



CARIBEÑA DE CIENCIAS SOCIALES

latindex IDEAS EconPapers DOAJ Dialnet InDICES CSIC

IMPACTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN ADULTOS CON DISCAPACIDAD EN LA PARROQUIA RURAL JUAN GÓMEZ RENDÓN.

Tomás Evelio Peña Palacios¹drcerberos@gmail.comEddy Conde Lorenzo²econde@ups.edu.ecMónica Carolina Marmol Castillo³mmarmol@ups.edu.ec

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Tomás Evelio Peña Palacios, Eddy Conde Lorenzo y Mónica Carolina Marmol Castillo: "Impacto de la atención integral en adultos con discapacidad en la parroquia rural Juan Gómez Rendón.", Revista Caribeña de Ciencias Sociales (vol 10, Nº 3 marzo 2021, pp. 91-118). En línea: <https://www.eumed.net/es/revistas/caribena/marzo-21/atencion-integral-adultos>

RESUMEN

El estudio que se presenta tiene como objetivo valorar el impacto de la atención integral en adultos con discapacidad en la Parroquia Rural Juan Gómez Rendón. Este está alineado al paradigma interpretativo fenomenológico, por su parte el enfoque de la investigación es mixto, dado que aborda aspectos cuantitativos y cualitativos, la investigación es considerada de tipo descriptiva, el diseño es no experimental, de corte longitudinal. La recopilación de la información se sustenta en la observación científica, recorridos de campo, análisis documental, de registros y la ficha de valoración del desarrollo de habilidades personalizada de cada sujeto objeto de estudio en la parroquia. El análisis de la información demostró que la atención integral a los adultos con discapacidad en la parroquia mencionada impacta directa y positivamente en su desarrollo, con independencia del tipo de discapacidad.

Palabras claves: impacto, atención integral, discapacidad, adultos, parroquias rurales.

IMPACT OF INTEGRAL CARE ON ADULTS WITH DISABILITIES IN THE JUAN GÓMEZ RENDÓN RURAL PARISH.

¹ Lic. En Terapia de Lenguaje. Candidato a Magister en Educación Especial, por la Universidad politécnica Salesiana, sede Guayaquil.

² Profesor Titular Principal e investigador de la Universidad Politécnica Salesiana, Sede Guayaquil, Ecuador. Doctor en Ciencias de la Educación (PhD), por la Universidad de La Habana, Cuba. Magister en Ciencias Económicas (MsC.), por la Universidad M.V. Lomonosov, Moscú, Rusia. Magister en Administración de Empresas (MsC.), por la Universidad de Pinar del Río, Cuba. Especialista en Desarrollo Social Comunitario y Desarrollo Sostenible. Director del Grupo de Innovación Educativa Mejorando las Prácticas Áulicas (GIE-MPA) de la UPS.

³ Profesora de la Universidad Politécnica Salesiana Sede Guayaquil, Ecuador. Ostenta el título académico de Máster en Educación Superior. Magister en Gestión de Talento Humano, por la Universidad de la Rioja. Docente responsable de Vinculación con la Sociedad de la carrera Administración de Empresa de la Universidad Politécnica Salesiana. Directora subrogante del Grupo de Innovación Educativa Mejorando las Prácticas Áulicas (GIE-MPA) de la UPS.

SUMMARY

The objective of the study presented is assess the impact of comprehensive care for adults with disabilities in the Juan Gómez Rendón Rural Parish. This is aligned with the phenomenological interpretive paradigm, for its part the research approach is mixed, since it addresses quantitative and qualitative aspects, the research is considered descriptive, the design is non-experimental, longitudinal. The compilation of information is based on scientific observation, field trips, documentary analysis, records and the evaluation form of the development of personalized skills of each subject under study in the parish. The analysis of the information showed that comprehensive care for adults with disabilities in the aforementioned parish has a direct and positive impact on their development, regardless of the type of disability.

Keywords: impact, comprehensive care, disability, adults, rural parishes.

1. INTRODUCCIÓN

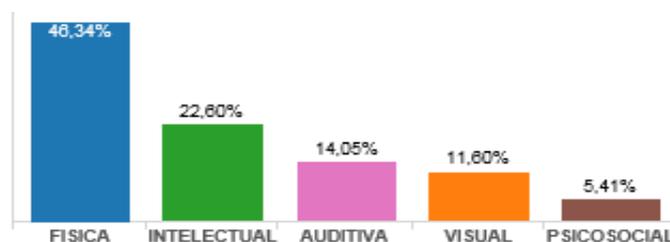
Ecuador es el cuarto país más pequeño de América Latina con un total de 256.327 Km², se ubica en la costa noroeste de América del Sur y limita con Colombia, Perú y el Océano Pacífico. Tiene una superficie de 256 370 km² y se divide en cuatro regiones: Costa, Sierra, Amazonía e Insular. Políticamente lo componen 24 provincias y 269 cantones, con sus respectivas parroquias.

A la vez, es el más densamente poblado de América del Sur, en octubre del 2020 alcanza un total de 17,585.733, esta se caracteriza por ser multiétnica y pluricultural y compuesta por población mestiza 71,9%, montubia 7,4% afroecuatoriana 7,2%, indígena 7,0%, blanca 6,1% y otra 0,4%. Su estructura mantiene una tendencia expansiva, pero se ha conformado más intermedia (entre expansiva y estacionaria), en especial en el grupo de los menores de 25 años. (OPS. Salud en las Américas, s/p).

Por otro lado, el total de personas con discapacidad en el Ecuador, según el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, (CONADIS). (2020), registradas en el Registro Nacional de Discapacidad en el 2020, es de 481.392, mientras que la desagregación acorde a su tipo se representa en la Imagen 1.

Imagen 1.

Población por tipo de discapacidad



Fuente: CONADIS, 2020.

Se aprecia que los mayores porcentajes se acentúan en la discapacidad física, intelectual y auditiva, siendo menores en el resto, sin embargo, los grupos etarios más vulnerables se encuentran entre 36 y 65 años en adelante, es decir, en la población adulta Imagen 2. lo cual dota de pertinencia la presente indagación ya que a veces los sistemas de atención con sus falencias, y más en

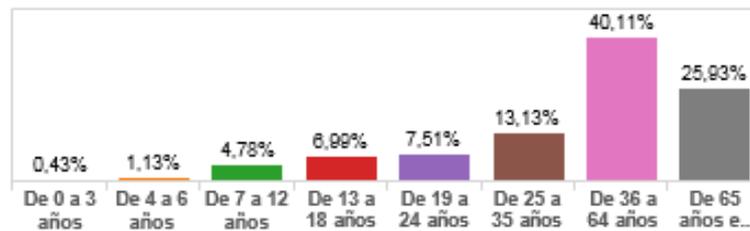
comunidades rurales, suelen privar a las personas de estas edades del disfrute de estilos de vida saludables, de socialización e inclusión social, produciendo efectos motivacionales, cognitivos y emocionales negativos. (Badia, M. y Longo, E. 2009).

Por su parte, en la Constitución de la República del Ecuador, se plantea que: “El sistema nacional de educación integrará una visión intercultural acorde con la diversidad geográfica, cultural y lingüística del país y el respeto a los derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades”. (Art, 343).

Es en este ámbito legal en el que se apega la educación especial, como un derecho de cada ciudadano, además de plasmarse en la Ley Orgánica de Educación Superior (LOES) (2018); Ley Orgánica de Educación Intercultural. (LOEI). (2011). Ley de Discapacidades. (LD). (2012). Como se aprecia el desarrollo hacia una mayor inclusión social se sostiene en diversos asientos.

Imagen 2.

Población por grupos etarios



Fuente: CONADIS, 2020.

En tal orden de cosas, la educación inclusiva no se refiere, sólo a la posibilidad de acceso de un grupo de personas a los centros de educación, sino a la comprensión de la diversidad e igualdad de oportunidades en el aprendizaje, su educación plena y la real participación e inserción a la sociedad y la comunidad (Arnaiz, 2003).

En base a lo anterior, la educación inclusiva es algo más profundo y complejo, que se encamina a transformar los procedimientos educativos, para de esta manera atender con calidad y pertinencia las necesidades de la multiplicidad de sujetos en la familia, la comunidad y la sociedad en su conjunto (Pinargote et al, 2016).

Si bien desde hace varios años el Gobierno de Ecuador impulsa políticas sociales y educativas con un marcado carácter inclusivo, para mejorar la calidad de vida de toda la ciudadanía, incluidas las personas vulnerables, no se puede dejar de reconocer que esta debe ser entendida independientemente de la presencia de algún tipo de discapacidad (Mirón, Alonso, Serrano y Sáenz (2008).

En cambio, en el macro de las parroquias y en especial los adultos con discapacidad, que no presentan la posibilidad de ser atendidos en centros educativos o especializados, dada su inexistencia, la edad, las restricciones económicas, entre otros, subsisten una serie de limitaciones estructurales de tipo docente, educativo y asistencial, que restringen el logro de habilidades de aprendizaje y estimulación, limitando el proceso real de inclusión.

El presente trabajo de investigación tiene la particularidad de realizarse con adultos de la parroquia Juan Gómez Rendón conocida como el Progreso; esta limita al norte con la provincia

Santa Elena, al sur con el cantón General Villamil "Playas", la parroquia el Morro y la cabecera cantonal Guayaquil, al este y al oeste con la provincia de Santa Elena; es de tipo rural, posee una extensión de 326, 45 Km cuadrados, con un total de 11 897 habitantes y una densidad por kilómetros cuadrados de 36, 44. (INEC).

Su entorno natural posee componentes bióticos y abióticos que permiten el desarrollo de actividades de interés de los seres humanos, ha sido un territorio intervenido a través de varios siglos, lo que ha generado cambios en el medio natural.

Los datos presentados por el Ministerio de Educación cuya información fue tomada de las fuentes del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), determina que, como cifra más cercana disponible al diagnóstico realizado, el 12.9 % de la población con analfabetismo.

