necesaria para que los niños desarrollen todas sus potencialidades.

Es necesario que las políticas y los programas diseñados para niños y niñas en la primera infancia, tengan un enfoque integral, es decir, que incluya todas las áreas de crecimiento: perceptivo, lingüístico, físico, mental, emocional y social. Es un enfoque

que busca asegurar que cada niño y niña sea saludable y bien nutrido y que viva en un medio ambiente limpio y saneado.

Las estrategias para el desarrollo integral infantil, deben incluir el trabajo con padres, madres, miembros de la comunidad, instituciones gubernamentales que proveen servicios, de salud, educación, registro de nacimiento, y a organizaciones no gubernamentales, que proveen servicios y atención a niños y niñas entre 0 y 5 años.

La presencia de factores de riesgo para discapacidades en la etapa de vida infantil hace obligatoria la vigilancia de las fases del desarrollo y las respuestas reflejas, así como de los signos mínimos de trastornos genéticos, para poder determinar precozmente las acciones preventivas rehabilitadoras a tomar.

En el niño, no hay que esperar que se manifiesten los signos para actuar. Hay que trabajar ante esta posibilidad, ante la presencia de factores de riesgo con programas de estimulación temprana desde el momento del nacimiento además de cualquier conducta tendiente a tratar el problema médico.

El rol de la familia y comunidad en el proceso de rehabilitación e integración de las personas con discapacidad. (CONADI, 2006)

### **Papiroflexia Origami**

El origami es una herramienta de terapia para pacientes con discapacidad mental y física, como un medio de destreza o como una demostración de los principios de geometría.

Esta actividad desarrolla nuestra atención, mejora la memoria y despliega la creatividad a la vez que se disfruta aprendiendo a realizar increíbles figuras de papel. Recomendado para todas las personas y edades. Origami es el arte de plegar el papel.

El origami es una herramienta de terapia para pacientes con discapacidad mental y física, como un medio de destreza o como una demostración de los principios de geometría.



Esta actividad desarrolla nuestra atención, mejora la memoria y despliega la creatividad a la vez que se disfruta aprendiendo a realizar increíbles figuras de papel. Recomendado para todas las personas y edades.

El uso de la Papiroflexia ayuda como terapia ocupacional o de apoyo, dentro del campo de la Psiquiatría en general y sobre todo dentro de la Psiquiatría infantil en particular.

Podríamos definirlo como el arte de crear figuras y objetos de una reconocible significación mediante el plegado de una hoja de papel sin cortar ni pegar.

Este arte, se puede aseverar, que existe desde que se inventó el papel, alrededor del año 100 d. C. en China. Las verificaciones históricas nos cuentan que hacia el siglo VII fue propagado al Japón y hacia el siglo XII los árabes lo trajeron a Europa, conociéndose la primera fábrica de papel en Játiva (Valencia).

Con el paso del tiempo las diferentes culturas fueron desarrollando el plegado de papel. En Japón se conoce con el nombre de Origami y está muy difundida por todo el país. Allí se practica en las escuelas maternas (guarderías) de una manera casi generalizada. Hay que destacar que este enraizamiento del plegado está en total relación con el valor simbólico-religioso que esta cultura le da al papel y al plegado.

La papiroflexia puede ser de gran ayuda para que el niño logre comprender y determinar las relaciones espaciales. Cuando el niño construye con papel una figura capta no sólo las formas sino también las relaciones espaciales. Cuando pliega, sitúa sobre el papel las relaciones espaciales de “delante-detrás”, “arriba-abajo”, etc. Para que el niño se forme una idea sobre las relaciones espaciales es muy importante que aprenda las designaciones verbales que le permiten destacar y fijar cada tipo de relaciones. Estas designaciones verbales son conceptos que aparecen repetidamente en los desarrollos del cuadernillo de papiroflexia. (A, 2010)

### **La papiroflexia y el desarrollo intelectual del niño**

En la primera infancia, el niño tiene una inteligencia manipulativa e imaginativa. Para resolver un problema recurre a operaciones orientativas externas, es decir a nivel de la inteligencia práctica. Una vez que ha realizado varias pruebas externas pasa paulatinamente a las pruebas mentales. Después de que el niño conozca distintas

variantes de un problema, logrará resolver una nueva variante mentalmente. En un principio debemos dejar que el niño manipule libremente con el papel. Después podemos enseñarle figuras con pliegues muy elementales. Cuando el niño haya realizado varias pruebas con estos primeros pliegues, descubrirá el resultado de nuevas figuras. De la inteligencia imaginativa, el niño pasa a la inteligencia esquemática.

