

**Implementación de área de terapia para discapacidad infantil caso de estudio: Hospital Básico IESS de Chone**

**Implementation of a therapy area for children with disabilities case study: Hospital Básico IESS de Chone**

**María Daniela Cabrera-Zambrano<sup>1</sup>**  
Universidad San Gregorio de Portoviejo - Ecuador  
daniela\_cabrera2906@hotmail.com

**María Elizabeth Arteaga-García<sup>2</sup>**  
Universidad San Gregorio de Portoviejo - Ecuador  
mearteaga@sangregorio.edu.ec

**[doi.org/10.33386/593dp.2022.4-1.1140](https://doi.org/10.33386/593dp.2022.4-1.1140)**

V7-N4-1 (ago) 2022, pp. 137-164 | Recibido: 24 de abril de 2022 - Aceptado: 24 de junio de 2022 (2 ronda rev.)  
Edición especial

---

1 Ecuatoriana, Ingeniera en Auditoría y Contabilidad, Contador Público Autorizado, Bachiller en Contabilidad. Subactividades: Asesoría contable y tributaria. Experiencia laboral en Áreas Administrativas, Contable, Talento Humano y Servicio al Usuario desde 2008 en Hospital Básico IESS de Chone

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9056-0487>

2 Economista, Diplomado en Tributación, Especialista en Finanzas, Magister en Tributación y Finanzas, doctoranda en Ciencias sociales y derecho de la Universidad de Córdoba -España, Docente del área empresarial, con las asignaturas de Microeconomía, macroeconomía, Investigación, Estadística, Matemática, Tesorera del MAGAP

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9156-6525>

Descargar para Mendeley y Zotero

## RESUMEN

El presente estudio se enfocó en las personas con discapacidad, las cuales, en algunos casos no reciben la atención especial que ellos requieren y que se encuentran consagrados en la Constitución como un derecho, debiéndose proveer a las comunidades, centros de rehabilitación integral que ofrezcan el servicio y permitan a las familias ahorrar tiempo en movilización hacia otras ciudades, y también en el pago a centros particulares, específicamente se plantea la posibilidad de implementar un área para rehabilitación de discapacidad infantil en el Hospital Básico IESS de Chone, que permita con la ayuda de profesionales y el equipo necesario, la estimulación en los niños, desarrollando habilidades y destrezas e integrándolos a la sociedad. El enfoque investigativo combinó lo cuantitativo con lo cualitativo, se identificaron 209 infantes discapacitados en Chone, y se calculó el tamaño de la muestra en 158 para las encuestas permitiendo identificar varios aspectos como tipo y porcentaje de discapacidad y los tipos de asistencia que requieren, además se aplicaron entrevistas a profesionales de la salud, para conocer los requerimientos que necesita un centro para su implementación, también se realizó revisión bibliográfica. Se detectaron 119 encuestados con familiar infantil con discapacidad, el 67,23% reciben algún tipo de terapia de rehabilitación, y existe un 32,77% que no ha recibido terapia de manera continua, se analizó aplicando la fórmula de chi cuadrado, si existe una correlación entre la terapia recibida o no de los infantes y el grado de discapacidad, demostrando que si incide el nivel de terapia recibida.

**Palabras claves:** discapacidad infantil; terapia; implementación; proyección presupuestaria

## ABSTRACT

This study focused on people with disabilities, which in some cases do not receive the special attention they require and that are enshrined in the Constitution as a right, should be provided to communities, comprehensive rehabilitation centers that offer the service and allow families to save time in mobilization to other cities, Specifically, the possibility of implementing an area for the rehabilitation of children with disabilities in the Basic Hospital IESS of Chone, which allows, with the help of professionals and the necessary equipment, the stimulation of children, developing skills and abilities and integrating them into society. The research approach combined the quantitative with the qualitative, 209 disabled infants were identified in Chone, and the sample size was calculated in 158 for the surveys allowing to identify various aspects such as type and percentage of disability and the types of assistance they require, also interviews were applied to health professionals, to know the requirements that a center needs for its implementation, also a literature review was conducted. A bibliographic review was also carried out. 119 respondents with a disabled child relative were detected, 67.23% receive some type of rehabilitation therapy, and 32.77% have not received therapy continuously, and it was analyzed by applying the chi-square formula, if there is a correlation between the therapy received or not by the infants and the degree of disability, showing that the level of therapy received has an impact.

**Keywords:** childhood disability; therapy; implementation; budget projection.

## Introducción

La Organización de las Naciones Unidas (2021) facilitó información actualizada relacionada con la discapacidad infantil, concluyendo que casi 230 millones de niños y niñas a nivel mundial reportan algún grado de discapacidad, es la relación existente de que por cada 10 niños que nacen, 1 posee alguna discapacidad “y la conclusión más reveladora del documento es la confirmación de que los menores de edad con discapacidad están en desventaja con respecto a sus pares sin discapacidad en la mayoría de las medidas relacionadas con el bienestar infantil”.(p.1).

Este mismo estudio realizado por la ONU (2021) aplicó comparativas entre niños con y sin discapacidad, evidenciando que aquellos que tienen algún tipo de discapacidad tienen “51% más probabilidades de sentirse infeliz” (p.1), debido a que son más propensos a la desnutrición, a padecer algún tipo de trastorno en su crecimiento y desarrollo, como el adquirir conocimientos básicos esenciales a los que tiene derecho todo niño o niña, como saber leer y escribir, conocer los números, contar, disfrutar de las dinámicas infantiles con otros niños, reduciendo abismalmente su inclusión en la sociedad.

En otro informe estadístico de la Organización Mundial de la Salud (2021) citando al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) señaló que “el 80 % de las personas con discapacidad vive en países en desarrollo” (p.1). Otro dato relevante de estos estudios es que “la violencia contra los niños con discapacidad ocurre a tasas anuales por lo menos 1.7 veces mayores que en el caso de sus pares no discapacitados” (p.1)

Es necesario mencionar que la salud es un derecho estipulado en la Constitución de todos los países a nivel mundial, y forma parte de los objetivos del desarrollo sostenible de la Organización de las Naciones Unidas, en el cual participa Ecuador como país miembro. Por lo que, dentro de su desarrollo de planes administrativos, estratégicos y presupuestario,

se destina un gran porcentaje de su flujo de caja con orientación al servicio de la salud pública. Sin embargo, según estadísticas facilitadas por el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (2022), existen a nivel nacional 27.901 infantes con discapacidad intelectual en un 40,04%, seguido de discapacidad física en un 38,24% y solo 238 niños reciben bono de ayuda económica por parte del gobierno comprendidos entre las edades de 7 a 12 años.

Otro dato proporcionado por el mismo Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (2022), existen 40 centros diurnos de desarrollo integral con discapacidad infantil ubicados en Pichincha, Tungurahua y Azuay por parte del Ministerio de Inclusión económica y social (MIES), frente al número de población infantil con discapacidad en Ecuador, es necesario el desarrollo de proyectos que evidencien esta gran necesidad para los niños y sus respectivas familias.

En el cantón Chone no existen centros destinados a la rehabilitación de discapacidad infantil dentro del sector público, por lo que urge plantear iniciativas que faciliten la toma de decisiones en beneficio de la comunidad, se identifica por medio de estudios previos combinado con los datos recolectados para la estimación presupuestaria con costos actualizados vigentes requeridos para su implementación y ser considerado en el presupuesto del Hospital Básico IESS Chone.

Conforme a la exposición breve previa surge la iniciativa del presente estudio, que consiste en evaluar financieramente la implementación de un área de terapia para discapacidad en infantes en el Hospital Básico IESS de Chone y surge el cuestionamiento ¿Qué recursos se deben considerar para la implementación de un área de rehabilitación de discapacidad infantil en el Hospital Básico IESS en el cantón Chone?

El presente estudio contempló la realización de un análisis para la estimación presupuestaria para la implementación de un área destinada para la rehabilitación infantil en el Hospital Básico IESS Chone, al estar sustentado en literatura de profesionales en el área proporciona una guía metodológica actualizada para nuevos proyectos dentro del sector público. La propuesta tiene un enfoque social al tener como beneficiarios directos la población con discapacidad infantil, no solo se mejora la condición de vida de los niños, sino que consecuente la de sus familiares, al brindarles un servicio que en la actualidad no se brinda en los hospitales públicos del cantón Chone.

Debido a que la propuesta incluye mejorar la salud y las condiciones de vida de la población con discapacidad infantil, puede participar de financiamientos no reembolsables de organismos públicos y privados al favorecer el cumplimiento del Objetivo 3 de desarrollo sostenible “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (Organización de las Naciones Unidas, 2015). Según la Secretaría Técnica Planifica Ecuador (2019) el CONADIS, tiene presente el cumplimiento de diversos objetivos para promover la igualdad frente a la discapacidad en su agenda nacional.

Se definió como objetivo general elaborar un estudio para la estimación presupuestaria necesaria para la implementación de un área para rehabilitación de discapacidad infantil en el Hospital Básico IESS de Chone para cubrir la demanda existente en el cantón Chone, para el desarrollo del objetivo general, se determinaron los siguientes objetivos específicos: Revisar la bibliografía existente de casos de estudios referentes a la implementación de un área de rehabilitación con discapacidad infantil, Consultar la normativa ecuatoriana y de entes reguladores de la salud para realizar un estudio de los instrumentos mínimos necesarios para la implementación de un área de rehabilitación de discapacidad infantil, investigar la demanda real existente dentro del cantón Chone de disponer de un área de rehabilitación de discapacidad infantil dentro del Hospital Básico IESS de Chone.

## Método

El diseño de investigación aplicado al presente estudio es no experimental, es decir no manejará deliberadamente las variables a estudiar, debido a que lo que se busca es realizar una investigación documental en primera instancia analizando estudios previos relacionados con las variables estudiadas, complementándola con una investigación de campo al recolectar información por medio de encuestas y entrevista para conocer datos reales del entorno de las familias y la población infantil con discapacidad del cantón Chone.

El enfoque investigativo que se planteó en el presente estudio vincula lo cuantitativo con lo cualitativo, ya que presenta la descripción de las características de las diversas discapacidades en etapa infantil en el cantón Chone con su respectiva cuantificación, que será recolectado por medio de la encuesta como instrumento de investigación, realizando una comparativa con los datos registrados en el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (2021), otros ítems característicos son los proporcionados por los profesionales en terapia de discapacidad infantil obtenidos mediante entrevistas directas, lo que permitirá enlistar y cuantificar los requerimientos mínimos que deben considerarse en la implementación de un área de terapia de discapacidad infantil.

Para el cálculo del tamaño de la muestra, se consideró como base la población según dato proporcionada por el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (2021) están registrados 209 infantes que comprenden las edades entre 0 y 12 años. Manteniendo un nivel de confianza del 95%, considerando un margen de error del 4%, se obtiene un resultado de 158 como tamaño de la muestra para el presente estudio de investigación.