Existe un porcentaje de pobladores que requieren atención prioritaria, como es el caso de las personas con discapacidades; de forma específica en la presente investigación se constatan un total de 30 adultos, los que son atendidos por un acompañante.

Al respecto, la situación problematizante que se presenta es la siguiente: para este grupo etario y la parroquia en general, no se contempla un acompañamiento terapéutico (AT) y por consiguiente una atención integral (AI) apropiada, al no disponer de centros de asistencia especializados o de AI en su enclave, por lo que se recurre a la atención personalizada a domicilios y familias, lo cual dificulta mucho más la labor de acompañamiento, como tampoco se cuenta con todo el personal necesario y capacitado para ejercer estas funciones, las que además son asistémicas.

En correspondencia con lo anterior el objetivo de la investigación consiste en: valorar el impacto de la atención integral en adultos con discapacidad en la Parroquia Rural Juan Gómez Rendón.

El estudio bibliográfico ha constatado que inicialmente el uso más común en la literatura se refiere al término AT, el que ha sido extraído de la medicina, y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) es un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación.

Sin embargo, con el decursar de los años se fue transitando hacia una comprensión más profunda e integradora por encima del AT, para desembocar en la AI, la cual aparece con más frecuencia en: programas de atención, normas y protocolos, lineamientos operativos, objetivos institucionales, entre otros, con el lastre preponderante de la salud y en menor medida lo sociocultural, lo recreativo y participativo.

Lo anterior evidencia lo difícil que ha sido encontrar en la literatura un antecedente epistemológico sobre el término AI apareciendo de forma fragmentada, por lo que ha sido arduo el hallazgo de autores en este sentido.

1.1. Del acompañamiento terapéutico a la atención integral

La epistemología del AT ha sido estructurada sobre una perspectiva psicoanalítica, algunos autores convergen en que data de los años 60 del siglo XX en respuesta a cambios objetivos que sucedieron a nivel internacional en esa época relacionados con el cuestionado tratamiento confinado, y el consiguiente distanciamiento de la familia, la comunidad y la

sociedad (Rossi, 2007).

Por su parte, García y Ramírez (1995) aseguran que en el ámbito social comunitario van a existir tres sistemas de apoyo para el AT y sobre todo en las personas adultas, estos son: el matrimonio y la familia, los amigos y las relaciones laborales.

Enfocada la situación de esta manera, el apoyo socioemocional de la familia es indefectible para la salud física y mental, contribuyendo a un elevado nivel de bienestar, substancialmente útil en circunstancias de dificultades de salud. Por otro lado, otra razón que se puede agregar es que, los amigos en comparación con la familia pueden poseer menor preeminencia, pero de igual modo son significativos y facilitan un elevado grado de integración social de las personas con discapacidad.

No se puede dejar de mencionar que, las relaciones sociales que se establecen en el trabajo sirven de beneficio para el AT e integral y determinar objetivos según la necesidad del caso.

Es menester remitirse a los trabajos de investigación sobre las problemáticas de lo grupal y las teorías de los vínculos, cuyo conexo primordial son los escritos de Pichon-Riviére y Pampliega (2002), así como los aspectos con los que ha cooperado la analítica existencial sobre la cuestión del ser.

Más adelante, aparecen los trabajos de Mauer y Resnizky (2004), en la visión de estos autores, la persona con discapacidad no es un ente pasivo que sufre de su situación, sino que debe ser tratado como esencia activa necesitada del entorno que direcciona sus intereses.

En correspondencia con estos autores, se comparten las siguientes funciones, que si bien son las del AT sirven de bases para la AI y son las consiguientes:

- Aproximar al paciente a su cotidianeidad.
- Contribuir de forma temporal a la realización de funciones que el sujeto no puede desarrollar por sí mismo dada su discapacidad.
- Fomentar la capacidad creativa del sujeto.
- Contribuir al desarrollo de las habilidades comunicativas del dependiente.
- Orientar el sujeto en el espacio social-comunitario que le rodea.
- Involucrarse en la componenda familiar y mitigar ciertos obstáculos en las relaciones sujeto-familia.

Rossi (2007) asegura que, introducir el AT asociado al contexto social comunitario, es extender lo terapéutico “más allá” de los marcos de las instituciones de salud.

En este ámbito social comunitario el objetivo del AT se centra en la reinserción social una vez que se reformula en un espacio contextualizado concreto y capaz de garantizar el nexo social que permite que el sujeto continúe en su medio natural y no pierda sus dinamismos y vínculos. De esta forma se evita el retraimiento y la discriminación.

En lo que al AT se refiere, se han encontrado referentes, dentro de los que cabe mencionar los siguientes:

Se define el acompañamiento terapéutico como un: dispositivo de baja exigencia, no directivo, que desde una perspectiva clínica y socio-comunitaria brinda atención y

apoyo a familiares y usuarios ambulatorios, en espacios públicos o privados, individual o grupal, promoviendo la participación y la autonomía del usuario en la toma de decisiones acerca de su tratamiento, sea éste en el ámbito de la prevención, la asistencia o la inserción social. (Galdós y Mandelstein, 2009, p. 81).

Como se observa ya en esta definición se pueden encontrar elementos valiosos que apuntan hacia un tratamiento ambulatorio en espacios parroquiales y comunitarios, que es la razón de ser de la presente investigación.

Dozza de Mendonça, L. (2013) trata de conceptualizar la intervención comunitaria con pacientes psicóticos, tomando como punto de referencia la teoría psicoanalítica y más específicamente los textos de Winnicott acerca del desarrollo emocional primitivo y la clínica con pacientes con patologías graves.

Por su parte Moreno, et al (2018) expone un estudio sobre el papel del terapeuta ocupacional en los centros de rehabilitación laboral, en la red de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid. El motivo del presente estudio es informar de las funciones que hoy día se realizan en los distintos centros y cuantificar el grado de participación del terapeuta ocupacional.

Lozano, G. (2018) se ha pronunciado en base a que los trastornos mentales graves no constituyen sólo un problema de salud, sino que afectan muy profundamente a todas las esferas de la vida de los individuos, como son su funcionamiento psicosocial y su participación en la comunidad.

El paradigma social de la cultura y diversidad ha comenzado a sumergirse en la sociedad y las personas que las componen, con la sagacidad respecto a las capacidades y la funcionalidad, pero con el derecho como ciudadanos a la diferencia, la autodeterminación, la accesibilidad, la calidad de vida y la igualdad de oportunidades.

Los trabajos de Fernández, S (s/f), en Argentina sostienen que: "El AT supone la facilitación de la inclusión social de las personas que padecen un malestar psíquico, físico o relacional. Se transforma entonces, en un servicio de apoyo sanitario y social". (párr. 1).

Más adelante continúa expresando:

Los nuevos escenarios socioeconómicos y políticos (...), sumados a los cambios epidemiológicos de las últimas décadas, provocaron transformaciones en las condiciones de vida y en la cotidianeidad de la comunidad y uno de esos cambios en particular son los modos de enfermar de las personas, sin que todavía se hayan revertido adecuadamente las estrategias de respuestas. (...), la actual prevalencia de padecimientos que están más vinculados con el comportamiento, tanto individual como social, nos plantea una urgente revisión de conceptos y operatorias que rigen las prácticas. (Fernández, S. s/f, párr. 2, 3).

Hasta aquí se han examinado algunas de las conceptualizaciones sobre el AT de mano de sus autores, sin embargo, tales pronunciamientos incitan a reflexionar sobre otro aspecto que exige un entendimiento cabal, por tal razón se procede al abordaje de la AI.

1.2. La atención integral

Se define entonces como atención integral, al conjunto de acciones, que no solo incluye el acompañamiento terapéutico, esta es condición necesaria pero no suficiente, sino además, a otras acciones de tipo emocional psicológicas que están relacionadas con los aprendizajes como: lo físico-recreativo, psicoeducativo, sociocultural que brinda a los sujetos, la familia y la comunidad acciones de promoción, prevención y rehabilitación de salud en las comunidades.

Este término, se opone a la intervención integral ya que en su definición semántica expresa, imposición, injerencia, suplantación, lo cual podría dar la idea de no tener en cuenta el rol del sujeto y su participación en la autodeterminación y calidad de vida, entendida esta como las características disposicionales de la persona, que otorga a la misma la oportunidad de desempeñar un rol activo en la toma de decisiones relativas a su propia calidad de vida, libre de influencias externas que pudieran intervenir en su propósito. (Wehmeyer, 1996); (Pascual, Garrido, Antequera. 2014).

Planteado de esta forma, se produciría un acercamiento entre el acompañante y la persona con discapacidad, la cual no sería un ente pacífico, estático sino otro actor más que se involucra en este proceso, y que de alguna forma hace uso de la comunicación.

“El principal objetivo es facultarles para que puedan participar, tomar decisiones y desarrollar un mayor control sobre sus vidas y su aprendizaje con objeto de conseguir su integración social y una mayor calidad de vida”. (Pascual, Garrido, Antequera. 2014, p. 33).

En lo referido al caso ecuatoriano, la bibliografía consultada remite a la Ley Orgánica de Discapacidades (LOD), que contempla en el Artículo 36 que se debe prestar atención a las personas con discapacidad en las comunidades.

Artículo 36.- Inclusión étnica y cultural. La autoridad educativa nacional velará que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de desarrollar los procesos educativos y formativos dentro de sus comunidades de origen, fomentando su inclusión étnico-cultural y comunitaria de forma integral.

Sin embargo, no basta con la voluntad explícita de la ley, lo que se necesita es que se cumpla en la práctica, y se garanticen todas las condiciones necesarias para ello.