Los beneficios para el paciente al realizar el plegamiento del papel permite adaptaciones Motoras de coordinación bilateral ojo – mano, destreza manual, resistencia, incremento de fuerza digital, practicar prensión liberación, prensión fina, planificación de colores y tamaño del papel, discriminación de color y tamaño, relaciones viso espaciales, incremento de la percepción táctil, seguir directrices orales, interpretar signos y símbolos, habilidad de Organización, pensamiento Lógico, ensayo y error, solución de problemas, toma de decisiones, tolerancia a la actividad, concentración aumentar el promedio de atención, actividad Individual independiente, reconocimiento de habilidades, habilidad para trabajar en proximidad a otras personas, tolerar opiniones ajenas, integración grupal.

## **CAPITULO III**

### **ANALISIS SITUACIONAL**

#### **3.1 Contexto nacional**

Las personas con discapacidad, en el Ecuador, han sido integradas a la sociedad civil a través de leyes y normas que incluyen una ley de inclusión laboral, pero las condiciones higiénicas y de nutrición no son las adecuadas y ellas también deberían influir en su integración familiar, social y laboral.

Desde la constitución del 2008, en que se reconoce a este grupo de personas como en riesgo y se impulsan acciones para incluirlos en un manejo intercultural con integralidad y sin discriminación y en un marco de derechos.

#### **DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR TIPO DE DEFICIENCIA (Censo 2010)**

Del total de la población del Ecuador, el 13,2 % son personas con algún tipo de discapacidad (1`600.000 personas), y podemos señalar que en el país existen aproximadamente:

592.000 personas con discapacidad por deficiencias físicas

432.000 personas con discapacidad por deficiencias mentales y psicológicas

363.000 personas con discapacidad por deficiencias visuales; y,

213.000 personas con discapacidad por deficiencias auditivas y del lenguaje.

Los resultados de la evaluación de la Misión Manuela Espejo revelan que en las 24 provincias estudiadas, la prevalencia de discapacidad es del 2,43%

La distribución epidemiológica de la discapacidad nos indica que se concentra en el Oriente Ecuatoriano con un 1,89%, 1,68 % en la sierra, 1,77 % en la costa y 0,81% en la región insular y de estas el 50% es discapacidad intelectual.

EL Ministerio de Inclusión económica y Social MIES, a través del departamento de discapacidades DINADIS, busca implementar un nuevo modelo de atención a partir de noviembre de 2009 con un Proyecto SERVICIO DE INSERCIÓN LABORAL DE

## PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ECUADOR: TRABAJANDO POR LA INCLUSIÓN. (Paredes, 2001)

Esta inclusión debe darse en base a acciones integrales de Promoción de la Salud, dentro del marco de Atención Primaria de Salud, tomándose en cuenta los ámbitos de realizar actividad física regular para conseguir peso ideal en los usuarios/as, mejorar las condiciones higiénicas a través de capacitación en higiene y prevención de parasitosis con el uso de agua segura en sus domicilios y estimulación del área psicomotriz a través de talleres de papiroflexia.

Estas acciones puntuales de Atención primaria de Salud, no se han realizado con grupos poblacionales de personas de riesgo como son aquellos que adolecen de discapacidad.

### **2.2 Diagnóstico**

#### **Caracterización Institucional**

Los padres de familia dejan sus hijos y/o apoderados en el TEP, CEPRODIS y CDI de 8:00 a 16:00 H.

Los usuarios del TEP y CEPRODIS, reciben capacitación para incorporación laboral, de acuerdo a sus destrezas.