El cuestionario empleado en la encuesta para conocer la necesidad de la implementación de un espacio de rehabilitación infantil en el hospital básico de Chone está conformado por preguntas cerradas, permitirá identificar por parroquia la población infantil que tiene algún

tipo de discapacidad, el tipo de discapacidad en que porcentaje lo poseen, si recibe ayuda por parte del gobierno, y los diferentes tipos de asistencia médica que ha recibido en conformidad de su capacidad económica.

El formulario para el desarrollo de la entrevista, se mantuvo preguntas abiertas para conocer la situación sobre la atención con discapacidad infantil dentro del sector público del cantón Chone desde la perspectiva de los profesionales de la salud y los requerimientos mínimos que exigen el implementar estas áreas de terapias infantiles, se complementa la información de los requerimientos técnicos con estudios previos similares de la bibliografía relacionada con espacios de áreas para discapacidad infantil, con especial enfoque en el área de rehabilitación.

Para el estudio estadístico de la encuesta se utilizó la elaboración de tablas de frecuencias para establecer el nivel de participación del total encuestado, con respecto a las preguntas planteadas en el cuestionario, para analizar si existe la necesidad de la implementación del área de discapacidad infantil dentro de la localidad seleccionada para el estudio se reconoce esta hipótesis como  $h_0$  y como  $h_1$  la no necesidad de la instauración de mencionada área, aplicando la fórmula estadística conocida como chi cuadrado, en el análisis de los datos recolectados de las encuestas.

Para la recolección de los datos de la encuesta se visitó fundaciones como el Rotary Club, que realizan proyectos solidarios en conjunto con el GAD Municipal de Chone de terapia de rehabilitación sin importar el grupo etario al que pertenezcan, con respecto al estudio dirigido a la población infantil con discapacidad es realizada a través del Centro de Estimulación temprana Dr. Eliecer Valle, ofrecen terapia física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje y estimulación temprana. Otro centro visitado fue la Fundación Cruz Varela, que también realiza similares proyectos con profesionales del Consejo Provincial de Manabí.

## Resultados

La primera pregunta fue orientada a conocer los visitantes de estos centros de terapia y rehabilitación de que parroquia son, obteniéndose como resultado el 63,29% corresponden a personas de la parroquia Chone, un segundo lugar lo ocupa la parroquia de Santa Rita con el 22,78%, ambas son las parroquias urbanas del cantón Chone, el 13,93% lo ocupan las parroquias rurales, encabezando la lista la parroquia Boyacá con 5,06%, seguido de Canuto con 3,80%, San Antonio con 2,53%, Convento con 1,27%, y Eloy Alfaro y Ricaurte con un 0,63% cada una.

La segunda pregunta fue diseñada para conocer el tipo de atención médica que reciben habitualmente los habitantes del cantón Chone, de los 158 encuestados, el 55,06% solo se atiende en servicios públicos o en proyectos solidarios que ofrecen servicio gratuito, el 19,62% en igual proporción público y privado determinado por la urgencia y los recursos al momento de la urgencia, el 16,46% mayoritariamente pública, y un 4,43% se ubica para mayoritariamente privada y 4,43% para atención exclusivamente privada. Se puede considerar que un 74,68% de los encuestados se atiende en el sector público.

De los 158 encuestados un 75,32%, reportaron tener un pariente con discapacidad infantil y el 24,68% no; esto arroja que 119 encuestados tenían un familiar con discapacidad infantil a su cuidado, en el análisis estadístico aplicando chi cuadrado para establecer la independencia entre las variables lugar donde habita y el servicio médico que recibe dónde se plantea como  $h_0$  que si existe independencia entre las variables y  $h_1$  que se encuentran estrechamente asociadas, el chi cuadrado calculado fue de 34,98 manteniendo un 5% del margen de error, con un grado de libertad de 28 calculado el chi cuadrado de la tabla de distribución resultante fue de 26,30, aceptando que si existe relación entre ambas variables, el servicio médico que reciben está correlacionado al lugar donde habitan.

A partir de este momento la encuesta continua con los 119 encuestados que reportaron tener algún familiar infantil discapacitado, según el resultado de la pregunta 4, el 94,12% tiene un familiar infantil con discapacidad y el 5,88% tienen en sus familias hasta 2 niños con algún tipo de discapacidad. De los cuales, un 42,02% corresponde a edades preescolar entre 2 y 5 años, el 32,77% ya se encuentra en edad escolar entre 6 y 11 años, un 20,17% educación básica o secundaria hasta 12 años, y un 5,04 % de 2 meses a 18 meses.

De los 119 encuestados que reportaron tener familiar infantil con discapacidad, el estudio reveló que el 68,07 tiene algún tipo de discapacidad física, el 22,69% discapacidad intelectual, el 7,56% algún tipo de discapacidad psicosocial y el 1,68% discapacidad auditiva. Se complementa el estudio analizando la relación entre los tipos de discapacidad y los grupos de etarios, colocando en  $H_0$ , como variables independientes una de otra, y  $H_1$  como variables asociadas, el chi cuadrado considerando un 5% error y un grado de libertad de 9 es de 16,91 mientras que el chi de la frecuencia calculado es de 10,71 revelan que ambas variables son independientes.

Según las encuestas realizadas, el grado de discapacidad de la población infantil mayoritariamente se encuentra entre 30% a 49% de discapacidad con un 32,77%, de los cuales el 61,53% corresponden a discapacidad física, el 25,64% discapacidad intelectual, el 10,25% psicosocial, y el 2,56% Auditiva; el 31,09% del total de los 119 encuestados que indicaron tener familiar con discapacidad tiene un grado de discapacidad menor a un 30%, de este grupo el 72,97% corresponde a discapacidad física, el 18,92% a discapacidad intelectual, 5,41% psicosocial y 2,70% auditiva; en el grado de discapacidad entre el 50% y 74% se registró un porcentaje de 25,21%, de este porcentaje el 56,67% tienen discapacidad física, 33,33% discapacidad intelectual, 10% discapacidad psicosocial; en el grado de discapacidad entre 75% a 84% registró la encuesta un 8,4% y en el grado de discapacidad mayor al 85% registró un 2,52% y en estos últimos dos grados de

discapacidad se relaciona con la discapacidad física en su totalidad.

De los encuestados que confirmaron tener un familiar con discapacidad infantil el 67,23% reciben algún tipo de terapia de rehabilitación, y existe un 32,77% que no ha recibido terapia de manera continua, se analiza aplicando la fórmula de chi cuadrado, si existe una correlación entre la terapia recibida o no de los infantes y el grado de discapacidad nominándolo  $H_1$  y la no incidencia con  $H_0$ , considerando un 5%, con un grado de libertad de 4, demostrando que si incide el nivel de terapia recibida, en el grado de discapacidad al registrar la tabla de distribución de chi cuadrado de 9,48 sobre el chi calculado de la tabla de frecuencia de 39,83.

Analizando otro ítem de la encuesta, se puede indicar que 80 encuestados que corresponde al 67,23% confirmaron realizar terapias a sus parientes con discapacidad infantil, de los cuales el 63% obtiene la atención médica de centros médicos de fundaciones que realizan proyectos solidarios en la comunidad de Chone, como segunda opción con un 24% se encuentran centros médicos públicos, pero mencionaron que no constan con adecuaciones totalmente infantiles, si no que atiende a todas las edades y que es para cierto tipo de discapacidades, un 5% lo realiza en centros médicos privados, otro 5% contrata especialista a domicilio y un 4% por falta de recursos, busca opciones autodidactas por medio de videos en la web para aplicar y ayudar en algo a sus niños.

Se aplicó también un análisis por fórmula de chi cuadrado para validar si los tipos de centros de terapia existentes inciden en la decisión de que los infantes con discapacidad reciban terapia, se mantuvo el 5% de margen de error, la tabla de frecuencia mantiene un grado de libertad de 5, el coeficiente chi cuadrado de la tabla de distribución estándar es 12,8325, el chi calculado de la tabla de frecuencia resultó 114,23, lo que indica que si incide los centros de terapia disponibles en la localidad para proveer el tratamiento al infante, añadieron los encuestados que no existe un centro netamente infantil, y que los espacios de atención muchas veces no se

diferencia la atención a adultos de la atención a niños en estas áreas de rehabilitación.

La frecuencia con que reciben las terapias los infantes con discapacidad según los encuestados un 66% solo lo realizan una vez al mes en el mejor de los escenarios, un 23% cada tres meses, un 6% lo realiza dos veces a la semana y solo un 5% dos veces, este comportamiento minoritario se equivale con el porcentaje de aquellas personas que tienen acceso a asistencia privada o asistencia profesional a domicilio.

Entre los motivos diferentes al tipo de centro de terapia disponible en el cantón Chone de la provincia de Manabí, que dan los encuestados para no proveer del tratamiento de rehabilitación a sus infantes, el 57,14% no cuenta con recursos para dar continuidad al tratamiento, el 15,97% considera que los costos en el sector privado son elevados, sumado al costo de movilización en la mayoría de los casos por primar la discapacidad física, el 12,67% no dispone de tiempo por cuestiones laborales y no tiene colaboración de terceros para que el menor sea llevado a terapia, el 8,40% indica no existen áreas especializadas para menores de edad en el sector público, y el 5,88% no existe centros especialistas cerca de sus localidades.

Se evaluó además si los encuestados que tienen familiar infantil con discapacidad recibe algún tipo de ayuda o bonificación el gobierno, solo el 19% recibe bonos del gobierno y el 81% manifestó que no lo recibió.

Adicionalmente se consultó la relevancia para los encuestados sobre la propuesta de la implementación de un área de terapia para discapacidad infantil dentro del sector público, el 84,87% lo reconoce como muy importante, el 12,61% importante y el 2,52% medianamente importante, argumentando que es necesario mejorar también el servicio en el sector público.

Para conocer la importancia de la implementación del área de rehabilitación de discapacidad infantil, se aplicó la fórmula chi cuadrado, valorando el tipo de asistencia médica y la relevancia de los encuestados al respecto,

para reforzar si es necesario según los resultados de la encuesta esta implementación, con un grado de libertad de 8 según la tabla de frecuencia, y manteniendo el margen de error de 5%, el chi cuadrado de la tabla de distribución es 15,5073, y el chi cuadrado de la tabla de frecuencia analizada es 23,1366, lo que implica que si es necesario la implementación propuesta en el presente estudio.

La entrevista se incluyó dos objetivos, por un lado, se buscó conocer la situación sobre la atención de los menores de edad con discapacidad infantil dentro de instituciones del sector público en el cantón Chone, con respecto a este primer objetivo Rodríguez (2022) el profesional de fisioterapia, manifestó que es muy importante dirigir la atención a este sector de la población, manifiesta que existen terapias de atención de fisioterapias en algunos sectores públicos pero no pueden cubrir la demanda por escasez de profesionales y no está direccionada a la población infantil para que reciban un tratamiento de manera continua y subsecuente. Por su parte, Flores (2022) profesional en estimulación temprana, hace referencia que muchos no reciben la terapia apropiada por la situación económica de sus familias.