En consecuencia, la AI para los adultos con discapacidad requiere ante todo de un espacio físico que contribuya al mejoramiento de las capacidades de los sujetos a través de programas, estrategias, la integración familiar, la comunicación, el desarrollo de actividades socioculturales, recreativas, incluso de cocina tradicional, artísticas, productivas, y todas otras que se puedan realizar, tomando en consideración el tipo de discapacidad de cada sujeto.

Pese a todo, no se puede olvidar el mantenimiento de un entorno saludable, provisto de una cultura nutricional y de seguridad alimentaria en función de mejorar la salud de los adultos con discapacidad, y todo ello en el marco de la comunidad como lugar idóneo para ello, con protagonismo de los sujetos, participando, involucrándose, tomando parte activa y reforzando valores como la empatía, la solidaridad, dignidad, confianza.

El protagonismo en torno a las ideas de Domenech, D. (2002). Es considerado como un proceso que se manifiesta en los sujetos, en la participación dialogada y consecuente, ya que estos no son solo receptores pasivos de la información proveniente de un emisor, si no entes activos que

también en un momento determinado son emisores, y que por lo tanto debe fluir a manera de diálogo con un cambio constante de roles con el propósito de lograr enriquecer la expresión de los sujetos involucrados.

Es menester recabar la atención a los adultos con discapacidad de forma general, pero de forma específica en las parroquias rurales que históricamente son las más proclives a ser marginadas, olvidadas, de menos desarrollo en todos los sentidos sobre todo porque de ello depende la garantía de vida de las personas con discapacidad, ya que el mismo proceso de envejecimiento por si solo implica una depreciación física y cambios en el organismo que es más sensible a las enfermedades, las que se pueden prevenir o atenuar.

El envejecimiento según Baltes (1999) y Lehr (2000), se refiere a los cambios regulares que se manifiestan en los organismos maduros geriátricamente típicos, y viven bajo condiciones ambientales representativas a medida que avanzan en edad cronológica.

En la actualidad se analiza el envejecimiento a partir de la interconexión de diversos factores como: el comportamiento, el componente biológico, la socialización, las influencias culturales, la personalidad, las condiciones ecológicas y los estilos de vida, que en su interacción, influyen en el modo de envejecer y en el aumento de la expectativa de vida y el bienestar. (Baltes, M. 1999). y (Lehr, U. 2000).

1.3. Adulto con discapacidad

Buscando una definición adecuada se puede considerar que, el adulto con discapacidad no es más que un conjunto de personas que independientemente del espacio geográfico al que se acojan, arriban a una fase que comienza alrededor de los 20 años. Si bien esto puede variar de acuerdo con cada país, existe el criterio de que se puede enmarcar entre: pasados los 20 y más de 60 años, a la que se llega en una cuantía elevada de perfectas condiciones para un buen desempeño laboral, político y social. En esta etapa es común la manifestación de diferentes cambios asociados a la estructura corpórea, los sentidos, y los cambios cognitivos, entre otros. (Rocabruno y Prieto, 2006).

Por otro lado, "las personas con discapacidad incluyen aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás". (CISDPD, 2007, Artículo 1. p. 4).

De modo que si se integran las definiciones anteriores, se puede decir que: el adulto con discapacidad es una denominación para un conjunto de personas que además de las limitaciones que impone el proceso de envejecimiento natural, padecen de insuficiencias físicas, intelectuales, auditivas, visuales y psicosociales, que se agravan con los obstáculos del entorno y el rechazo social, impidiendo su participación y toma de decisiones en cuanto al control sobre sus modos de vidas, el aprendizaje y la forma de concebir una mayor calidad de esta.

Pese al conocimiento tácito de las barreras sociales, las indagaciones realizadas por Castellanos (2008) revelan que en esta etapa de vida son propensos a cambios diversos que se pueden resumir en:

Cambios en el cuerpo: hay un cambio de aspecto en la piel, afloran las canas, arrugas, piel ajada, seca y delgada, entre otros.

Los sentidos: ocurre una degeneración de audición, la visión, el gusto y el olfato se vuelven menos eficientes.

Los músculos, huesos y movilidad: se manifiesta una pérdida de la masa y tejido muscular, la fuerza, el peso corporal tiende a disminuir o en algunos casos a aumentar de forma descontrolada y la motricidad se lentifica.

Cambios en el sistema endocrino: disminución en las tasas de secreción hormonal, disminuyendo el peso de la hipófisis.

Envejece el sistema inmunológico: por lo que se hacen vulnerables y proclives a enfermedades virales, con frecuencia.

El cerebro pierde peso y volumen: hay pérdidas de neuronas y reducción de su tamaño.

Cambios cognitivos: se refiere a cambios no relacionados con la edad propiamente sino con habilidades e intereses personales.

La memoria: conserva mejor la información más vieja, disminuye la memoria inmediata y la reciente, presenta mayor dificultad en la fijación de nuevos conceptos y por consiguiente el interés hacia determinados conocimientos.

La creatividad: el ritmo de deterioro de las facultades creativas está relacionado con las diferencias individuales, el nivel cultural del sujeto, la ejercitación y el adiestramiento de dichas facultades.

La comunicación: se hace más circunspecta y dependientes del espacio que tengan para ello.

La sabiduría: es un conocimiento experto que se ha ido sedimentando de forma empírica, y en otros casos a otros tipos de conocimientos.

La causa de fuerza mayor por la que se han reseñado los diversos cambios que experimenta el adulto mayor con discapacidad, es para que se tenga en consideración que, este acarrea con las falencias de la discapacidad y las biológicas propias de su avance en edad, además para la AI o cualquiera de las acciones que se puedan realizar a su favor, ya sea programas, planes, estrategias, en función de su inserción el desarrollo social comunitario.

1.4. Referentes sobre los tipos de parroquias

El concepto de parroquia ha transitado en el tiempo, pasando a ser de una división territorial eclesiástica en la antigüedad, hasta la división político-territorial de menor rango o tercer nivel en la actualidad, que goza de personalidad jurídica propia, no solo en Ecuador, sino también en muchos otros países. El gobierno de la parroquia está representado por el Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial, constituido por una Junta compuesta por cinco miembros elegidos por votación popular y por un período de cuatro años.

En cuanto al término parroquia, bien pudieran emplearse las definiciones de diversos autores con ciertas adecuaciones para delimitarla como: Círculo de gente que vive junta, que se relaciona entre sí en toda una serie de intereses suficientemente amplios. (Maclever, R. 1993). Lo más relevante de esta posición es que se toma como base un conjunto de interacciones sociales entre grupo de personas de acuerdo con intereses mutuos.

Por su parte Giner, S. (1994), reconoce el papel y el carácter social de estas formaciones sociales, basadas en determinado tipo de relaciones en las que cada individuo considera al otro como un fin en sí mismo.

En consecuencia Arranz, H. (1996) la percibe como una agrupación de personas cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, objetivo o función común en una determinada área geográfica en la cual las personas interaccionan más intensamente entre sí que en otro contexto.

Estos autores precedentes han trabajado en función de establecer una relación mediada por intereses comunes, sin embargo, se vislumbra una percepción que parece ser más abarcadora al plantear que se trata de: grupos de personas que habitan en un mismo territorio, que les posibilita tener vida en común, costumbres, creencias, tradiciones, necesidades, entrando todas ellas en distintas relaciones.

Estas generan un sentido de pertenencia y dinámica interna y externa según los diferentes problemas que deben enfrentar y de acuerdo con los recursos que requieren para darles solución. En ella se tienen en cuenta todos los aspectos del crecimiento, desde el punto de vista organizativo se basa en un proceso de animación para que la ciudadanía local participe en su propio desarrollo. (Conde, E. 2000).

Pretendiendo encontrar una regularidad en la visión de los autores anteriores se acude a los elementos comunes que parecen definir la parroquia:

- Se constituye por grupos humanos.
- Tiene lugar en un espacio físico-ambiental o territorio en específico.
- Tienen una trascendencia histórica, económica, política y social que se renueva constantemente.
- Desarrolla un amplio conjunto de relaciones interpersonales de producción, distribución, cambio y consumo.
- Están ligadas a la identidad, sentido de pertenencia, tradiciones culturales y memoria histórica.
- Es parte de sistemas sociales mayores, por lo que interviene como un subsistema social, político y administrativo.

Estas características poseen una dualidad, a la vez las diferencian y en compensación las identifican, por lo tanto, se puede hablar de dos tipos de parroquias:

Las parroquias urbanas: se encuentran comprendidas dentro de la metrópoli o ciudad, se eclipsa la relación hombre tierra y surgen relaciones de producción y reproducción distintas, en esta tiene lugar la industria transformativa, la manufactura, la prestación de servicios y el comercio. Se manifiestan los más modernos y avanzados medios de comunicación, transporte, salud, educación, recreación y crece constantemente el número de habitantes y por consiguiente los servicios que estos demandan.

Las parroquias rurales: son aquellas que están distantes de las ciudades o metrópolis, más bien suelen ser comarcas o conjunto de recintos cuyos pobladores en la mayoría de los casos poseen una vinculación estrecha con la tierra, es decir, que en ellas se desarrolla el sector primario; estas relaciones determinan los comportamientos, el sentido de pertenencia y el arraigo a una fuerte tradición familiar y cultural. Por lo general las parroquias rurales suelen ser más pequeñas, mientras que las relaciones son más personales e intensas, así la mediación social entre los miembros es más

fuerte que la que se puede dar en las parroquias urbanas donde las relaciones personales son más distantes.

Se ha confirmado que existen en Ecuador 1.499 parroquias, de ellas el 76 %, 1140 rurales y el 24 %, 359 urbanas. (CENSO, 2016). Sin embargo, los niveles de desarrollo son desiguales, las parroquias rurales de forma histórica conforman una periferia subdesarrollada, marginada y olvidada, carente de los más modernos y avanzados medios de comunicación, transporte, salud, educación, recreación, así como de centros de atención integral para el tratamiento de las personas con discapacidad provistos de las tecnologías necesarias para ello.