Los niños y niñas del CDI, reciben atención, cuidado integral y estimulación psicomotora. Los ámbitos de higiene, estimulación psicomotriz y promoción de actividad física, involucran a los usuarios y padres de familia, al igual que tutores, sin embargo esto no se entiende así y no hay un involucramiento de todos los actores en estas actividades.

El Taller Especial de Producción Margot Bonilla de Saltos, atiende a 70 usuarios/as entre 14 y 60 años con diversos tipos de discapacidad, física e intelectual como Síndrome de Down, retardo mental leve, moderado y profundo. Se encuentra ubicado en Conocoto, sector del INFA. Ofrece capacitación para inserción laboral en áreas de catering, servicios generales para limpieza de edificios, agronomía, computación,

manualidades. Su servicio incluye atención médica, terapia ocupacional, pedagogía y alimentación en desayuno, colación y almuerzo.



# Recreación





## Taller Gastronomía

Capacitar y Formar a los ciudadanos para inserción laboral en las áreas de cocina, panadería, pastelería, y repostería.

Desarrollar destrezas en manejo de cuchillos y técnicas de cocina.

Servicio de Catering



El Centro de Producción para personas con Discapacidad CEPRODIS, se encuentra ubicado en la urbanización Mena 2 del sur de Quito, atiende a 89 personas con discapacidad leve a moderada, que incluye personas con Síndrome de Down. Ofrece capacitación en computación, agronomía, marro quería, manualidades, panadería, artesanía básica, grupo de danza. Incluye servicios médicos, rehabilitación física, terapia ocupacional, Psicología, pedagogía, alimentación en desayuno, colación y almuerzo.



## Grupo De Danza





## Taller Agronomía

Capacitación en actividades agropecuarias:  
Crianza de animales menores,  
Horticultura,  
Construcción de Micro Invernaderos,  
Jardinería,  
Fruticultura.  
Contacto y amor a la tierra y la naturaleza



## Taller De Computación

Capacitar a los usuarios en:  
Windows XP.  
Microsoft Office.  
    Microsoft Office Word.  
    Microsoft Office Excel.  
    Microsoft Office Power Point.  
Internet  
Paint  
Requisitos: conocimientos en lecto - escritura, y cuatro operaciones básicas.



El centro de Desarrollo Infantil del MIES, se encuentra ubicado en la calle Jorge Washington y Páez de la Ciudad de Quito, atiende a 60 niños y niñas de 1 a 5 años de edad, hijos de los funcionarios del Ministerio de Inclusión Económica y Social. Ofrece

los servicios médicos, parvulario y cuidado diario, alimentación en desayuno, colación de la mañana, almuerzo y colación de la tarde.

En las tres instituciones el horario es de 8:00 H a 16:30 H.

Las condiciones deficitarias de higiene, estimulación psicomotriz y el sobrepeso, pueden afectar la salud de las personas con discapacidad y afectar también su inserción laboral.

## **CAPITULO III**

### **DISEÑO DE LA INTERVNECION**

2.1 Este estudio es una Investigación Operativa, que permitirá aplicar estrategias de Atención primaria de salud, en los centros de intervención para generar conocimientos actitudes y prácticas en los usuarios internos, y mejorar la eficiencia, calidad, acceso del servicio de Salud.

La metodología incluirá:

#### **PLANIFICACIÓN**

1. Organizar el grupo de investigación y el comité asesor.
2. Determinar los asuntos o problemas que se van a estudiar y plantear la investigación en torno a los mismos.
3. E laborar una propuesta de investigación operativa.
4. Obtener la aprobación de las autoridades.
5. Identificar las fuentes de financiamiento.
6. Elaborar un presupuesto y procedimientos de gestión financiera.
7. Socializar, sensibilizar y capacitar a los involucrados externos e internos

#### **EJECUCIÓN**

8. Supervisar la ejecución del proyecto y mantener la calidad.
9. Establecer y mantener la gestión de datos y el control de calidad.
10. Realizar el monitoreo y cambios necesarios en el curso de la aplicación de las actividades.