Con respecto a los protocolos de diagnóstico desde el punto de vista de Rodríguez (2022) no existe un manual en específico para un correcto diagnóstico para determinar correctamente el grado de discapacidad del infante, debido a no contar con el equipamiento necesario, ni el personal especializado. Menciona el profesional que existen áreas para terapia en ciertos hospitales públicos sobre todos de tercer nivel, y las áreas de terapia infantil que existen en estos hospitales son terapia física, psicológica, ocupacional y de lenguaje, no existe para todos los tipos de discapacidades, más en estimulación temprana Flores (2022) ratifica ella sigue un protocolo en sus pacientes del MSP, y confirma que el área de rehabilitación es compartida entre infantes y público en general en otros tipos de discapacidades.

Tanto Rodríguez y Flores (2022) confirman que dentro del cantón chone si existen convenios con otras instituciones públicas para la realización de las terapias orientadas a la discapacidad en general. Con respecto al acompañamiento a los familiares, Rodríguez (2022) señala que no en todos los hospitales existen campañas destinadas a dar asesoramiento y orientación a los familiares con niños con discapacidad, secundada por Flores (2022) esta afirmación porque la profesional señala que existe un cronograma en el MSP para este tipo de charlas de terapias orientadas a los familiares.

EL segundo objetivo de la entrevista realizada buscó conocer los requerimientos mínimos que exigen estas áreas conforme a la discapacidad que presenten los infantes, Rodríguez y Flores (2022) no mencionaron todo el equipamiento necesario; sin embargo hicieron hincapié en que deben ser equipadas en conformidad al tipo de rehabilitación, ser cómodas y brindar un espacio amigable que favorezca su desarrollo, y principalmente contar con un profesional calificado para cada atención que se brinde al infante de manera integral. Este profesional debe ser especialista en el área de rehabilitación y actualizar su plan de tratamiento conforme avancen las necesidades del niño.

## Discusión

Caracas y Vargas (2013) desarrollaron un proyecto de prefactibilidad para la creación de una fundación técnica que favorezca el desarrollo de habilidades y destrezas en las personas con discapacidad cognitiva en la ciudad Santiago de Cali, el estudio incluye encuestas que permitieron realizar un estudio de mercado, el estudio técnico, estudio legal, estudio financiero y económico, para poder demostrar su viabilidad, se concluyó que requiere un alto costo de inversión al ser un proyecto altamente ambicioso, pero su realización beneficiaría a las personas discapacitadas del municipio de Cali, pues podrían incluirse dentro de las personas económicamente activas, siendo parte del engranaje productivo del sector. Este estudio a pesar de ser realizado en Colombia, debido a las grandes similitudes del entorno y comunidad

con la ecuatoriana, concuerda con el presente sobre la importancia de la creación de espacios que favorezcan la rehabilitación de personas discapacitadas, y al generarse de manera particular los costos se elevan ampliamente.

La autora Blanco (2017) diseñó un proyecto para la creación de un centro de discapacidad de formación educativa especial infantil, cumpliendo con la normativa técnica del diseño de La Paz, Bolivia para contribuir con un mejor estilo de vida para la población objetivo, dentro del proyecto incluye un espacio destinado para la estimulación y la terapia, que la secciona en tres áreas: estimulación temprana de 0 a 4 años, aula de estimulación multisensorial y una sala de terapia física, con su correspondiente descripción técnica, la capacidad por área, datos que complementan las entrevistas realizadas a los profesionales para la estimación financiera del presente estudio. Aunque el enfoque de Blanco (2017) es arquitectónico y a nivel integrativo de educación su diseño incluye talleres de rehabilitación y espacios para el desarrollo de la estimulación temprana que contribuirán en el informe técnico sobre los requerimientos para la presentación del presente estudio.

López y Toapanta (2018) señala el interés a nivel macro de desarrollar planes de inclusión de las personas con discapacidad en el entorno social de manera adecuada. Asegura que a pesar de existir programas con misión solidaria en el MIES Ministerio e Inclusión Económica y Social, no pueden cubrir al 100% las necesidades de este grupo poblacional, demostrando que existen aspectos por cubrir, dato que se valida con las encuestas realizadas dónde un 81% de los encuestados afirmaron no recibir ninguna bonificación por parte del gobierno. Enfatiza además que su estudio de prefactibilidad es dirigido a una de las agrupaciones más vulnerables: niños entre 0 y 4 años de edad, incluyendo los infantes con condiciones especiales, en su proyecto busca aportar directa y positiva en el desarrollo integral de los niños. La propuesta incluye un servicio de terapia integral, cubriendo diversas discapacidades desde la física, intelectual y sensorial, provee de un listado de los ítems necesarios para su

implementación, información relevante para el presente artículo considerando que los encuestados del cantón Chone, mencionaron que priman las discapacidades físicas e intelectuales.

Los autores Arrivillaga y Hurtado (2018) presenta un estudio de cuales son las determinaciones sociales y económicas que inciden en el acceso a la salud de la población infantil colombiana con discapacidad física, y menciona que a pesar de existir la normativa que busca velar por el cumplimiento del derecho a la salud de este grupo poblacional, en el ámbito real no se cumple o se cumple de manera insatisfactoria. Adiciona que no solo son excluidos del sistema de salud, sino que se extiende al ámbito educativo y social, generando desconfianza en los servidores públicos, un aspecto revelador es que la etnia también es otro factor que incide en la calidad del servicio de salud que recibe, sumado a las barreras financieras si se opta por la atención médica en el sector privado, y demerita el poco interés investigativo en el enfoque social al acceso de salud con equidad. Este enfoque presentado por los autores Arrivillaga y Hurtado (2018) invita a la reflexión del cambio que se debe tener como sociedad, que no se debe dejar de lado la humanidad que nos caracteriza para ser generadores de proyectos inclusivos, que parte muchas veces del cambio de actitud hacia la empatía, mucho más cuando se trata de un grupo poblacional tan vulnerable como los niños con discapacidad.

Salvador et al. (2018), realizan una revisión sistemática documental sobre la influencia de la familia en el estilo de vida de un hijo con discapacidad en edad infantil hasta la etapa adolescente, hace referencia que la mayor responsabilidad de manera general recae en la madre de familia, que de no existir apoyo paterno la calidad de vida del hijo con discapacidad se ve afectada, y denota la importancia de la responsabilidad compartida, mejora el clima, los roles y el funcionamiento familiar e inclusive la reducción de costos al ser compartidos, y destaca que es importante la asistencia y preparación en familia para fortalecer emocionalmente y mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de la familia. El presente estudio está en

concordancia con lo planteado por Salvador et al. (2018), de la orientación que se debe facilitar a las familias responsables, es un trabajo muchas veces no reconocido y que no tiene hora de descanso en algunos casos, lo que invita a que en el planteamiento se incluya la orientación de terapeutas al familiar.

Los autores Batista et al. (2019) realizaron un análisis de la calidad de atención de salud para niños con discapacidad en la región latinoamericana, y seleccionaron los países de Brasil, Colombia y Perú para la investigación, describe los tipos de discapacidad presentes en la zona geográfica seleccionada tales como: existencia de retraso mental, impedimentos de lenguaje, visual, auditivo, de naturaleza ortopédica, autismo y combinación de algunas de ellas, en los casos de mayor severidad. Detalla un paso importante dentro del preámbulo social y político para los derechos de las personas con discapacidad en New York durante el año 2006 auspiciado por la Organización de las Naciones Unidas. Muy a pesar de este avance resulta cuestionable frente a los servicios de salud que reciben los niños con discapacidades en América Latina, donde predomina el factor social y económico, lo que dificulta muchas veces el espacio físico, mobiliario e instrumentos apropiados para otorgar el servicio que merece toda persona sin discriminación de su condición física, intelectual, emocional, mental, etnia o edad. Batista et al. (2019) muestran una realidad propia de la idiosincracia del entorno en el que se desarrollan los países latinoamericanos, que tienen décadas sin término de malas administraciones gubernamentales y un reducido cambio a nivel social, productivo, económico que incide en la calidad de prestación del servicio al paciente con discapacidad, que existen organismos vigilantes, pese a ello el nivel de corrupción y el déficit económico no aceleran el crecimiento en el sector de la salud que se debería tener.

La profesional Pérez (2019) en su investigación sobre las habilidades profesionales que se deben tener para poder atender a la discapacidad infantil, advierte la magnitud y complejidad que conlleva el tratamiento para la población infantil con algún tipo de discapacidad, y que tanto desde el diagnóstico y su tratamiento debe realizarse de manera profesional, el estudio se realizó en instituciones médicas en territorio cubano, detectando carencias en el desempeño profesional en la atención integral del paciente infantil con discapacidad, utilizó diversas técnicas investigativas que incluyen el criterio de profesionales, y se comprobó que solo en los espacios donde se ofertaban un servicio integral se obtenía un impacto positivo en el paciente. Otro dato relevante es el que facilita Pérez (2019) sobre el profesional médico que no ofrece un servicio integral en la mayoría de las veces, sobretodo en centros del sector público, se han observado insatisfacción en muchos casos, ya que las revisiones a los pacientes suelen realizarse de manera superficial, de los encuestados con respecto a la atención de su familiar infantil con discapacidad, mencionaron que optan por el servicio médico público por costos más que por la atención que reciben, ya que no siempre las áreas destinadas para rehabilitación son para todos los tipos de discapacidades o no son especializadas para niños.

Oros et al. (2019) describe el contexto actualizado de la humanidad y su constante avance tecnológico en el que se ve inmerso, y menciona lo importante de combinar estas herramientas tecnológicas en los tratamientos de rehabilitación, tales como el uso de apps que faciliten un seguimiento del estado del paciente, consideró el estudio de profesionales fisioterapeutas y especialistas en educación especial, así como la apreciación de sus pacientes, su estudio reveló altas posibilidades de su desarrollo y los beneficios en terapia infantil ocupacional. Es importante incluir innovación tecnológica en los procedimientos de rehabilitación, sobre todo permite que tanto familiares como el profesional monitoree los avances del paciente, puede también ofrecer oportuna, del procedimiento que se debe realizar

en caso de emergencias.

Chalén y Cuenca (2020), profesionales en economía evaluaron el gasto público y privado destinado a la atención de personas con discapacidad en Ecuador, desglosando el número de beneficiarios según registros de fuentes oficiales de bonos por parte del gobierno y el gasto destinado a la atención de la salud de las personas discapacitadas, menciona disparidad entre el gasto y consumo vital real de este grupo poblacional frente a lo que percibe, debido a los altos costos de sus tratamientos, y menciona que la situación social y económica de sus familiares es ínfima a pesar de sus esfuerzos. Existen programas dentro del sector público que ofrecen instrumentos de terapia pero son escasos en comparación al número de pacientes que lo requieren y requiere un trámite altamente burocrático. Muchas entidades del sector público no cuentan con áreas especiales para que las personas discapacitadas reciban un tratamiento especial, como espacios con piscinas para rehabilitación físico por los altos costos de mantenimiento. Establece que a mayor grado de discapacidad, mayor es el costo mensual para su tratamiento y rehabilitación, supera el salario básico solo en atención médica sin contar con la alimentación necesaria.