Poseen un menor peso en el comercio interior y exterior a pesar de que se especializan en el sector primario uno de los más importante de todos, en el sentido de que de este emerge toda la materia prima para las industrias. Una vez examinadas las cuestiones teóricas resulta imprescindible continuar con los métodos e instrumentos de la investigación.

2. MÉTODOS

La investigación estuvo alineada al paradigma interpretativo fenomenológico, ya que los métodos y técnicas empleadas se relacionaron con este; por su parte, el enfoque de la investigación se consideró mixto, dado que se abordaron aspectos cuantitativos y cualitativos que lo sustentaron de esta forma, la investigación se estimó como descriptiva en la fase de trabajo con los indicadores de proceso asociados a éxito, mientras que en la fase de valoración del impacto que ejerce la atención integral en el adulto con discapacidad, se apreció como explicativa, el diseño de la investigación fue no experimental, de corte longitudinal ya que se interactuó de forma directa con las persona adultas que presentaron discapacidad en su medio natural, obteniendo una serie de estadísticas a partir de indicadores de procesos asociados a éxitos en años diferentes.

La selección del universo y la muestra para el desarrollo de la pesquisa tuvo la particularidad de ser coincidentes, es decir, los 30 sujetos de la parroquia que presentaron discapacidad, elegidos de forma intencional. En algunos momentos específicos para el abordaje de los indicadores de procesos asociados a éxitos se extrajo una submuestra por cada tipo de discapacidad para evitar extensiones en el texto. Los criterios de inclusión que se cumplieron fueron los siguientes: Ser una persona adulta y presentar discapacidad clasificada según su tipo.

2.1. Los métodos teóricos empleados

Dentro de estos figuraron el histórico y lógico, que permitió, basado en los antecedentes históricos un recorrido en cuanto a la evolución del AT, hasta la AI en parroquias rurales. El procedimiento del análisis y la síntesis que estuvo presente durante toda la indagación; a través del primero, se consiguió fragmentar el objeto de estudio por cada tipo de discapacidad y prestar una atención personalizada a cada uno. Posteriormente se arribó a una síntesis, mediante la integración, sobre el impacto que ha manifestado a lo largo del tiempo la AI.

2.2. Las técnicas, instrumentos y procedimiento

El procedimiento estuvo compuesto por cuatro fases esenciales

a). Acercamiento:

Es la fase con la cual se inicia el proceso de trabajo en las [parroquias], esta se puede ver de forma explícita o subyacente bajo otras denominaciones según la amplia diversidad de autores, pero en fin de cuentas es un proceso lógico que no se puede negar. La misma tiene como objetivos fundamentales lograr un clima de confianza, afecto y respeto entre las personas que participarán en el proceso, establecer una comunicación dialogada que fortalezca sus relaciones interpersonales, organizar grupos de trabajo, y promover la comunicación con organizaciones e instituciones locales, etc. (Conde, E. 2009, p. 54).

Esta fase tuvo como eje transversal la comunicación dialogada, que incitó la reflexión y otorgó un clima de satisfacción y apoyo para el éxito durante todo el proceso educativo y de participación de los sujetos implicados en la AI.

En esta se aplicó el método etnográfico (ME) para acceder a la parroquia, compartir las vivencias con los representantes de la Junta Parroquial, los adultos con discapacidades y sus familias, en su propio espacio y ambiente natural, tal como se presentan acorde a su realidad, lo cual fue determinante para lograr la pertinente inclusión de estos. Por su propia naturaleza el (ME), a pesar de su énfasis en esta fase, no solo estuvo presente en la misma, sino en toda la investigación.

b). Diagnóstico:

El diagnóstico no se produce de forma espontánea, pues el conocimiento de la realidad no llega por sí solo. El conocimiento es producto de la relación que se establece con el mundo material, a partir de las condiciones de vida, y es una relación que se establece también con el resto de las personas. Diagnosticar la realidad supone hacer un esfuerzo de búsqueda de información, de ordenamiento y de análisis". (Díaz, C. 1995, p. 6).

Como técnica se aplicó el recorrido de campo por cada casa o familia donde existían adultos con discapacidad, dentro de esta se apeló a los instrumentos para la recopilación de la información como: la observación científica para constatar las condiciones de vida de los adultos con discapacidad, el análisis documental, la elaboración del registro consolidado de la información socioeconómica y demográfica de los adultos con discapacidad durante cuatro años consecutivos 2016-2019.

c). Ejecución:

Es la fase donde se ejecutan los instrumentos diseñados, persiguiendo como fin la transformación del estado actual de los sujetos; se ponen en práctica todas las acciones para un mejor estado de las personas. Como es lógico en este empeño debe transcurrir un espacio de tiempo determinado entre el diagnóstico que se realiza a principio del período y el balance que debe de realizarse al final de este. (Conde, E. 2009, p. 71).

El instrumento que se implementó fue la ficha de valoración del desarrollo de habilidades personalizadas de cada sujeto objeto de estudio, establecida por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIE) acorde a cada tipo de discapacidad, con un total de once habilidades y 160 ítems para su respectiva evaluación de forma longitudinal. Durante todo el procedimiento se garantizó la absoluta reserva y confidencialidad de los involucrados y sus familias.

d). Obtención de los resultados, evaluación y sistematización:

En esta fase el objetivo fundamental es comprobar cuáles han sido los resultados de las acciones llevadas a cabo por [el/los acompañantes] y el resto de los actores sociales, qué resultados cualitativos y cuantitativos se obtuvieron en comparación con lo planeado. (Ídem).

La evaluación por su parte tiene como finalidad comprobar con qué calidad, eficiencia y eficacia se han logrado los objetivos, tomar determinadas decisiones, rectificar y ajustar los procedimientos en función de los resultados y estimular a los participantes, de aquí surgen evaluaciones de lo realizado, para solucionar lo que no fue satisfecho. La sistematización de las experiencias permitirá producir nuevos conocimientos para perfeccionar la práctica, intercambiar vivencias, así como construir nuevos conocimientos. (Conde, E. 2009).

Esta fase está directamente relacionada con los resultados que se presentan a posteriori.

3. RESULTADOS

3.1. Método etnográfico y recorridos de campo

La aplicación del método etnográfico así como los recorridos de campo, comprendidos en la fase 1 y 2 revelaron que, en la parroquia el Progreso durante años las personas adultas con discapacidad han sido marginadas, olvidadas y poco valoradas dado su estado de salud, de igual modo, los más jóvenes tenían una percepción limitada al ver a estas personas como un estorbo en la sociedad.

A lo anterior se sumó la presencia de una población adulta en condiciones de dependencia y discapacidad que sufría de una baja calidad de vida, condicionado por los niveles de necesidad en que se encontraban.

De igual modo, las condiciones de vida de estas personas se agravan en un ambiente rural con menos capacidad de desarrollo, reflejadas en las viviendas en que habitaban y en los escasos servicios con los que en estas contaban, lo que a su vez actuó de forma negativa en su estado de salud, nivel de vida, de sí mismos y sus familias.

Por otro lado, se confirmó que no existía un centro de atención integral para la articulación de servicios interinstitucionales en función de este grupo prioritario, donde puedan desarrollar actividades de formación, terapias físicas y ocupacionales, entre otras y al mismo tiempo recibir atención básica de salud apoyo psicológico y nutricional.

Tampoco se puede dejar de mencionar que, no se contó con los espacios físicos que permitan al adulto con discapacidad integrarse al resto de los sujetos de la comunidad, para compartir sus necesidades sentidas, expectativas, ideas, gustos, tradiciones y actividades, acompañados además en su grupo familiar.

Es por lo anterior que, se emprendió un conjunto de acciones que partieron de la comunicación de todos estos problemas a los miembros de la Junta Parroquial, con vistas a concebir un espacio físico que ofreciera a estas personas, actividades recreativas y culturales, consultas médicas, apoyo psicológico, entrega de suplementos alimentarios, acompañamientos terapéuticos físicos, de lenguaje, dotación de medicamentos, todo con el propósito de contribuir a una vida más digna y una vejez más placentera.

3.2. El registro consolidado de información socioeconómica y demográfica

El trabajo de AT inicial y el AI que devino posteriormente se realizó tomando en consideración los 30 sujetos con discapacidad diagnosticados desde el 2016-2019, esto permitió los siguientes resultados: el 70 % de los adultos con discapacidad pertenecieron a hombres, mientras que el 30 % fueron mujeres, con una tendencia a que los hombre padezcan más de discapacidad que las mujeres.

Tabla 1.

Adultos según tipos de discapacidad

Tipo de discapacidad	Número de adultos	%
Física	10	33.33
Intelectual	10	33.33
Auditiva	7	23.30
Visual	3	10
Total	30	100

Fuente: Autores, 2020.

Si se compara los resultados de la Tabla 1, con los de la Imagen 1, se deduce que se mantiene a escala parroquial, la misma tendencia en cuanto a los tipos de discapacidades y sus niveles porcentuales que a nivel nacional.

En otro orden de cosas, se confirmó que el límite inferior del grado de discapacidad fue del 40 %, mientras que superior estuvo en un 80 %; los tipos de discapacidad predominantes en la parroquia fueron la física y la intelectual, por su parte, el límite inferior de edad dentro de las personas con discapacidad en la parroquia fue de 20 años, mientras que el límite superior fue de 64 años. La edad promedio de personas adultas con discapacidad se encontró en 42 años. El promedio de frecuencias dentro del conjunto de edades fue de 42 años, en el intervalo (de 32-43 años) Tabla 2.

En la Tabla 2. se aprecia que el 43 % de los adultos con discapacidad se halló entre 32 y 43 años, así como el 30 % entre 56 y 67, aspecto que se tomó en consideración a la hora del acompañamiento integral.

Tabla 2.