#### **SEGUIMIENTO**

11. E laborar un plan de difusión.
12. Difundir los resultados y recomendaciones.

## **Universo y muestra**

Todos los usuarios y usuarios del Taller Especial de Producción para personas con Discapacidad Margot Bonilla de Saltos (Conocoto) TEP, Centro de producción de Personas con Discapacidad CEPRODIS (Mena 2, Quito) y Centro de Desarrollo Infantil del Ministerio de Inclusión Económica y Social, Quito, que se encuentren asistiendo en los meses de enero a marzo 2012.

## **2.2 Propuesta de intervención**

Las actividades se llevaran a cabo de acuerdo a los objetivos:

1. Establecer una línea de base con antropometría a toda la población objetivo es y determinación de su Índice de masa corporal, para determinar el estado nutricional y que permita evaluar el resultado de la intervención.
2. Realización de actividad física recreativa 1 hora diaria, dirigida por estudiantes de pregrado de Educación Física de la Politécnica del Ejército. Actividad a desarrollarse durante 1 hora de lunes a viernes.
3. Capacitación a padres de familia y/o representantes de la población objetivo sobre el consumo de agua segura y normas de higiene personal y del entorno como estrategia de promoción y prevención en salud, a través de talleres de capacitación 1 vez al mes.
4. Capacitación repetitiva a la población objetiva en normas de higiene, realizada por el personal de tutores, profesores y parvularios (capacitados previamente para unificar información), diariamente, referente a higiene personal, baño y lavado de manos antes de comer y luego de ir al baño.
5. Aplicación de normas de cepillado de dientes, con cepillado en la institución luego del desayuno y almuerzo, realizado por los Inspectores y tutores.
6. Talleres de capacitación en Origami, impartidos por tutora especializada, 3 veces por semana en clases de 1 hora, a cada sección.
7. Talleres de motivación, capacitación, monitoreo y evaluación con el personal de equipo técnico, tutores, parvularias 1 vez al mes.

## **2.3 Plan de contenidos**

Para diseñar la propuesta se propone lo siguiente:

- Elaboración del plan de trabajo
- Socialización y motivación para aplicación del proyecto investigación acción a las autoridades del DINADIS, CDI MIES para la implementación.
- Motivación al personal interno y externo del TEP, CEPRODIS, CDI.
- Capacitación relacionada con Interculturalidad, enfoque de derechos para personas con Discapacidad, estrategia de promoción de salud en las áreas involucradas.
- Organización y capacitación a los usuarios/as y padres de familia y o representantes de los usuarios/as en higiene y uso de agua segura.
- Determinación del estado nutricional de las y los usuarios del TEP, CEPRODIS y CDI MIES para identificación de sobrepeso y obesidad.
- Implementación de un programa de actividad física recreacional regular y constante.
- Control mensual de estado nutricional.
- Implementar clases de Origami en forma regular en el TEP, CEPRODIS Y CDI MIES.
- Evaluación de impacto de las estrategias a los 3, 6, 9 y 12 meses.

## 2.3 Enfoque Metodológico:

Objetivo	Actividad	Cronograma	Responsable	Indicador	Recursos
Promoción de Actividad física	Actividad física recreativa	1 hora de lunes a viernes	Dra. Aracely Obando (Profesora de actividad física recreativa ESPE). Dra. Jeanette Heredia	Evaluación de peso y porcentaje de grasa al inicio y mensual	Tutores de actividad física, balanza de bioimpedancia y tallmetro
Higiene y agua segura	Talleres de capacitación a padres de familia. Determinación de uso de agua en domicilio (visita). Talleres de higiene corporal y bucal	1 vez al mes 1 vez al inicio y luego cada 3 meses. 1 vez al mes	Dra. Jeanette Heredia. Lcda. Trabajadora Social y Dra. Jeanette Heredia. Dra. Jeanette Heredia y otros colaboradores	Asistencia a Talleres. Condiciones de uso de agua en domicilio pre y post visita y talleres. Encuesta de frecuencia de lavado de dientes y baño diario	Infocus computador papelotes, marcadores, masking tape. Encuesta y cámara fotográfica Computador Infocus, Cepillos de dientes, pasta dental, jabón, toalla y peinilla.