Conocer el nivel de evolución de las políticas de inclusión ecuatorianas es el aporte de Sánchez (2020) al presente estudio, evalúa el enfoque del gasto público en el área social vinculado con la situación económica nacional, determinado por una mala gestión administrativa gubernamental, de la deuda externa, incidió en el cambio de la unidad monetaria como parte de ese ajuste de estructuración económica, donde el aspecto social pasa a un segundo plano, sumado al no seguimiento y monitoreo de los reducidos recursos destinados a estos tipos de proyectos. A partir del año 2007, se observa un cambio en el enfoque social, creando la Ley Orgánica de Discapacidad en el año 2012, fomentando la sensibilización, rehabilitación e inclusión al mercado laboral de las personas discapacitadas. Es ineludible, el progreso de la inclusión en las políticas gubernamentales ecuatorianas; no obstante hace falta mayor difusión de las

ayudas del gobierno, sobre todo para familiares que deben estar 24/7 pendiente de su niño. Se deben incrementar centros de terapia infantil en el sector público para reducir en algo el gasto en el que tienen que incurrir sus familiares, Según el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (2021) la prevalencia de discapacidad en el Ecuador para el 2021 se encuentra en 2,67% y del total de niños con discapacidad del cantón Chone solo un 3,08% recibe la pensión de menores con discapacidad.

Ullman et al. (2020) con el aval de las instituciones CEPAL, UNICEF, y ONU, señalan que existe una prevalencia de discapacidad infantil en los países latinoamericanos que fluctúa desde 1,4% hasta 4,8%, Ecuador alcanza un 3% de la población infantil tiene algún tipo de discapacidad, se aproxima al dato proporcionado por el Consejo Nacional de Discapacidad de 2,67% para el 2021, predominando las discapacidades físicas motoras, mental de relacionarse, intelectual de entender, auditiva y visual, en los niños por sobre las niñas, y con mayor incidencia en áreas rurales, donde existe escasez económica, y menciona que las transferencias monetarias contributivas y no contributivas pueden convertirse en las gestoras financieras de este tipo de proyectos orientados a la rehabilitación de la salud infantil, cuyo plan no solo se limita al enfoque en la salud, sino también en servicios de apoyo como la movilización, equipos de ser necesario todo orientado al cuidado del paciente infantil. E identifica el Bono Joaquín Gallegos Lara como uno de los programas orientados al apoyo familiar con el compromiso de velar por la educación y la salud del niño o adolescente discapacitado; más también enuncia la serie de condicionantes para acceder a él como situación socio económica crítica, que es un marco en el que prácticamente la mayoría de los ecuatorianos se encuentran con la crisis económica, cada vez crece el desempleo y se imposibilita cubrir a todas las familias, otra condicionante limitante es que tenga una enfermedad catastrófica, rara o huérfana según las encuestas realizadas, el 32,77% tienen un grado de discapacidad entre el 30 y 49% de discapacidad y el 31,09% un

grado de discapacidad menor al 30%, lo cual automáticamente deja fuera del BJGL al 63,86% de los encuestados que tenían al menos un infante con discapacidad.

Los autores Ramírez y Flores (2021) aportan con un estudio científico para analizar la relación de los efectos sociales y económicos post pandemia por Covid19 en las personas con discapacidad de Guayaquil, revela que desde el año 2000 hasta el año 2020, ha existido un aumento de personas con discapacidad pasando de 31.826 a 400.750 personas con discapacidad según la CONADIS, menciona además que no cuenta con presupuesto de inversión para proyectos nuevos por no ser un organismo ejecutor de política pública, en los resultados de la encuesta el 65% de los familiares no fueron contagiados por Covid19, en el caso de que fueron contagiados si afectó en el cuidado de los parientes con discapacidad, expone que existió un 72% de no contagio por Covid19 en los pacientes con discapacidad, a pesar de la pandemia no se vulneraron los derechos de las personas discapacitadas, mas en materia económica los recursos probistos por el gobierno para esta población con alto nivel de vulnerabilidad, no son suficientes para cubrir las necesidades básicas, mucho menos recibir una atención con el tratamiento especializado que requieren, y si a esto se le agrega el gasto por bioseguridad por Covid19, es necesario analizar los rubros públicos destinados para este grupo social.

El estudio de Solórzano y Villa (2021) evaluó la calidad de servicio proporcionado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES a la población con discapacidad en el cantón Chone, desglosaron los diversos servicios que oferta como la inclusión para beneficio monetario, servicios de descuentos, exequiales, asistencia ante emergencias, denota cuatro causas principales que inciden en la calidad de servicio, como el desempeño del personal según un minoritario grupo de usuarios, insuficientes equipos e infraestructura y escaso presupuesto, recomienda análisis presupuestario y evaluación periódica del servicio enfocado en la satisfacción del usuario. Sin duda, la economía es importante

para llevar a cabo este tipo de proyectos, sin embargo con las malas administraciones precedentes se arrastran un gasto público cada vez más creciente incapaz de sostener las necesidades de sus ciudadanos.

Del estudio de Robles (2021) sobre la realización de un parque temático infantil inclusivo en la ciudad de Guayaquil, se rescata la teoría de la actividad de Vygotsky para aplicar en el área de terapia infantil, ya que está fundamentada en que “la actividad humana es el motor del proceso de desarrollo humano” (p.16) y destaca tres puntos importantes a considerar en un área infantil, la zona de desarrollo próximo, que se orienta en la terapia colectiva aporta al aprendizaje individual, y es posible creando espacios accesibles para niños con discapacidad que permitan la interacción grupal, el segundo punto son las herramientas, menciona que con los instrumentos apropiados favorece su desarrollo positivo, y el tercer punto la mediación, aplicándolo a la terapia de discapacidad infantil corresponde a la interacción entre terapeuta, aporte familiar en pro del niño con discapacidad, se pueden adoptar distintos roles para incrementar el nivel de aprendizaje. Esta técnica aplicada en el diseño de espacios facilita el aprendizaje e inclusión sobre todo en la independencia creciente que favorece a las terapias cognitivas.

Muñoz y Penagos (2021), presentaron las características de la telerehabilitación como una alternativa para la discapacidad infantil, recopilaron información bibliográfica científica en diferentes idiomas, evidenciando su aplicación en diversos estados y se analizó los casos de éxitos para validar su aplicación en territorio colombiano, menciona brevemente que la normativa legal sobre la atención médica en Colombia, permite la telemedicina desde el año 2007, como una alternativa de solución frente a la demanda real. Entre los tipos de discapacidades que han recibido telerehabilitación se encuentra la discapacidad motora y la discapacidad sensitiva, con mayor aplicación en América del Norte que en otros continentes, y las áreas de intervención son las relacionadas con la neurorrehabilitación, la rehabilitación musculoesquelética, terapias

de lenguaje oral, pérdida de visión y audición, y autismo. La aplicación de esta metodología requiere recursos tecnológicos tanto en software y hardware, se realiza por sesiones y mediante tests y el uso de realidad virtual, muchos de los pacientes manifestaron disminución de los síntomas, una mejor calidad de vida, un mejor y mayor control de la evolución del paciente.

## Conclusiones

Los encuestados participantes se encuentran en las parroquias urbanas alcanzando 86,07% y 13,93% de parroquias rurales, de los cuales el 75,32% manifestó tener algún familiar con discapacidad en edad infantil, se reconoce que un 74,68% se han hecho atender alguna vez en el sector público, en gran dependencia de sus ingresos económicos, de los encuestados que reportaron algún familiar infantil con discapacidad, es alarmante que un 5,88% tiene hasta dos niños con algún tipo de discapacidad.

EL 74,79% corresponde al grupo etario entre 2 y 11 años, y la discapacidad predominante es la física en un 68,07%, seguido de un 22,69% con discapacidad intelectual, también se reportan otras discapacidades como la psicosocial, auditiva y visual en menor proporción, lo que es relativo con los registros presentados por el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (2022), aplicando la fórmula estadística estableció que no existe relación entre la edad y el tipo de discapacidad.

El grado de discapacidad mayoritariamente oscila entre <30% hasta 49% alcanzando un 67,11% las discapacidades físicas, seguido en un 22,37% las discapacidades intelectuales. También fue relevante la información de la frecuencia de rehabilitación recibida existe un 32,77% que no ha recibido ningún tipo de terapia, y los que reciben terapia el 44,54% lo realizan una vez al mes, un 15,13% lo realiza cada tres meses y apenas un 3,36% lo realiza una vez a la semana, que es lo mínimo recomendable según los especialistas; también se verificó que si existe una correlación entre la terapia recibida o no de los infantes y el grado de discapacidad, demostrando que si incide el nivel

de terapia recibida aplicando la fórmula de chi cuadrado.

Entre los motivos que manifestaron los encuestados que inciden en la frecuencia de terapia que reciben sus infantes, el 57,14% lo vincula con sus ingresos, muchas veces se le imposibilita mantener la continuidad que deben recibir la rehabilitación, y otro 15,97% aunque consideran que el sector privado ofertan mejores servicios sus costos son elevados, un gran porcentaje indicó complicaciones por cuestiones laborales, a quienes debería estar dirigido los bonos gubernamentales como el BJGL Bono Joaquín Gallegos Lara que ofrece transferencia económica hasta por \$240 (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2022), pero si se compara esto con el precio de la canasta básica de \$724,39 en Ecuador (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2022), y esto sin considerar los gastos de movilización y los propios de insumo médicos, porque muchas veces los familiares deben comprar medicación o instrumentos en ocasiones ya que por escasez no disponen de ello en el hospital o centro médico público, y a esto se le agrega el condicionamiento de enfermedad catastrófica, se comprende que un reducido 19% sea beneficiario de alguna bonificación pública.

Confirmando el tipo de atención en el sector público con respecto a las terapias de rehabilitación infantil, se confirmó la importancia de invitar al desarrollo de propuestas en favor de esta población, que en los centros de tercer nivel si existen áreas de rehabilitación pero muchas veces no separan la atención infantil de la general, también se presenta en la Tabla 24 una estimación presupuestaria que bordea los \$128.040,76 en su instalación inicial, considerando un presupuesto mensual de \$10.670,06, que en un 90% corresponde solo a nómina porque es un área que ya corresponde a especialistas donde el fisioterapeuta tiene un sueldo aproximado según escala del IESS en \$2.641 mensuales

Se coincide con Caracas y Vargas (2013) sobre el alto costo que implica la implementación de un área de rehabilitación para discapacidad infantil en su fase inicial, otros autores como Blanco (2017) y López y Toapanta (2018) complementaron la información para la proyección presupuestaria, se actualizaron valores actualizados del mercado y se facilita en la propuesta el desarrollo de un protocolo de atención de aprobarse la creación del área (Ver Figura 15).

En estudios similares en la región latinoamericana como Arrivillaga y Hurtado (2018), Batista et al. (2019), Sánchez (2020) y Chalén y Cuenca (2020), comparten que debe existir un mejor manejo del gasto público para destinarla a este grupo poblacional, sin descuidar otras áreas como la educación y otros aspectos sociales, ya que mucho recae en el factor presupuestario cuando se trata de la implementación de estas áreas de rehabilitación infantil. Aunque existe evidencia que Ecuador, ha tenido grandes avances inclusivos para promover y cumplir con el derecho a un buen vivir para sus ciudadanos, los escasos recursos han mermado la posibilidad de ampliar la ayuda en este vulnerable sector infantil.