Adultos por intervalos de edades

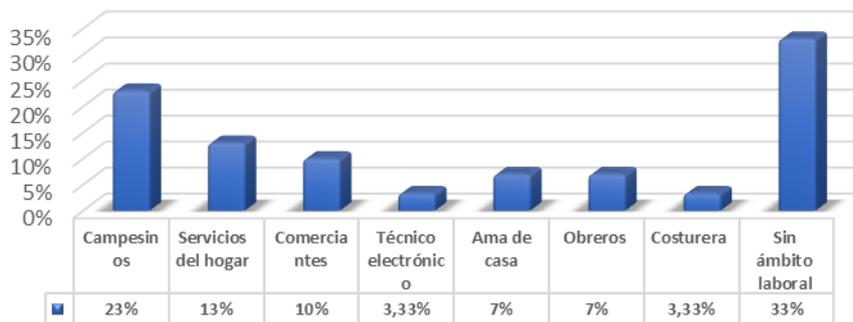
Intervalos	Frecuencias por intervalos	%
20 - 31	8	27
32 - 43	10	43
44 - 55	3	10
56 - 67	9	30
Total	30	100%

Fuente: Autores, 2020

La clasificación por ámbito laboral se muestra en el Gráfico 1. Se observa que, sin ámbitos laborales se ubicó el 35 % de los adultos con discapacidad de la parroquia, es decir, 10 personas no poseen trabajos, por otro lado, el 23 %, siete personas fueron campesinos, el 13 % prestaban servicios múltiples del hogar dentro de la misma parroquia, el resto se distribuyó en comerciantes 10 %, obreros y amas de casa 7 % y una ínfima parte 3,33 % oficio de costurera. Con estas cifras se tuvo la percepción de que los ingresos de estas personas con discapacidad fueron bajos y ello repercutió directamente en sus niveles de vida.

Gráfico 1.

Clasificación por ámbito laboral



Fuente: Autores, 2020.

Respecto a las viviendas dónde convivían; en casas propias el 23 %, casa del padre el 33 %, de la madre el 20 %, prestadas el 7 % de las personas, y el 15 % restante habitó en casas del esposo, de la pareja en conjunto, de la esposa, de la suegra y casas de acogida. Si se suman los porcentajes excluyendo las casa propias y de la pareja el 74 % habitaban en hogares que no son de su propiedad, lo cual corrobora lo observado en el recorrido de campo y las condiciones precarias en que viven los adultos con discapacidad en la parroquia.

Por su parte relacionado con los niveles de educación y/o capacitación las cifras fueron nada alentadoras el 17 % alcanzó solo nivel primario, mientras tanto, solo un 6 % llegó al bachillerato, estos de conjunto suman el 23 %, mientras que el restante 77 % no contaban con nivel educacional, esto evidenció la marginalidad y exclusión que sufrieron los adultos con discapacidad de la parroquia, lo cual se acentúa cuando son rurales.

Otro aspecto sutil en lo relativo a la realización de actividades artístico-culturales, recreativas y deportivas, solo el 3.33 % es decir, una sola persona se dedicó a la confección de manualidades, el resto no participó en lo mencionado. En lo concerniente a la comunicación, el 37 % de los adultos con discapacidad se comunicaron por telefonía móvil, mientras que el restante 63 % no lo realizó.

Finalmente en lo que respecta a protección social, se constató que solo una persona, el 3.33 % recibió el bono por discapacidad intelectual o física severa que requieren de atención familiar o por especialistas acompañantes, por un valor de 240 usd, lo cual es insuficiente y más aún en las condiciones actuales de la economía ecuatoriana agravada por la pandemia del COVID-19.

Con base en todos estos precedentes se pasó a la fase c), que consistió en la implementación de la ficha de valoración del desarrollo de habilidades personalizadas de cada

persona objeto de estudio, comprendida como una de las acciones dentro del proceso de AI de los adultos con discapacidad.

3.3. El proceso de atención integral en la parroquia

Con el objetivo de restituir los derechos y las condiciones dignas que merecen los adultos con discapacidad, evitar el sedentarismo y el aislamiento de estas personas en situación de vulnerabilidad, se implementó un proceso de atención integral.

Mediante un conjunto de acciones se pretendió mejorar la calidad de vida de los adultos que habitaban en la parroquia, orientado en tres dimensiones para su cumplimiento, las que fueron:

- **Salud:** comprendió las sesiones terapéuticas, de fisioterapia, psicoeducativas de forma asistida en casa, para la prevención y control de patologías propias de la edad y la discapacidad. Visitas solidarias en coordinación con la Junta Parroquial para atender a los adultos con discapacidad en sus hogares, con el apoyo de profesionales en las ramas de psicología, fisioterapia y trabajo social.
- **Académico-Productivo:** se articuló los lazos de cooperación con entidades académicas para capacitar de forma particularizada y con base en las labores que realizaban los adultos, y su tipo de discapacidad, en función de promover actividades de pequeños emprendimientos como paliativo a la deteriorada situación económica que presentaban, la inclusión y socialización.
- **Socio cultural y recreación:** se implementaron talleres de actividad física, baile, taichí, yoga, música, manualidades, gastronomía, cosmetología, salidas turísticas, excursiones, recorridos a sitios rupestres de atractivo, entre otras.

El plan de AI tuvo los siguientes componentes:

Nombre del adulto con discapacidad:

- Edad:
- Sexo:
- Diagnóstico:
- Lugar de la AI:
- Carga horaria:
- Observaciones:

Para la evaluación longitudinal de los indicadores de procesos asociados a éxito o frustración, se utilizó la ficha de valoración del desarrollo de habilidades personalizadas de cada sujeto. Con el ánimo de no ser extensos en el proceso de análisis individualizado y sus resultados, se decidió que para el tipo de discapacidad física; de 10 sujetos, se seleccionó de forma intencional el 40 % atendiendo al juicio de criticidad porcentual de la discapacidad. A continuación los resultados obtenidos.

Usuarios con discapacidad física

Nombre del adulto con discapacidad: Sujeto 1, Gráfico 2.

Edad: 62 años

Sexo: H

Diagnóstico: Presentó un 79 % de discapacidad por pérdida de antebrazos derecho e izquierdo, por amputación debido a accidente eléctrico.

Lugar de la AI: En su casa y la parroquia.

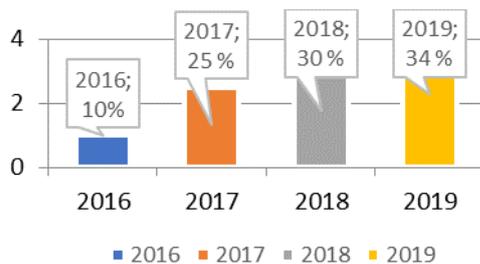
Carga horaria: 2 horas cada 8 días. (Dependiendo del mes)

Observaciones:

En el 2016 se comenzó con la AI, mediante técnicas para la adquisición de nociones de aprendizaje regulares para desplazarse, y el uso de prótesis en antebrazos. El nivel de éxitos se evaluó en un 10 %. Durante el año 2017 se incrementó el aprendizaje en técnicas de autocuidado, actividades de la vida diaria, por lo que conquistó habilidades calificadas en un 25 %.

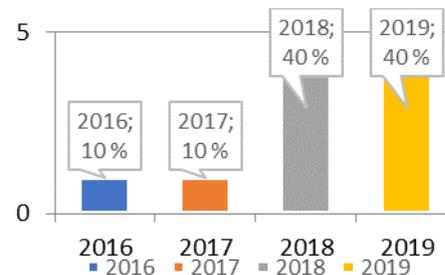
El 2018 fue relevante para el sujeto, continuó con actividades de la vida diaria, se fue insertando en actividades comunitarias, prácticas de lectura comprensiva, aprendió a realizar labores con ayuda de prótesis, llegó a plasmar una rúbrica con la boca, reconoció su nombre escrito, pudo leer párrafos cortos. El indicador de éxito se mostró en un 30 %. Finalmente en el 2019 incrementó las actividades de la vida diaria, ejecutó recorridos por la parroquia, adquirió nociones de primeros auxilios y cuidado a personas con discapacidad, por ello el éxito se evaluó en un 34 %, mostrando una evolución paulatina en el tiempo.

Gráfico 2. Sujeto 1



Fuente: Autores, 2020.

Gráfico 3. Sujeto 2



Fuente: Autores, 2020.

Nombre del adulto con discapacidad: Sujeto 2, Gráfico 3.

Edad: 40 años

Sexo: M

Diagnóstico: Presentó un 78 % de discapacidad por hipotrofia en miembro inferior derecho e izquierdo por contagio de poliomielitis sin vacunas.

Lugar de la AI: En su casa y la parroquia.

Carga horaria: 2 horas cada 8 días. (Dependiendo del mes)

Observaciones:

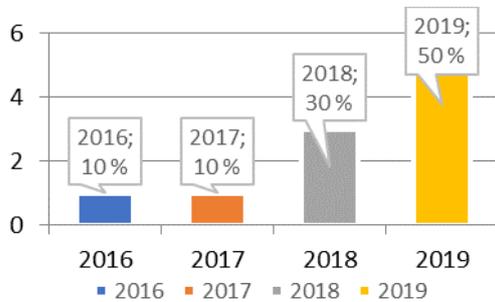
En el 2016, solo poseía escasos progresos en el aprendizaje, así como fallas en la motricidad, dependencia total para desplazarse, uso de silla de ruedas de forma permanente, no poseía habilidades para la escritura de su nombre, como tampoco lo reconoció de forma escrita. Se valoró en un 10 % su indicador asociado a éxito. En el 2017 no presentó avances significativos en la

motricidad, en cambio, sostuvo un leve aprendizaje de técnicas de autocuidado. Se constato un 10 % de éxito de progreso.