Estimulación psicomotriz	Talleres de origami	1 hora 3 veces por semana	Tutora en Origami	Habilidad para realizar figuras de acuerdo a edad y destrezas	Papel de colores de 100gr.
-----------------------------	------------------------	---------------------------------	----------------------	---	----------------------------------

## 2.4 Presupuesto aproximado para desarrollo del proyecto para 3 meses

<b>Categoría de recurso</b>	<b>horas/día</b>	<b>horas/mes</b>	<b>salario mensual</b>	<b>3 meses</b>
1. Recursos Humanos				
Tutor de actividad física	8	160	1200	3600
Tutor de origami	8	160	1200	3600
Auxiliar de enfermería	8	160	1.150	3450
Auxiliar de fisioterapia	8	160	1.150	3450
			<b>TOTAL</b>	<b>14.100,00</b>

### INSUMOS

<b>INSUMO</b>	<b>FORMA DE COMPRA</b>	<b>UNIDAD</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Bioimpedancia	1 unidad	UNIDAD	300
cámara fotográfica	1 unidad	UNIDAD	300
papel origami	Resma	resma	100
papel A4 COLORES	1 resma	1 resma	50
Encuestas	500 unidades	unidades	25
Cepillos de dientes y pasta	200 unidades	unidades	400
varios	masking, marcadores, etc.	unidades	200
Imprevistos			500
Total			1875

**GRAN TOTAL** 15.975,00 USD.



## **2.4 Implementación y monitoreo**

Las actividades para la implementación y monitoreo son las siguientes:

- Motivación a autoridades, personal y comunidad sobre la aplicación de proyecto APS
- Implementación de talleres de capacitación diferenciados para personal administrativo, técnico, padres de familia y comunidad de actores externos involucrados.
- Evaluación y retroalimentación mensual en el auditorio del TEP con las personas del servicio involucradas en la atención de las personas con discapacidad., para analizar el proceso de cumplimiento, realizar cambios necesarios e identificar indicadores de evaluación.
- Aplicación de test de percepción del servicio por parte de las usuarias antes de iniciar la implementación del proyecto, y cada 3 meses y al final del mismo para monitoreo y evaluación.

## **2.5 Resultados esperados**

- Que el 100% de usuarios del TEP tengan una ficha médica con estrategia APS
- Que el 100% de usuarios del TEP hayan tenido una visita domiciliaria y contacto con sus familiares.
- Que el 90% de involucrados internos y externos hayan recibido la capacitación en APS
- Que el 80% del personal técnico administrativo, prestadores del TEP apliquen estrategia APS
- Que el 50% de usuarios discapacitados/as del TEP realicen acciones de auto cuidado y promoción y prevención en salud.

# CAPITULO IV

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### Conclusiones

- El diseño y ejecución del presente proyecto es factible y sustentable.
- Las estrategias de APS, permiten consolidar la capacitación integral de las personas con discapacidad, para mejorar sus condiciones de oferta laboral, de las personas usuarias del TEP y CEPRODIS
- La aplicación de las estrategias de actividad física recreativa, mejora la flexibilidad y el desarrollo psicomotriz, impartir normas de higiene permiten prevenir enfermedades y crear hábitos saludables y la capacitación en origami, actúa positivamente en el desarrollo psicomotriz de los niños y niñas del Centro de Desarrollo Infantil del MIES, incluso para detectar retrasos y aplicar como estrategia de estimulación temprana.
- No se aplican, ni se da importancia a las estrategias de Atención Primaria de Salud por parte de profesores, personal administrativo ni médicos del TEP, CEPRODIS y CDI, como un proceso operativo regular, que mejore las condiciones de salud y buen vivir de los y las usuarios de estas Instituciones.
- El TEP, CEPRODIS Y CDI MIES, no cuentan con todo el personal necesario para implementar este proyecto.