Pérez (2019) hace una reflexión a que este tipo de atención posee cierto grado de complejidad por lo que el profesional debe estar altamente capacitado, con lo que concordaron los profesionales entrevistados Rodríguez y Flores (2022), enfatizando en la actualización de sus técnicas rehabilitadoras según el tipo y grado de discapacidad. Al hablar de actualización se puede incluir la propuesta interesante de Oros et al. (2019) de incluir mediante aplicaciones el registro de las atenciones médicas para un mejor monitoreo bidireccional paciente y doctor para observar la mejoría y el control desde casa, con lo que se pueden reducir costos de movilización.

Al ser Chone, un cantón que solo cuenta con dos parroquias urbanas y siete rurales, se relaciona con el estudio de Ullman et al. (2020) donde las encuesta confirmaron que predomina las discapacidades físicas motoras, y las intelectuales en zonas rurales, y mencionan los

diferentes bonos gubernamentales ecuatoriano, pero se debe evaluar efectivamente quienes reciben la ayuda y analizar las condicionantes para recibirlo, considerando el verdadero costo de una canasta básica familiar con un incremento porcentual según el tipo de terapia del infante con discapacidad.

Al corresponder a una propuesta dentro de una institución pública, el Hospital Básico IESS de Chone, debe cumplir con los procedimientos aprobados por el área de calidad y aprobados desde su central principal ubicado en Quito. Se estudió las opciones de presentación de proyectos de inclusión social infantil, y para ello debe enviarse un formulario de registro dirigido al Viceministro de inclusión social con los siguientes elementos: “formulario de registro de solicitud de permiso de funcionamiento para servicios intramurales y extramurales públicas y privadas para el desarrollo infantil, personas con discapacidad, personas adultas mayores y protección especial” (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2019, p.1)”, el proyecto de funcionamiento, un plan de reducción de riesgos y la nómina de los beneficiarios finales del servicio, dentro del proyecto de funcionamiento debe incluirse la nómina de personal indicando tiempo real de atención al paciente, que puede obtenerse del protocolo planteado, y la autorización de funcionamiento se extendería al hospital para el que sea solicitado.

Los verdaderos beneficiados de la implementación de esta área de rehabilitación son los infantes discapacitados del cantón de Chone, para que puedan tener una mejor condición de vida, a los que tienen derecho según la Constitución Ecuatoriana, se debe considerar el presupuesto público para incrementar este tipo de centros, que al pertenecer a sectores públicos corresponde mayor complejidad en el trámite de su implementación y los altos costos de nómina, se recomienda de implementarse, se realice de manera creciente, área por área para prorratear el costo del impacto anual calculado en el período de tres años.

## Tablas y figuras

**Tabla 1**

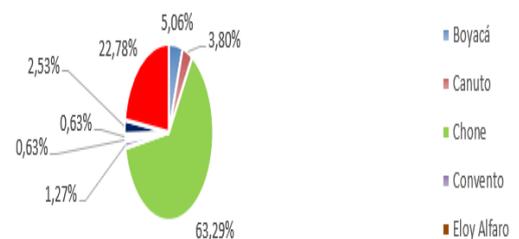
*Pregunta 1. ¿En qué parroquia del cantón Chone vive Ud.?*

Parroquia	Cantidad	Porcentaje
Boyacá	8	5,06%
Canuto	6	3,80%
Chone	100	63,29%
Convento	2	1,27%
Eloy Alfaro	1	0,63%
Ricaurte	1	0,63%
San Antonio	4	2,53%
Santa Rita	36	22,78%
<b>Total general</b>	<b>158</b>	<b>100,00%</b>

**Figura 1**

*Pregunta 1. ¿En qué parroquia del cantón Chone vive Ud.?*

**Pregunta 1. ¿En qué parroquia del cantón Chone vive Ud.?**



Nota: El 63.29% de los encuestados pertenecen a la parroquia urbana Chone y el 22.78% a la parroquia urbana Santa Rita, el 13,93% corresponden a parroquias rurales.

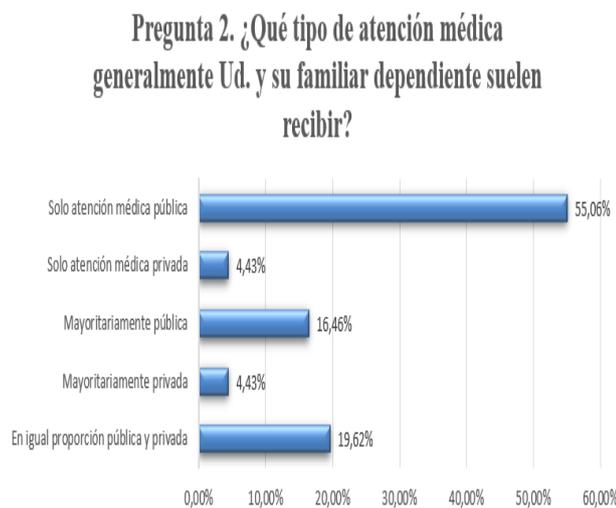
**Tabla 2**

*Pregunta 2. ¿Qué tipo de atención médica generalmente Ud. y su familiar dependiente suelen recibir?*

Tipo de atención	Cantidad	Porcentaje
En igual proporción pública y privada	31	19,62%
Mayoritariamente privada	7	4,43%
Mayoritariamente pública	26	16,46%
Solo atención médica privada	7	4,43%
Solo atención médica pública	87	55,06%
<b>Total general</b>	<b>158</b>	<b>100%</b>

**Figura 2**

*Pregunta 2. ¿Qué tipo de atención médica generalmente Ud. y su familiar dependiente suelen recibir?*



Nota: El 55,06% de los encuestados solo reciben atención médica en sistemas públicos, el 16,46% mayoritariamente pública, por lo menos un 71,52% reciben atención gratuita o en el sistema público.

**Tabla 3**

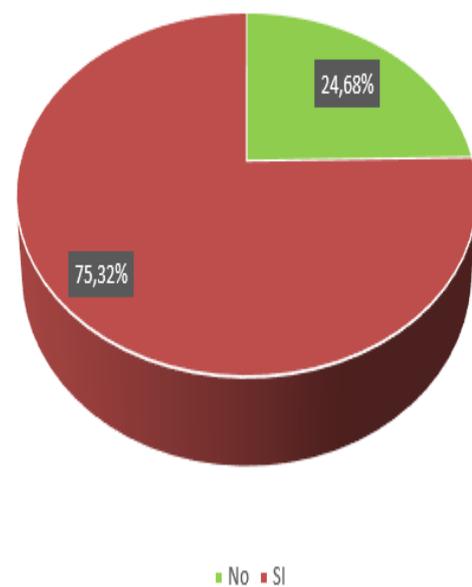
*Pregunta 3. ¿Ud. Tiene un familiar infantil con capacidades especiales?*

Familiar discapacitado	Cantidad	Porcentaje
No	39	24,68%
SI	119	75,32%
<b>Total general</b>	<b>158</b>	<b>100,00%</b>

**Figura 3**

*Pregunta 3. ¿Ud. Tiene un familiar infantil con capacidades especiales?*

**Pregunta 3. ¿Ud. tiene un familiar infantil con capacidades especiales?**



Nota: El 75.32% de los encuestados respondieron tener un familiar infantil con discapacidad, el 24,68% respondió que no tenía un familiar infantil con discapacidad. Las encuestas fueron realizadas en CE Dr. Eliecer Valle del Club Rotary y Fundación Cruz Varela.

**Tabla 4**

*Análisis de relación de independencia entre variables Lugar dónde habita vs el Servicio médico que recibe*

	Bo-ya-cá	Ca-nuto	Cho-ne	Con-vento	Eloy Alfa-ro	Ri-caurte	San Anto-nio	Santa Rita	Total general
En igual proporción pública y privada	1	2	24	1	1	1		1	31
Mayoritariamente privada			7						7
Mayoritariamente pública	1	1	19				1	4	26
Solo atención médica privada			5				1	1	7
Solo atención médica pública	6	3	45	1			2	30	87
<b>Total general</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>36</b>	<b>158</b>

h0. Ambas variables son independientes (Parroquias vs el servicio médico que reciben)

h1. Ambas variables tienen algún grado de asociación (Parroquias vs el servicio médico que reciben)

**Tabla 5**

*Tabla de frecuencia para cálculo de Chi cuadrado de las variables ubicación y tipo de servicio médico*

f	ft	(f-ft) <sup>2</sup>	((f-ft) <sup>2</sup> )/ft
1	1,569620253	0,324467233	0,206717027
0	0,35443038	0,125620894	0,35443038
1	1,316455696	0,100144208	0,076071081
0	0,35443038	0,125620894	0,35443038
6	4,405063291	2,543823105	0,577477084
2	1,17721519	0,676974844	0,575064652
0	0,265822785	0,070661753	0,265822785
1	0,987341772	0,000160231	0,000162285
0	0,265822785	0,070661753	0,265822785
3	3,303797468	0,092292902	0,027935399
24	19,62025316	19,18218234	0,977672519
7	4,430379747	6,602948245	1,490379747
19	16,4556962	6,473481814	0,39338851

5	4,430379747	0,324467233	0,07323689
45	55,06329114	101,2698286	1,839153208
1	0,392405063	0,369171607	0,94079216
0	0,088607595	0,007851306	0,088607595
0	0,329113924	0,108315975	0,329113924
0	0,088607595	0,007851306	0,088607595
1	1,101265823	0,010254767	0,0093118
1	0,196202532	0,64609037	3,292976725
0	0,044303797	0,001962826	0,044303797
0	0,164556962	0,027078994	0,164556962
0	0,044303797	0,001962826	0,044303797
0	0,550632911	0,303196603	0,550632911
1	0,196202532	0,64609037	3,292976725
0	0,044303797	0,001962826	0,044303797
0	0,164556962	0,027078994	0,164556962
0	0,044303797	0,001962826	0,044303797
0	0,550632911	0,303196603	0,550632911
0	0,784810127	0,615926935	0,784810127
0	0,17721519	0,031405224	0,17721519
1	0,658227848	0,116808204	0,177458617
1	0,17721519	0,676974844	3,820072333
2	2,202531646	0,041019067	0,0186236
1	7,063291139	36,76349944	5,2048682
0	1,594936709	2,543823105	1,594936709
4	5,924050633	3,701970838	0,624905334
1	1,594936709	0,353949688	0,221920836
30	19,82278481	103,575709	5,225083661
<b>Chi Cuadrado Frecuencia <math>\sum((f-ft)^2)/ft</math></b>			<b>34,9776408</b>

Nota: Al revisar el Chi cuadrado calculado de la tabla de frecuencia y el Chi cuadrado de la tabla de distribución, como el Chi cuadrado de la tabla de distribución es 26,2962 que el Chi cuadrado calculado que es 34,9776 se acepta que las variables analizadas ubicación vs el servicio médico no se asocian.

$$V = \text{Cálculo de grado de libertad}$$

$$V = (\# \text{ Filas} - 1) * (\# \text{ Columnas} - 1)$$

$$V = (5-1) * (8-1)$$

$$V = 4 * 7$$

$$V = 28$$

$$\text{Margen de error} = 5\% = 0,05$$

$$\text{Chi Tabla de frecuencia} = 34,9776$$

$$\text{Chi Tabla de distribución} = 26,2962$$

**Tabla 6**

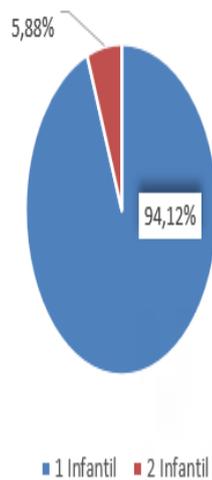
*Pregunta 4. ¿Cuántos familiares infantiles con capacidades especiales depende de Ud.?*

Familiares infantiles	Cantidad	Porcentaje
1 Infante	112	94,12%
2 Infantes	7	5,88%
<b>Total general</b>	<b>119</b>	<b>100,00%</b>

**Figura 4**

*Pregunta 4. ¿Cuántos familiares infantiles con capacidades especiales depende de Ud.?*

**Pregunta 4. ¿Cuántos familiares infantiles con capacidades especiales depende de Ud.?**



Nota: Las personas reportaron tener 1 infante con discapacidad en un 94.12% y un 5.88% hasta 2 infantes con discapacidad en los 119 encuestados que reportaron tener familiares con discapacidad.