Como parte de la AI, en el año 2018, se dio continuidad al aprendizaje, en técnicas de autocuidado, así como diligencias de la vida diaria, se percibió su inserción en actividades comunitarias como recorridos en la parroquia, nociones de gastronomía, acompañado del manejo terapéutico de motricidad fina, prácticas de lectura comprensiva y escritura, aprendió a reconocer y escribir su nombre, realizó lecturas de párrafos cortos, de tal modo que se evaluó con un 40 % de éxito de progreso.

El 2019 por su parte fue exitoso, se dio continuidad al aprendizaje, al manejo terapéutico de motricidad fina, prácticas de escritura y matemáticas, lectura comprensiva y reinserción en actividades comunitarias a través de su propio emprendimiento en cocina y cuidado infantil, por lo que el indicador de éxito mostró un 40 %.

Gráfico 4. Sujeto 3



Fuente: Autores, 2020.

Nombre del adulto con discapacidad: Sujeto 3, Gráfico 4.

Edad: 29 años.

Sexo: H

Diagnóstico: Presentó un 75 % de discapacidad por neurofibromatosis ocasionada por herencia genética recesiva.

Lugar de la AI: En su casa y la parroquia.

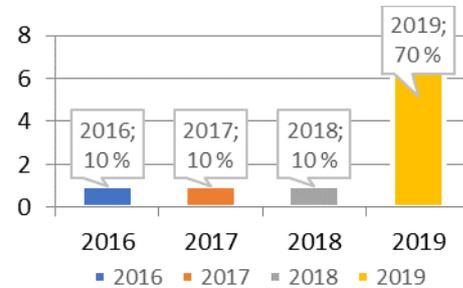
Carga horaria: 2 horas cada 8 días. (Dependiendo del mes)

Observaciones:

Durante el 2016 expuso nociones de aprendizaje escasas, así como fallas en la memoria a corto plazo, dolores en las extremidades debido a su enfermedad, pudo leer y escribir su nombre, reveló nociones básicas de suma y resta, para este año el indicador de éxito se mostró en un 10 %. En el 2017 continuó con fallas en la memoria a corto plazo, aparecieron con frecuencia desmayos por fatiga, lejos de esto acrecentó sus habilidades para leer, sumar y restar, el indicador de éxito asociado al proceso se consideró de un 10 %.

Para el 2018 añadió a las habilidades de escritura y cálculos matemáticos un aprendizaje sobre cuidado personal y actividades de la vida diaria, lo que condujo a incrementar su indicador de

Gráfico 5. Sujeto 4



Fuente: Autores, 2020.

éxito del 10 al 30 %. Para el 2019 se produjo un salto significativo, se incorporó el manejo terapéutico para estimular la memoria a corto plazo, incrementó la práctica de sumas, restas y multiplicaciones, se fue incorporando a las actividades social comunitarias, hasta el punto de recibir mediante coordinaciones con instituciones de educación superior, capacitaciones en materia de administración financiera para microemprendimientos y finalmente logro establecer un microemprendimiento de comidas rápidas del cual provienen los ingresos para su sustento.

En base al desarrollo de estas habilidades el indicador de procesos asociados al éxito se mostró en un 50 %.

Nombre del adulto con discapacidad: Sujeto 4, Gráfico 5.

Edad: 29 años.

Sexo: H

Diagnóstico: Presentó un 75 % de discapacidad producido por parálisis cerebral espástica por motivo de hipoxia neonatal.

Lugar de la AI: En su casa y la parroquia.

Carga horaria: 2 horas cada 8 días. (Dependiendo del mes)

Observaciones:

Al Inicio de la AI en el 2016, el sujeto exhibió nociones de aprendizaje nulas, manifestó percances en la motricidad gruesa, por otra parte, se constató una vocalización con bloqueos, lenguaje expresivo deficiente, así como una dependencia total para desplazarse. El indicador de éxito se valoró en solo un 10 %. En el 2017 a pesar de los esfuerzos de los implicados en la AI, se mantuvo el cuadro del paciente en cuanto a infortunios en motricidad gruesa, el lenguaje expresivo fue deficiente, bloqueos en frases y dependencia total para desplazarse el indicador de éxito fue del 10 %.

A partir del 2018, a pesar de mantenerse las limitantes en la motricidad gruesa, con la incorporación del manejo terapéutico, comenzó a apreciarse leves movimientos en los miembros superiores, por su parte el lenguaje expresivo se estimó que pasó de deficiente a moderado, prevaleció la dependencia total para desplazarse, en cambio se adicionó recorridos por la comunidad a espacios abiertos provisto de silla de ruedas. Ya para el 2019 al continuarse con el manejo terapéutico de movimiento y relajación en miembros inferiores hipertróficos, se adjudicó respuestas de movimientos leves en los miembros superiores e inferiores, pero persistió la dependencia para su desplazamiento. Otro aspecto relevante fue el desarrollo de nociones de matemáticas, y moderación del lenguaje, en base a lo anterior se evaluó el indicador de éxito en un 70 %.

Usuarios con discapacidad intelectual

Tabla 3.

Usuarios con discapacidad intelectual

Usuarios	Edad/ años	Tipo y motivos de la discapacidad	% de discapacidad
Sujeto 1	29	Déficit cognitivo medio por hipoxia perinatal por mal manejo del parto.	80
Sujeto 2	62	Déficit cognitivo medio por hipoxia perinatal por mal	75

		manejo del parto.	
Sujeto 3	39	Déficit cognitivo medio por hipoxia perinatal por mal manejo del parto.	70
Sujeto 4	40	Déficit cognitivo medio por síndrome de Down	70

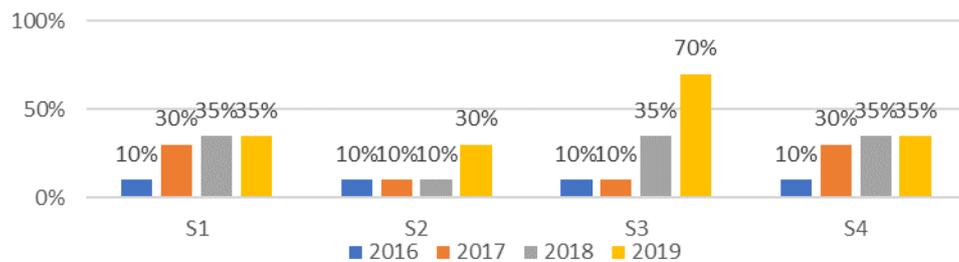
Fuente: Autores, 2020.

Con el objetivo de mostrar los avances en el tipo de discapacidad intelectual y pretendiendo sintetizar el análisis, de igual manera que en el tratamiento anterior; de 10 sujetos, se seleccionó de forma intencional el 40 % atendiendo al juicio de criticidad porcentual de la discapacidad. Los datos de los sujetos seleccionados se muestran en la Tabla 3.

El protocolo seguido para el análisis de las propensiones de este tipo de discapacidad en la parroquia fue el mismo que muestra el plan de AI tratado con anterioridad, en cuanto a sus componentes y acciones.

Gráfico 6.

Indicadores asociados a éxitos: discapacidad intelectual



Fuente: Autores, 2020.

La información que se facilita en el Gráfico 6 indica la presencia de estadísticas significativamente diferenciadas entre cada uno de los sujetos en cuanto a los indicadores de procesos asociados a éxitos de forma personalizada, en cambio cuando se analiza de forma general el impacto del AI, se observa un crecimiento ascendente y paulatino en todos ellos, lo que evidencia que esta fue adecuada y pertinente, mostrando avances en las habilidades de los sujetos. Esta tendencia se mostró también en el restante 60 % de las personas con este tipo de discapacidad en la parroquia.

Usuarios con discapacidad auditiva

Este tipo de discapacidad fue común en siete de los 30 sujetos de la parroquia, para evocar el análisis, se seleccionó el 57 % de los afectados, bajo el mismo criterio de selección que en los tratamientos anteriores. La descripción respectiva se proporciona en la Tabla 4.

Tabla 4.

Usuarios con discapacidad auditiva

Usuarios	Edad/años	Tipo y motivos de la discapacidad	% de discapacidad
Sujeto 1	20	Hipoacusia neurosensorial moderada por daño congénito.	70
Sujeto 2	34	Hipoacusia neurosensorial media por daño congénito.	68
Sujeto 3	28	Hipoacusia neurosensorial media por daño congénito.	65

Sujeto 4	64	Hipoacusia neurosensorial severa por daño congénito.	62
-----------------	----	--	----

Fuente: Autores, 2020.

En este particular es preciso realizar una acotación pertinente, se conoce que la AI y las posibles terapias dentro de esta, no va a devolver la capacidad auditiva de la persona afectada, sin embargo, sí contribuyó al desarrollo de otras habilidades que hicieron más práctica y placentera su vida y su bienestar emocional, de tal manera debe ser entendido este incremento porcentual que se muestra en el Gráfico 7.

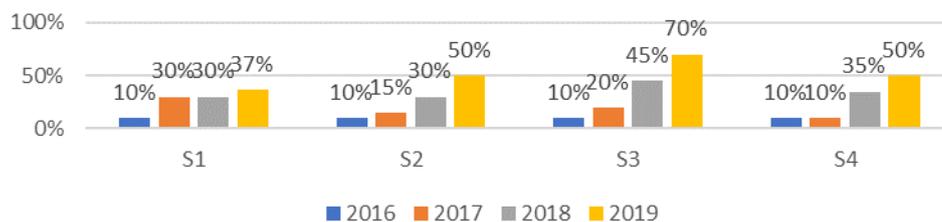
El primer sujeto, de sexo hombre resultó el más joven de las personas afectadas con esta discapacidad, en cambio, fue el de mayor porcentaje. En el 2016 expuso un escaso aprendizaje, tuvo independencia para desplazarse fuera de su recinto, desde entonces hasta la actualidad ejecuta labores como campesino en una hacienda cercana a su casa, opuesto a lo anterior mostró escasas habilidades de escritura y reconocimiento de su nombre, pudo leer un párrafo pequeño, a pesar de esto presentó problemas para entender órdenes verbales, en este período el indicador de éxito se mostró en un 10 %.