### Recomendaciones

- Implementar este proyecto como una propuesta válida para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.
- Aplicar estrategias de APS para mejorar las condiciones de la oferta laboral de las personas con discapacidad que acuden a capacitación en todas la Instituciones que trabajan con este tipo de personas.
- Los centros de Desarrollo Infantil deberían aplicar estrategias de actividad física recreativa, implementar hábitos adecuados de higiene, y técnicas de origami,

para mejorar el desarrollo psicomotriz de los niños y niñas menores de 5 años en el marco de estimulación temprana.

- Aplicar las estrategias de APS como eje transversal en todas las acciones de planificación de las Instituciones del MIES, que atienden a personas con discapacidad, y aceptado por autoridades, profesores, personal administrativo, y personal de salud.
- Realizar alianzas estratégicas que permitan completar todo el proceso del proyecto planteado.
- Sensibilizar a las autoridades para ampliar y aplicar la Atención Primaria de Salud
- Capacitar permanentemente al personal técnico y administrativo en Atención Primaria de salud, y gestión de calidad y calidez.
- Utilizar este proyecto como una estrategia que aporte a la integralidad de la rehabilitación a personas con discapacidad
- Utilizar este proyecto para identificar y rehabilitar oportunamente a niños y niñas con retardo físico o intelectual leve o limite.

## Bibliografía

- A, R. (2010). *Origami y Discapacidad*. Bogota: Universidad Nacional de Colombia.
- Cazar. (2006). *Breve analisis de las Deiscapapcidades en el Ecuador*. Quito: CONADIS.
- CONADI. (2006). *Politica Integral de Accion para Personas con Discapacidad*. Montevideo - Uruguay.
- Constiuyente, A. (2008). *Constitucion de la Republica*. Quito.
- DFONTAINE. (1981). *Manual de Reeduccion Psicomotriz. Primeranio*. Bsrcelona : Medica y Tecnica.
- DINADIS. (2009). *Nuevo Modelo de gestion para personas con Discapacidad*. Quito: MIES.
- DINADIS. (2011). *INFORMES DE LABORES*. QUITO.
- Ecuador, C. P. (2008). *Constitucion*. Montecristi.
- F., A. V. (1994). *Adaptaciones curriculares, teoria y Practica*. Madrid: Escuela Espanola.
- Lowenfelt V, L. W. (1970). *Desarrollo de la Capacidad creadora*. Buenos Aires: Kapeluz.
- MIES DINADIS. (2011). *Motivacion y Trabajo cooperativo* (1 ed., Vol. 1). Quito, Pichincha, Ecuador: Grupo Santillana.
- Mundial, B. (2006). *Plataforma del desarrollo inclusivo*.
- Mundial, B. (2007). *Equipo de Discapacidad y desarrollo Inclusivo de la Region de Latinoamerica* .
- Nacion, F. D. (2003). *Suplementos solidarios. sociedad y Discapacidad*. Buenos Aires.
- O., D. (2004). *Lo especial de la Educacion*. Buenos Aires: Magisterio de Rio de la Plata.
- OMS. (2000). *Carta de Ottawa*. Ottawa.
- OMS. (2001). *cLASIFICACION INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD Y LA SALUD*. OMS.
- OPS. (2005). *Normas para la atencion en el primer de referencia de los paises en desarrollo*.
- OPS. (2008). *Abordaje de la Discapacidad*. Buenos Aires - Argentina: Universidad Nacional de Cordova.
- Paredes. (2001). *Panoramica del Trabajo y el avance de las discapacidades en el Ecuador*. Quito: <http://usuarios.discapnet.es>.

PUBLICA, M. D. (2011). *Manual de prevencion y tratamiento de riesgos de discapidades en peri neonatología*. Quito.

R, C. (2006). *Breve analisis de la situacion de las Discapacidades en el Ecuador*. (CONADIS, Ed.) Quito, Pichincha, Ecuador .

Republica, V. d. (2011). *Resultados del trabajo de la Mision Manuela Espejo* . Quito.

SENPLADES. (2010). *Plan del Buen Vivir*. Senplades.

Watch, S. (2006). *Informes nacionales. Fichas de Salud*. Quito: Centro de derechos economicos y Sociales.