**Tabla 7**

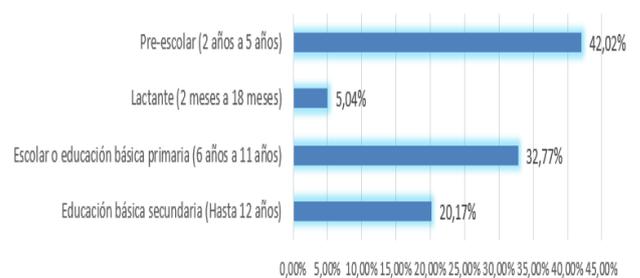
*De tener familiares infantiles con capacidades especiales, por favor indicar ¿Qué edades tienen?*

Nivel de Educación	Can-ti-dad	Porcen-taje
Educación básica secundaria (Hasta 12 años)	24	20,17%
Escolar o educación básica primaria (6 años a 11 años)	39	32,77%
Lactante (2 meses a 18 meses)	6	5,04%
Preescolar (2 años a 5 años)	50	42,02%
<b>Total general</b>	<b>119</b>	<b>100,00%</b>

**Figura 5**

*De tener familiares infantiles con capacidades especiales, por favor indicar ¿Qué edades tienen?*

**Pregunta 5. Grupo Etario y Nivel Educativo**



Nota: El 42,02% reportan que tienen entre 2 a 5 años se encuentran en edad preescolar, un 32,77% de 6 a 11 años se encuentran en educación básica primaria.

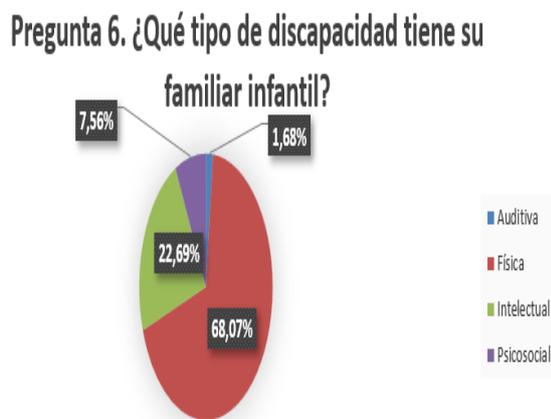
**Tabla 8**

Pregunta 6. ¿Qué tipo de discapacidad tiene su familiar infantil?

Tipo de discapacidad	Cantidad	Porcentaje
Auditiva	2	1,68%
Física	81	68,07%
Intelectual	27	22,69%
Psicosocial	9	7,56%
<b>Total general</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>

**Figura 6**

Pregunta 6. ¿Qué tipo de discapacidad tiene su familiar infantil?



**Tabla 9**

Análisis de independencia entre las variables tipo de discapacidad y grupo etario

	Educación básica secundaria (hasta 12 años)	Escolar o educación básica primaria (6 años a 11 años)	Lactante (2 meses a 18 meses)	Preescolar (2 años a 5 años)	Total general
Auditiva	0	2	0	0	2
Física	18	28	4	31	81
Intelectual	6	7	2	12	27
Psicosocial	0	2	0	7	9
<b>Total general</b>	<b>24</b>	<b>39</b>	<b>6</b>	<b>50</b>	<b>119</b>

**h0:** Tipos de discapacidad y grupo etario son variables independientes

**h1:** Tipos de discapacidad y grupo etario son variables asociadas

**Tabla 10**

Tabla de frecuencia para cálculo de Chi cuadrado de las variables edad y tipo de discapacidad

f	ft	(f-ft) <sup>2</sup>	((f-ft) <sup>2</sup> /ft)
0	0,40336134	0,162700374	0,40336134
18	16,3361345	2,768448556	0,16946779
6	5,44537815	0,307605395	0,05648926
0	1,81512605	3,294682579	1,81512605
2	0,65546218	1,807781936	2,75802629
28	26,5462185	2,113480686	0,07961513
7	8,8487395	3,417837723	0,38625137
2	2,94957983	0,901701857	0,30570519
0	0,10084034	0,010168773	0,10084034
4	4,08403361	0,007061648	0,00172909
2	1,36134454	0,407880799	0,29961614
0	0,45378151	0,205917661	0,45378151
0	0,84033613	0,706164819	0,84033613
31	34,0336134	9,202810536	0,27040357
12	11,3445378	0,429630676	0,03787115
7	3,78151261	10,35866111	2,73929038

Chi Cuadrado Frecuencia $\sum((f-ft)^2)/ft$		10,7179107
---	--	------------

Nota: Al revisar el Chi cuadrado calculado de la tabla de frecuencia y el Chi cuadrado de la tabla de distribución, como el Chi cuadrado de la tabla de distribución es 16,919 que el Chi cuadrado calculado que es 10,718 se acepta que las variables analizadas grupo etario y tipo de discapacidad son independientes.

$$V = \text{Cálculo de grado de libertad}$$

$$V = (\# \text{ Filas} - 1) * (\# \text{ Columnas} - 1)$$

$$V = (4 - 1) * (4 - 1)$$

$$V = 3 * 3$$

$$V = 9$$

Margen de error = 5% = 0,05

Chi Tabla de frecuencia = 10,7179

Chi Tabla de distribución = 16,919

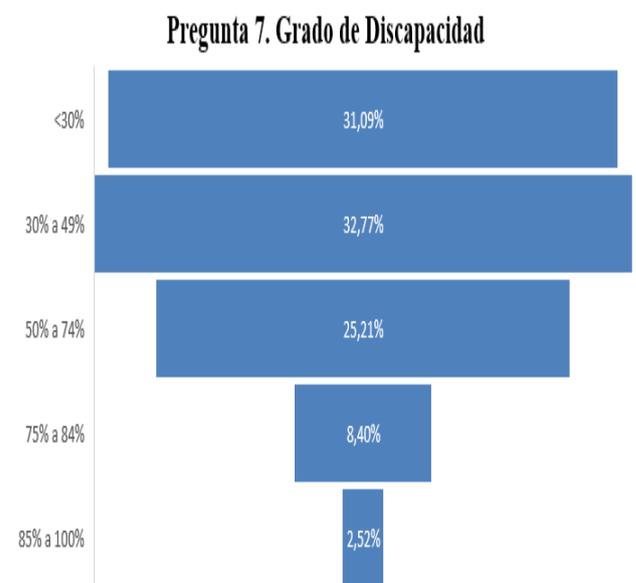
**Tabla 11**

*Pregunta 7. Por favor señale el grado de discapacidad de su familiar en edad infantil*

Grado de discapacidad	Cantidad	Porcentaje
<30%	37	31,09%
30% a 49%	39	32,77%
50% a 74%	30	25,21%
75% a 84%	10	8,40%
85% a 100%	3	2,52%
<b>Total general</b>	<b>119</b>	<b>100,00%</b>

**Figura 7**

*Pregunta 7. Por favor señale el grado de discapacidad de su familiar en edad infantil*



Nota: El 32,77% ubica su grado de discapacidad entre 30% y 49% y un 31.09% tiene un grado de discapacidad menor al 30%.

**Tabla 12**

*Grado de discapacidad vs Tipo de discapacidad*

Grado de Discapacidad y Tipo de discapacidad	<30%	30% a 49%	50% a 74%	75% a 84%	85% a 100%	Porcentaje
Auditiva	2,70%	2,56%	0,00%	0,00%	0,00%	2%
Física	72,97%	61,54%	56,67%	100,00%	100,00%	68%
Intelectual	18,92%	25,64%	33,33%	0,00%	0,00%	23%
Psicosocial	5,41%	10,26%	10,00%	0,00%	0,00%	8%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100%</b>

**Tabla 13**

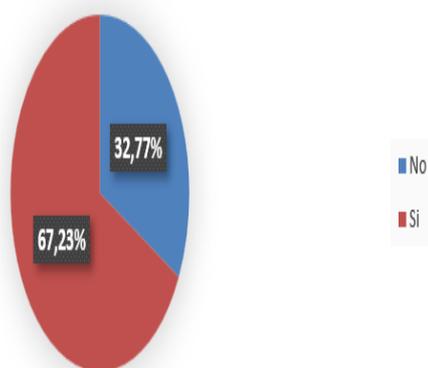
*¿Recibe actualmente terapia su familiar con capacidad especial en edad infantil?*

Cuenta con Terapia	Cantidad	Porcentaje
No	39	32,77%
Si	80	67,23%
<b>Total general</b>	<b>119</b>	<b>100,00%</b>

**Figura 8**

*Pregunta 8. ¿Recibe actualmente terapia su familiar con capacidad especial en edad infantil?*

**Pregunta 8. ¿Recibe actualmente terapia su familiar con capacidad especial en edad infantil?**



Nota: El 67.23% si recibe algún tipo de terapia de rehabilitación en discapacidad infantil.