A partir del 2017 con el apoyo del acompañante integral, se incorporó a actividades de la vida diaria, realizó lecturas secuenciadas de textos medianos y escrituras de poca extensión y complejidad, esto se complementó con recorridos de socialización en la parroquia, donde participó en ferias de ofertas gastronómicas. Todo ello incidió en una elevada autoestima que lo condujo a un 30 % de avance en el logro de habilidades. Durante el 2018 incorporó nociones matemáticas, cuidado personal, y escritura con avances significativos. (30 %).

El 2019 fue determinante en la lectura, el lenguaje de señas, la vocalización y lectura labial, profundizó en las habilidades matemáticas, el cuidado personal, lectura y escritura. Como resultado de los lazos de cooperación con entidades académicas para capacitar de forma particularizada a las personas y el apoyo del acompañante, recibió instrucciones de manejo agrícola, por lo que mostró un 37 % de éxito.

Gráfico 7.

Indicadores asociados a éxitos: discapacidad auditiva



Fuente: Autores, 2020.

Por su parte el segundo sujeto resultó ser mujer, para el 2016 exclusivamente reveló nociones básicas de aprendizaje, mostró independencia para salir a espacios abiertos con una correcta orientación, trabajaba como ama de casa, por el contrario presentó problemas para entender órdenes verbales, en este año manifestó un 10 % de éxito. Como continuidad de la AI, ya para el 2017 se incorporó a las actividades de la vida diaria, trabajo en el hogar, escribió y reconoció su nombre, y lo que dice un párrafo pequeño, deparando un 15 % de logro (Gráfico 7).

En otro orden de cosas, en el 2018 desplegó actividades de la vida diaria así como en el trabajo agrícola apoyando a su cónyuge, además de los menesteres del hogar, algo de resaltar en este período fue que consiguió entender las órdenes verbales y la lectura de los labios. (30 % de logro)

Para el 2019 desplegó una serie de habilidades más profundas en cuanto a ejercicios de lectura, lenguaje de señas, vocalización, lectura labial; recibió asesoramiento para el corte y confección, llegando a elaborar sus propias prendas de vestir, en este período el indicador de procesos asociado a éxitos se determinó en un 50 %.

El tercer sujeto de sexo hombre, en el 2016 manifestó nociones de aprendizaje básicas, fue independiente para desplazarse fuera de su recinto, desde entonces hasta la actualidad trabaja como obrero, escribió y reconoció su nombre, identificó lo que dice un párrafo pequeño, aunque, presentó problemas para entender órdenes verbales. (10% de logro). Durante el 2017 continuó con las actividades de la vida diaria, siguió ejerciendo su trabajo en la construcción, dio pasos significativos para la comprensión de órdenes verbales, daba recorridos por la parroquia, socializó con más frecuencia con las personas y tomó parte en talleres de actividad física (20 % de logro).

En el 2018 sumado a las actividades de la vida diaria, adicionó un progreso significativo en el lenguaje de señas y lectura labial, lo que lo colocó en un 45 % de índice de éxito. El 2019 fue trascendental para esta persona percibió indicadores más relevantes en el lenguaje de señas; a partir de sus propios ingresos adquirió un Smartphone, alcanzando destrezas significativas. Recibió visitas solidarias en coordinación con la Junta Parroquial para recibir apoyo de profesionales en trabajo social y del acompañante, así como asesoramiento para trabajos de construcción. Dado lo anterior se consideró un índice de progreso del 70 %.

Usuarios con discapacidad visual

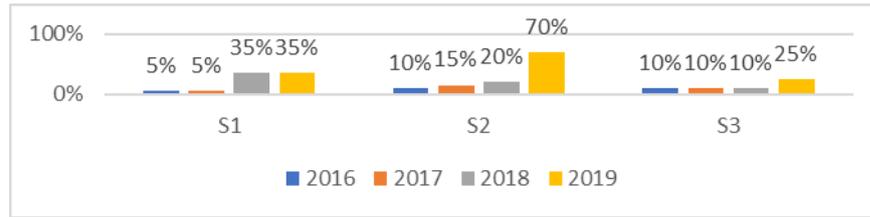
El análisis de este tipo de discapacidad, al igual que el resto visualizó resultados de avances que fueron posible gracias a la AI brindada en el escenario parroquial, en este se tuvo en cuenta las tres personas que presentaron este tipo de discapacidad en el mencionado contexto.

La información que ofrece el Gráfico 8 permite responder a los desiguales efectos de la AI asociada a cada sujeto, lo que no niega la tendencia ascendente de cada uno de ellos de forma longitudinal en el tiempo, corroborando el impacto positivo de su implementación.

En una apretada síntesis se puede decir que el primer sujeto, de sexo hombre, a inicios del 2016 constató exiguas nociones de aprendizaje, así como dependencia total para desplazarse, por el contrario a pesar de la pérdida visual del 40 % por un accidente durante su infancia fue capaz de reconocer su nombre en letras grandes y con fondo de contraste, exteriorizó además problemas de atención cuando le hablaban.

Gráfico 8.

Indicadores asociados a éxitos: discapacidad visual



Fuente: Autores, 2020.

Las acciones de acompañamiento terapéutico, asociadas a labores de apoyo integral para la reinserción social condicionaron que para el 2017 ya ejecutaba actividades de la vida diaria, labores caseras y de trabajo en el campo, (Medio donde habita) de poca complejidad. Ya para el 2019, obtuvo mejoras en la atención, su orientación, desarrollo de nociones matemáticas para el manejo de su economía personal, además de incluirse en su horario libre en excursiones, recorridos por la parroquia y actividades físicas.

El segundo sujeto, de sexo hombre y pese a la edad (53 años), así como al 90 % de la pérdida visual por glaucoma terminal, fue el caso emblemático en cuanto al progreso y el éxito alcanzado en el logro de habilidades en esta discapacidad. En el 2016 reveló nociones de aprendizaje regulares, terminó la primaria pero no continuó sus estudios, en el mismo año denotó independencia para desplazarse sin extravíos fuera de su hogar, escribió su nombre y su firma, trabajó como vendedor ambulante en buses. En los años consecutivos, es decir, del 2017 al 2018 desplegó labores de cuidado personal, se dedicó al comercio y ventas, adquirió habilidades en el uso de smartphone.

En el 2019 incorporó el uso de programa JAWS, y aplicaciones para usar smartphone para invidentes así como habilidades en la lectura Braille.

El tercer sujeto de sexo hombre, pese a su avanzada edad (61 años) y con la pérdida visual del 80 % producto de la diabetes y fallo renal crónico también sostuvo sus avances, terminó la primaria, anteriormente trabajó como chofer, en la actualidad muestra dependencia total para desplazarse ya que en ocasiones se fatiga, aun así puede escribir su nombre, se incluyó en actividades de la vida diaria y hace uso del bastón para invidentes, así como ejercicios para preservar la memoria.

3.4. Resultados generales y evaluación

El exhaustivo examen de las cuestiones anteriores permitió avalar el impacto de la AI con resultados cualitativos no menos insignificantes dentro de los que se pueden mencionar los siguientes:

- Se adquirió en la parroquia una experiencia compartida de códigos, sentidos y significados sobre el adulto con discapacidad y las potencialidades para su inserción en la vida socioeconómica y sociocultural.
- Permitted rescatar el sentido histórico e identitario de la Parroquia.
- Facilitó el espacio idóneo para la inserción del adulto con discapacidad mediante la participación consciente de los actores sociales involucrados.
- Elevar el empoderamiento de los miembros de la Junta Parroquial para interactuar

con el medio circundante.

- Sensibilizar a todos los habitantes a una cultura coherente sobre la inclusión y el reconocimiento de las personas adultas con discapacidad.

La evaluación de todo el proceso se consideró como un juicio sustentado en la información cuantitativa y cualitativa, e integral de los resultados a través de varios instrumentos. Estuvo enfocada en el impacto de la AI en los adultos con discapacidad en la parroquia. A pesar de que se catalogó como de alto impacto, las decisiones tomadas más que todo circundaron en examinar nuevamente las acciones, observar dónde hubo limitaciones, y adónde se pudo llegar, trazar nuevas metas para desplegar una labor con más visión e innovación para la generalización de estas experiencias en otros contextos.

4. DISCUSIÓN

Este recorrido analítico de los resultados y las diferentes mediciones de los indicadores de procesos asociados a éxito en las personas con discapacidad, testifica que todos los participantes han incrementados sus porcentajes globales de desempeño tras la aplicación de la AI de modo significativo, mostrando a su vez el impacto que ha tenido.

Si de impacto se trata, es menester recordar lo que este significa. Conde (2009) reseña que el impacto se refiere a toda alteración que se produce en el medio ambiente, es decir, en lo humano, la salud, economía, el bienestar, etc., producto a la acción del hombre (...), que genera consecuencias significativas para el mismo, sean positivas o negativas.

A tenor con lo anterior, para tener una medida de los impactos que se producen en lo humano y la salud es necesario tener un punto de referencia inicial acorde con el estado real de las cosas, sus características y falencias, y otro punto de arribo final que demuestre el estado de transformación de estas, de tal modo se estaría valorando cualitativa y cuantitativamente el impacto surtido y eso precisamente es lo que se ha demostrado con los resultados obtenidos de forma longitudinal.

A la luz de los resultados materializados, se puede decir que se ha cumplido el objetivo general de esta indagación, al valorarse el impacto de la AI de altamente positivo al incidir de forma directa en el adulto con discapacidad.

Dentro de las fortalezas de la AI se destaca la respuesta a las necesidades sentidas de los sujetos involucrados; otro valor indudable ha sido la experticia que poseen los acompañantes encargados de la AI, contar con su colaboración ha permitido los resultados obtenidos y su evaluación.