**Tabla 14**

*Análisis Independencia de Variables: Grado de discapacidad vs Paciente infantil que recibe terapia*

	<30%	30% a 49%	50% a 74%	75% a 84%	85% a 100%	Total general
No	27	6	5	1		39
Si	10	33	25	9	3	80
<b>Total general</b>	<b>37</b>	<b>39</b>	<b>30</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>119</b>

**h0.** El grado de discapacidad no se relaciona con que no hayan recibido atención

**h1.** El grado de discapacidad si se relaciona con que no hayan recibido atención

**Tabla 15**

*Tabla de frecuencia para cálculo de Chi cuadrado de las variables grado de discapacidad y si reciben terapia infantil*

f	ft	(f-ft) <sup>2</sup>	((f-ft) <sup>2</sup> /ft)
27	12,12605	221,23438	18,244554
10	24,87395	221,23438	8,8942199
6	12,78151	45,988913	3,5980807
33	26,21849	45,988913	1,7540643
5	9,831933	23,347574	2,3746678
25	20,16807	23,347574	1,1576506
1	3,277311	5,186145	1,5824391
9	6,722689	5,186145	0,7714391
0	0,983193	0,966669	0,9831933
3	2,016807	0,966669	0,4793067
<b>Chi Cuadrado</b>			<b>39,839615</b>

Nota: Al revisar el Chi cuadrado calculado de la tabla de frecuencia y el Chi cuadrado de la tabla de distribución, como el Chi cuadrado de la tabla de distribución es 9,4877 que el Chi cuadrado calculado que es 39,8396 se acepta que las variables analizadas están asociadas que si el paciente recibe rehabilitación puede influir en el grado de discapacidad del infante.

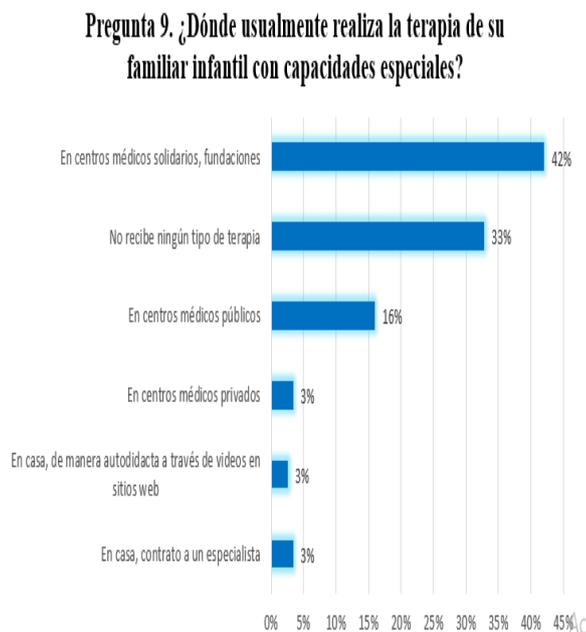
**Tabla 16**

*Pregunta 9. ¿Dónde usualmente realiza la terapia de su familiar infantil con capacidades especiales?*

Tipo de centro terapeuta	Can-tidad	Por-centa-je
En casa, contrato a un especialista	4	3%
En casa, de manera autodidacta a través de videos en sitios web	3	3%
En centros médicos privados	4	3%
En centros médicos públicos	19	16%
No recibe ningún tipo de terapia	39	33%
En centros médicos solidarios, fundaciones	50	42%
<b>Total general</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>

**Figura 9**

*Pregunta 9. ¿Dónde usualmente realiza la terapia de su familiar infantil con capacidades especiales?*



**Tabla 17**

*Análisis de relación entre el tipo de centro de terapia con que el paciente infantil la reciba*

	No	Si	To-tal ge-ne-ral
En casa, contrato a un especialista	0	4	4
En casa, de manera autodidacta a través de videos en sitios web	0	3	3
En centros médicos privados	0	4	4
En centros médicos públicos	0	19	19
No recibe ningún tipo de terapia	39	0	39
En centros médicos solidarios, fundaciones	0	50	50
<b>Total general</b>	<b>39</b>	<b>80</b>	<b>119</b>

**h0.** El centro de terapia no tiene relación con que el paciente infantil reciba terapia

**h1.** El centro de terapia tiene relación con que el paciente infantil reciba terapia

**Tabla 18**

*Tabla de frecuencia para cálculo de Chi cuadrado de las variables*

*Tipo del centro de terapia con que el paciente la reciba*

f	ft	(f-ft) <sup>2</sup>	((f-ft) <sup>2</sup> )/ft
0	1,310924	1,7185227	1,3109244
0	0,983193	0,966669	0,9831933
0	1,310924	1,7185227	1,3109244
0	6,226891	38,774168	6,2268908
39	12,78151	687,40908	53,781513
0	16,38655	268,51917	16,386555
4	2,016807	3,9330556	1,9501401
3	2,689076	0,096674	0,0359506
4	12,77311	76,967446	6,0257408
0	26,21849	687,40908	26,218487
50	33,61345	268,51917	7,9884454
<b>Chi Cuadrado Frecuencia</b>			<b>114,23032</b>

Nota: Al revisar el Chi cuadrado calculado de la tabla de frecuencia y el Chi cuadrado de la tabla de distribución, como el Chi cuadrado de la tabla de distribución es 12,8325 que el Chi cuadrado calculado que es 114,2303 se acepta que las variables analizadas de centro de terapia con que no reciban atención infantil están asociadas de algún modo.

$V = \text{Cálculo de grado de libertad}$

$V = (\# \text{ Filas} - 1) * (\# \text{ Columnas} - 1)$

$V = (6-1) * (2-1)$

$V = 5 * 1$

$V = 5$

$\text{Margen de error} = 5\% = 0,05$

$\text{Chi Tabla de frecuencia} = 114,23$

$\text{Chi Tabla de distribución} = 12,8325$

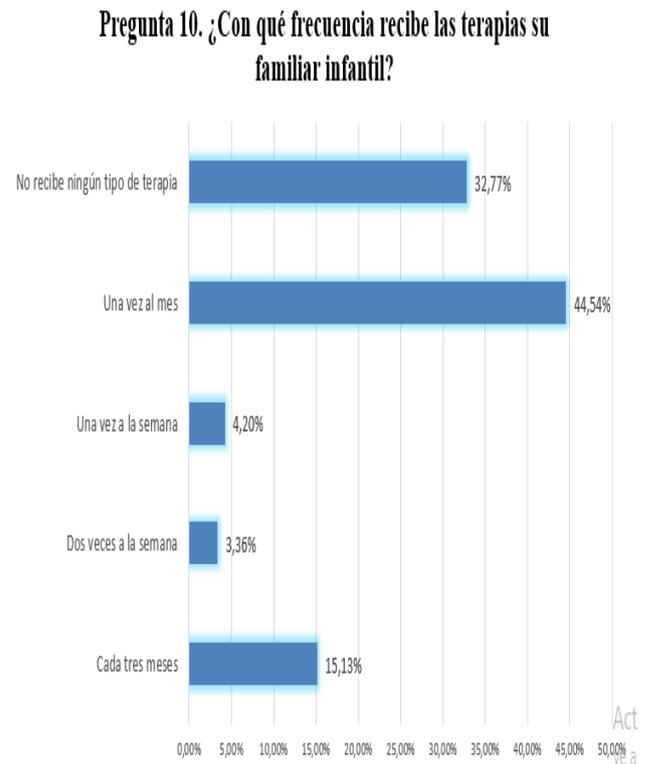
**Figura 10**

*Pregunta 10. Si su familiar dependiente en edad infantil recibe terapia ¿Con qué frecuencia las recibe?*

Frecuencia Terapia	Cantidad	Porcentaje
Cada tres meses	18	15,13%
Dos veces a la semana	4	3,36%
Una vez a la semana	5	4,20%
Una vez al mes	53	44,54%
No recibe ningún tipo de terapia	39	32,77%
<b>Total general</b>	<b>119</b>	<b>100,00%</b>

**Figura 11**

*Pregunta 10. ¿Con qué frecuencia recibe las terapias su familiar infantil?*



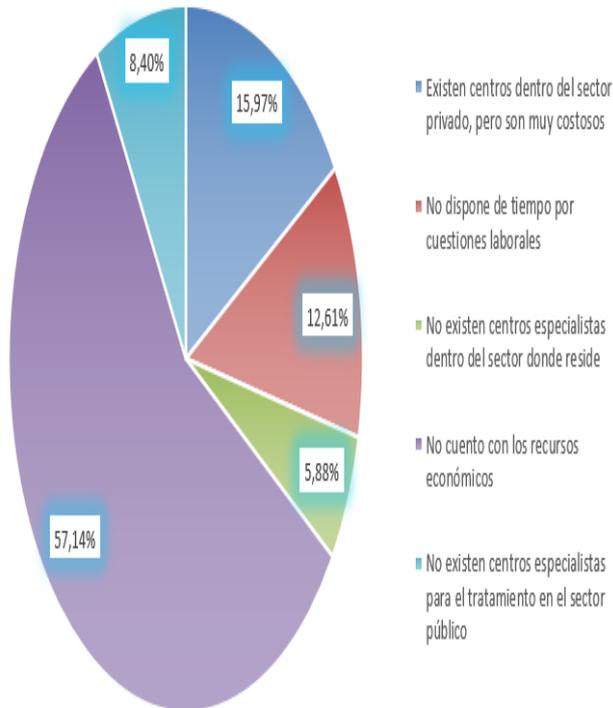
**Tabla 19**

*Pregunta 11. Si su familiar dependiente en edad infantil no recibe terapia, a pesar de necesitarla, Indique ¿Cuál ha sido el motivo por el que no ha recibido?*

Motivos por los que no reciben terapia	Cantidad	Porcentaje
Existen centros dentro del sector privado, pero son muy costosos	19	15,97%
No dispone de tiempo por cuestiones laborales	15	12,61%
No existen centros especialistas dentro del sector donde reside	7	5,88%
No cuento con los recursos económicos	68	57,14%
No existen centros especialistas para el tratamiento en el sector público	10	8,40%
<b>Total general</b>	<b>119</b>	<b>100,00%</b>

**Figura 12**

*Pregunta 11. Motivos por los que no recibe terapia*



**Tabla 20**

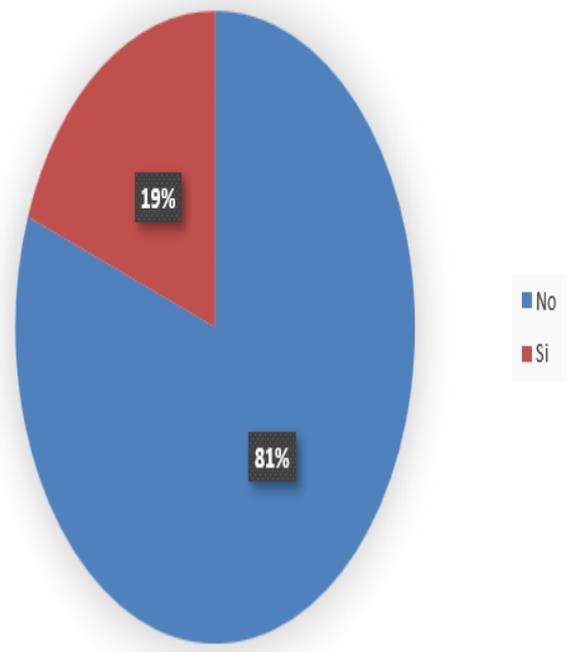
*Pregunta 12. ¿Ha recibido alguna ayuda por parte del gobierno ecuatoriano?*

Recibe Bonos del Gobierno	Cantidad	Porcentaje
No	96	81%
Si	23	19%
<b>Total general</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>