[La atención integral] se integra en la vida cotidiana de los participantes, permitiendo de este modo aplicar las nuevas habilidades en un contexto natural que facilita la generación de los logros en el mismo. Por último destacar que, con la adecuada formación, puede resultar fácilmente extensible a otros contextos. (Pascual, Garrido, y Antequera. 2014, p. 36).

Definitivamente el desarrollo de las habilidades es un objetivo prioritario para las personas con discapacidad. Prácticas como la presentada, en las que pueda incorporarse a familiares y otros miembros de la comunidad, permiten actuar en detrimento del rol pasivo

tradicionalmente desempeñado por estas personas, apostando por su derecho a participar y actuar en su entorno mostrando sus intereses, preferencias y, en definitiva, favoreciendo la satisfacción de sus propias necesidades. (Ídem.)

5. CONCLUSIONES

Las bases epistemológicas acerca de la AI demuestran que, debe concebirse como un proceso de carácter socioeducativo, orientado a contribuir a la formación de capacidades, habilidades, consolidar valores y asumir actitudes en función de elevar el nivel de vida y el crecimiento personal de estos.

El diagnóstico sobre la situación de la AI en el escenario seleccionado constató que: estos, sus familias, los habitantes y líderes formales tenían una percepción bastante limitada de los problemas fácticos de los sujetos afectados, condicionado por el insuficiente conocimiento, la ausencia de espacios comunitarios para la socialización y atención de estas personas, bajos niveles de participación, compromiso e integración, elementos todos que limitan la inclusión de los adultos con discapacidad en su auto desarrollo.

Durante todo el proceso se sostuvo un enfoque de progreso participativo de la personas con discapacidad acorde con las tendencias contemporáneas del desarrollo social, enmarcadas en espacios parroquiales rurales donde todavía urge adquirir nuevos conocimientos a partir de los ya existentes y transformar actitudes no solo para los discapacitados, sino para toda la sociedad.

Finalmente se demostró que la AI impacta directa y positivamente en la mejora de la calidad de vida de los adultos con discapacidad y la inserción de la comunidad en este proceso. Las acciones elaboradas y ejecutadas de forma participativa se valoran de positivas y pertinentes a partir, no solo de los resultados mostrados por los indicadores de procesos asociados a éxitos por cada una de las discapacidades, sino también, avaladas por los juicios positivos de todos los implicados en logro de estas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arnais, P. (2003). *Educación Inclusiva: Una escuela para todos*. Málaga: Editorial Aljibe.
- Arranz, H. (1996). *Participación Social. Desarrollo Urbano y Comunitario*. 1er Taller de desarrollo Urbano y Participación. Universidad de la Habana. Cuba.
- Badia, M. y Longo, E. (2009). El ocio en las personas con discapacidad intelectual: participación y calidad de vida a través de las actividades de ocio. *Siglo Cero*, 40(2).30-44. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/234912371_El_ocio_en_las_personas_con_discapacidad_intelectual_Participacion_y_calidad_de_vida_a_traves_de_las_actividades_de_ocio (Fecha de consulta: 10 septiembre de 2020).
- Baltes, Mayes. (1999). *The Berlin aging study: aging from 70 to 1000*. Cambridge: Cambridge University Press. EE. UU.
- Castellanos, R. (2008). *Psicología. Selección de textos*. Artículo: Caracterización de diferentes etapas del desarrollo de la personalidad. Dra. Laura Domínguez García. Editorial Ciencias Médicas, La Habana. Cuba.

- CENSO, (2016). Provincias, Cantones y Parroquias del Ecuador. Recuperado de: https://www.obraspublicas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/10/CENSO_2016_TTHH_Listado_prov-cantones-parroquias.pdf
(Fecha de consulta: 26 de septiembre de 2020).
- Convención Internacional Sobre los derechos de las Personas con Discapacidad. (CISDPD). (2007). Recuperado de: https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/convencion_derechos_discapacidad.pdf
(Fecha de consulta: 6 de septiembre de 2020).
- Conde, E. (2000). *Influencia de la Administración de Empresas en un Modelo de Desarrollo Local Comunitario*. Tesis presentada en opción al título de Máster en Administración de Empresas. Universidad de Pinar del Río. Cuba.
- Conde, E. (2009). *Propuesta Teórico-Metodológica para la Educación Popular Ambiental en función del Desarrollo Sostenible de la Comunidad*. Tesis presentada en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias de la Educación. Universidad de la Habana, CEPES-FLACSO, programa Cuba. La Habana.
- Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, (CONID). (2020). *Estadísticas de Discapacidad*. Recuperado de: <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>
(Fecha de consulta: 13 de septiembre de 2020).
- Constitución de la República del Ecuador. (CRE). (2008). Recuperado de: <http://pdba.georgetown.edu/Parties/Ecuador/Leyes/constitucion.pdf>
(Fecha de consulta: 6 de marzo de 2020).
- Díaz, Cecilia. (1995). *El diagnóstico para la participación*. CEP Alforja, Costa Rica. En: Selección de lecturas sobre Trabajo Comunitario del Colectivo de Investigación Educativa "Graciela Bustillos". Asociación de Pedagogos de Cuba, 2000. Segunda edición. La Habana.
- Dozza de Mendonça, L. (2013). *Un análisis descriptivo de la intervención en la atención socio comunitaria a pacientes psicóticos*. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Domenech, D. (2002). *El protagonismo estudiantil una vía de formación integral*. En Compendio de pedagogía. Editorial Pueblo y Educación, La Habana. pp. 207-214.
- Fernández, S. (s.f). El acompañamiento terapéutico como estrategia de Salud Pública. Recuperado de: https://www.siicsalud.com/acise_viaje/ensiicas-profundo.php?id=146764
(Fecha de consulta: 18 de mayo de 2020).
- García, G. y Ramírez, J. (1995). La perspectiva psicosocial en la conceptualización del apoyo social. *Revista de Psicología Social* (10) 1, 61-74.
- Galdós, J. y Mandelstein, A. (2009). La Intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas. *Intervención Psicosocial*, 18 (1), 75-88.

- Giner, S. (1994). *Sociología*. Editores Península. Barcelona, España.
- Instituto Nacional de estadísticas y Censos (INEC). (2020). Recuperado de: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>
(Fecha de consulta: 15 de octubre de 2020).
- Lehr, U. (2000). Procesos de envejecimiento. La necesidad de investigación longitudinal, interdisciplinaria y transcultural. *Revista latinoamericana de Psicología*. 2002, Volumen 34- Nos. 1-2, 29-40. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80534203.pdf>
(Fecha de consulta: 20 de mayo de 2020).
- Ley Orgánica de Educación Superior. (LOES). (2010). Modificaciones del (2018). Recuperado de: <http://aka-cdn.uce.edu.ec/ares/tmp/Elecciones/2%20LOES.pdf>
(Fecha de consulta: 6 de marzo de 2020).
- Ley Orgánica de Educación Intercultural. (LOEI). (2011). Recuperado de: <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/02/Reglamento-General-a-la-Ley-OrgAnica-de-Educacion-Intercultural.pdf>
(Fecha de consulta: 7 de marzo de 2020).
- Ley Orgánica de Discapacidades. (LOD). (2012). Recuperado de: <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2016/06/Ley-Organica-de-Discapacidades.pdf>
(Fecha de consulta: 9 de marzo de 2020).
- Lozano, G. (2018). Transformación de realidades en contextos asistenciales para el desarrollo de proyectos de vida de personas con enfermedad mental grave. *Terapia ocupacional. Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales*. (63), 2018. ISSN: pp. 14-16.1575-5606. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6806056>
(Fecha de consulta: 16 de marzo de 2019).
- Mauer, S. K. y Resnizky, S. (2004). *Acompañantes Terapéuticos. Actualización teórico-clínica* (2ª. Ed.). Buenos Aires, BS, Argentina: Letra Viva.
- Maclever, Robert. (1993). La pequeña comunidad. Editorial El Colegio de México. México.
- Mirón, J; Alonso, M; Serrano, A. y Sáenz, M. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con discapacidad intelectual en España. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24, 336-344.
- Moreno, D. S. et-al. (2018). Análisis de las funciones de los terapeutas ocupacionales en los 22 centros de rehabilitación laboral de la Comunidad de Madrid. España. *Terapia ocupacional. Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales*. (63), 2018. ISSN: 1575-5606. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=8373>
- OPS, Salud en las Américas. (s/f). https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_t_es=informes%20de%20pais/ecuador&lang=es
(Fecha de consulta: 16 de octubre de 2020).

- Pascual, D. M; Garrido, M. y Antequera, R. (2014). Autodeterminación y calidad de vida: un programa para la mejora de personas adultas con discapacidad intelectual. Recuperado de:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1135755X14000050>
(Fecha de consulta: 16 de septiembre de 2020).
- Pinargote, M; García-Sempere, P; Véliz, V; Herrán, A; Aveiga, V; y Villavicencio, I. (coords.) (2016). *Investigaciones, experiencias y propuestas para la educación inclusiva en la universidad*. Portoviejo, Ecuador: Universidad Técnica de Manabí.
- Pichon-Riviere, E. y Pampliega de Quiroga, A. (2002). *Psicología de la vida cotidiana* (7ª. Ed.). Buenos Aires, BS, Argentina: Editorial Nueva Visión.
- Rocabruno, M. y Prieto, R. (2006). *El anciano y la familia. Gerontología y Geriatría Clínica*. La Habana, Ed. Ciencias Médicas.
- Rossi, G. P. (2007). *Acompañamiento terapéutico: lo cotidiano, las redes y sus interlocutores* (1ª. Ed.). Buenos Aires, BS, Argentina: Polemos.
- Wehmeyer, M. L. (1996). Self-determination as an educational outcome: Why is it important to children, youth and adults with disabilities? En D. J. Sands y M. L. Wehmeyer (Eds.), *Self-determination across the life span: Independence and choice for people with disabilities* (pp. 17-36). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.