**Figura 13**

*Pregunta 12. ¿Ha recibido alguna ayuda por parte del gobierno ecuatoriano?*

**Pregunta 12. ¿Ha recibido alguna ayuda por parte del gobierno ecuatoriano?**



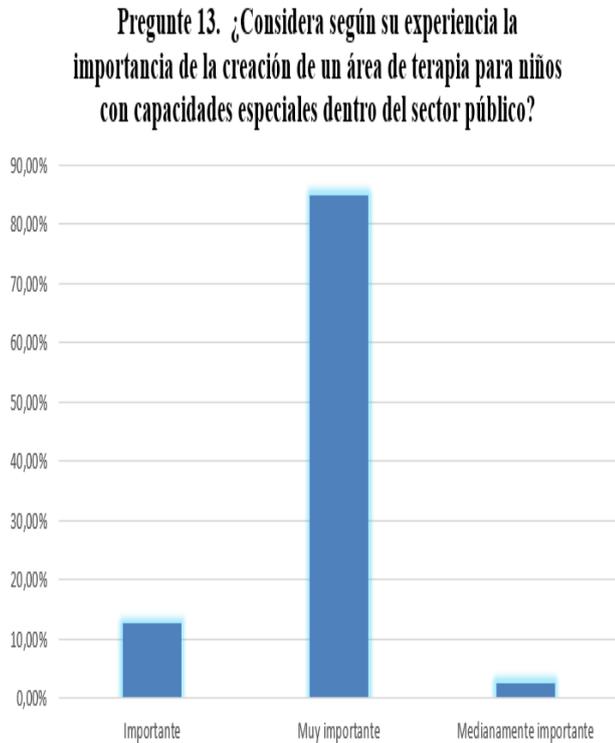
**Tabla 21**

*Pregunta 13. ¿Considera según su experiencia la importancia de la creación de un área de terapia para niños con capacidades especiales dentro del sector público?*

Nivel de importancia	Cantidad	Porcentaje
Importante	15	12,61%
Muy importante	101	84,87%
Medianamente importante	3	2,52%
<b>Total general</b>	<b>119</b>	<b>100,00%</b>

**Figura 14**

*Pregunta 13. ¿Considera según su experiencia la importancia de la creación de un área de terapia para niños con capacidades especiales dentro del sector público?*



**Tabla 22**

*Análisis de la relación entre el tipo de centro médico en que realizan las terapias frente a la importancia*

	En igual proporción pública y privada	Mayoritariamente privada	Mayoritariamente pública	Solo atención médica privada	Solo atención médica pública	Total general
Importante	3		1		11	15
Muy importante	19	1	15	1	65	101
Medianamente importante			1	1	1	3
<b>Total general</b>	<b>22</b>	<b>1</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>77</b>	<b>119</b>

**h0. No existe relación entre el tipo de atención médica y la relevancia de implementación**

**h1. Si existe relación entre el tipo de atención médica y la relevancia de implementación**

**Tabla 23**

*Tabla de frecuencia para cálculo de Chi cuadrado de las variables*

*Tipo de atención médica y la relevancia de implementación*

f	ft	(f-ft) <sup>2</sup>	((f-ft) <sup>2</sup> /ft)
3	2,773109	0,0514794	0,018564
19	18,67227	0,1074077	0,005752
0	0,554622	0,3076054	0,554622
0	0,12605	0,0158887	0,12605
1	0,848739	0,0228797	0,026957
0	0,02521	0,0006355	0,02521
1	2,142857	1,3061224	0,609524
15	14,42857	0,3265306	0,022631
1	0,428571	0,3265306	0,761905
0	0,252101	0,0635548	0,252101
1	0,252101	0,5593532	2,218768
1	0,05042	0,9017019	17,88375
11	9,705882	1,6747405	0,172549
65	65,35294	0,1245675	0,001906
1	1,941176	0,8858131	0,456328
<b>Chi Cuadrado Frecuencia <math>\sum((f-ft)^2)/ft</math></b>			<b>23,13662</b>

Nota: Al revisar el Chi cuadrado calculado de la tabla de frecuencia y el Chi cuadrado de la tabla de distribución, como el Chi cuadrado de la tabla de distribución es 15,5073 que el Chi cuadrado calculado que es 23,1366 se acepta que las variables analizadas del tipo de atención médica que reciben con el nivel de importancia de implementación están asociadas o inciden entre sí.

$$V = \text{Cálculo de grado de libertad}$$

$$V = (\# \text{ Filas} - 1) * (\# \text{ Columnas} - 1)$$

$$V = (3 - 1) * (5 - 1)$$

$$V = 2 * 4$$

$$V = 8$$

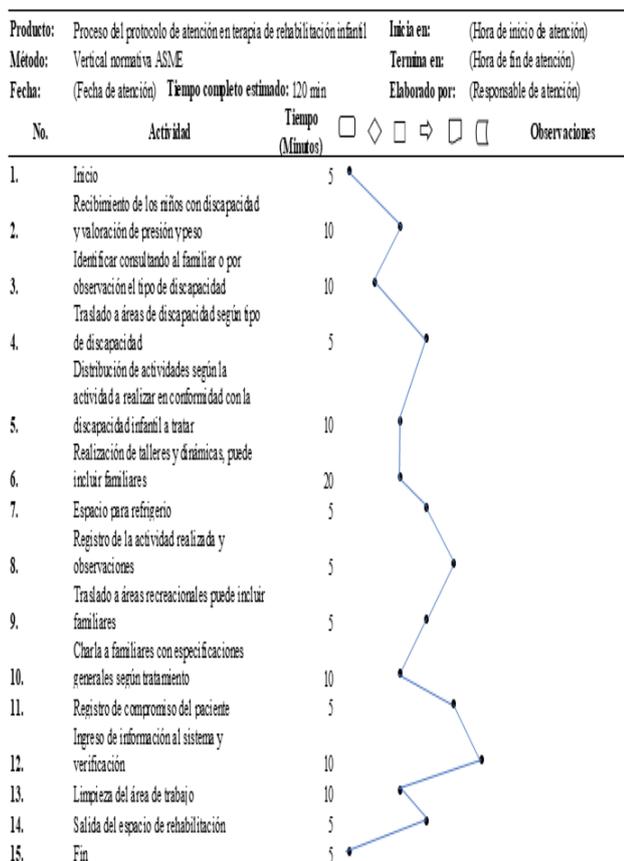
Margen de error = 5% = 0,05

Chi Tabla de frecuencia = 23,1366

Chi Tabla de distribución = 15,5073

**Figura 15**

Diagrama de flujo de protocolo de atención en terapia de rehabilitación infantil



**Tabla 24**

Estimación presupuestaria de la implementación del área de rehabilitación infantil

Área	Descripción de insumos y equipos	Cantidad	Frecuencia de compra al año	Costo Unitario	Estimación Anual
Estimulación Temprana	Juego para plastilina	6	4	1,95	46,80
	Caja de colores	6	4	3,8	91,20
	Caja de crayones	6	4	1,4	33,60
	Lápices	25	4	0,35	35,00
	Papeles para manualidades	5	4	0,25	5,00
Área Sensorial	Marcadores de Neón	4	2	3,8	30,40
	Borradores de Neón	2	2	0,45	1,80
	Materiales varios	3	2	1,5	9,00
	Audífonos	3	2	4,91	29,46
	Esponja para protección de ruido externo	40	1	5,6	224,00
Área de pedagogía	Juegos de legos	6	2	6,35	76,20
	Juegos de bloques	6	2	8,05	96,60
Área de fisioterapia	Ligas Bandas elásticas de resistencia	6	4	2,99	71,76
	Pelota para rehabilitación 75 cm	3	2	8,99	53,94
	Pelotas para rehabilitación para pies	6	2	9,97	119,64
	Crema para calentamiento muscular	2	2	3,21	38,52
	Caminadora eléctrica	1	1	1193	1.193,00
	Riel de equilibrio	4	1	35	140,00
	Balancines	6	2	12	144,00
	Escalera de obstáculos	3	2	25	150,00
	Mesa de bipedestación	1	1	1301	1.301,00
	Psicología	Cuentos	4	3	1,5
Insumos generales	Resma de papel	4	3	3,5	42,00
	Lápiz	12	4	0,35	16,80
	Marcador de tiza líquida	6	3	0,81	14,58
	Borradores para pizarrón	3	1	0,5	1,50
	Resma de papel A4	4	3	3,5	42,00
	Caja de borrador blanco Pelikan	4	3	0,55	6,60
	Caja de bolígrafos	12	3	0,16	5,76
	Carpetas colgantes con vinchas	10	3	0,78	23,40
	Grapadora	2	1	9,11	18,22
	Grapas Caja	3	3	0,55	4,95
Perforadora	2	1	8,95	17,90	
Quita grapas	2	1	0,9	1,80	

Muebles y enseres generales	Escritorio de oficina	5	1	189	945,00
	Silla oficina	5	1	59	295,00
	Archivador	2	1	220	440,00
	Sillas de espera x3	3	1	300	900,00
	Escritorio de recepción	1	1	650	650,00
	Silla alta recepción	1	1	119	119,00
	Tachos de basuras por área	5	1	6,89	34,45
	Tacho externo 3	1	1	60	60,00
	Dispensador de jabón líquido	2	1	6,49	12,98
	Dispensador de papel higiénico	2	1	12	24,00
	Camilla	1	1	632,9	632,90
	Sillas de ruedas	3	1	128	384,00
	Cuna corral para niños	2	1	195	390,00
	Equipos de computación	Computador	2	1	590
Impresora		1	1	299	299,00
Adecuaciones	Adecuación de baño externo adaptado para discapacidad con área cambiador de pañal	1	1	1400	1.400,00
	Divisiones	1	1	800	800,00
	Baño personal	1	1	350	350,00
Honorarios profesionales	Personal administrativo	1	12	817	9.804,00
	Médicos especializados	2	12	2641	63.384,00
	Licenciados especializados	2	12	1212	29.088,00
	Auxiliares de rehabilitación	2	12	531	12.744,00
<b>Total estimación presupuestaria anual</b>					<b>128.040,76</b>
<b>Total estimación Mensual</b>					<b>10.670,06</b>

## Referencias bibliográficas

- Arrivillaga, M., & Hurtado, L. (Marzo de 2018). Determinación social del acceso a servicios de salud de población infantil en situación de discapacidad. *Revista Cubana Salud Pública*, 44(1). Obtenido de <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2018.v44n1/100-109/es/>
- Baena, G. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Grupo Editorial Patria.
- Batista, D., Vásquez, V., Cunha, C., & López, O. (Diciembre de 2019). Accesibilidad en la salud: Revisión sobre niños y niñas con discapacidad en Brasil-Perú-Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 17(2).

Obtenido de <https://revistaumanizales.cinde.org.co/rlicsnj/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/3930/1012>

- Blanco, V. (2017). *Centro de discapacidad intelectual formación infantil*. Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés. Obtenido de <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/14955>
- Bruce, P., Bruce, A., & Gedeck, P. (2022). *Estadística práctica para ciencia de datos con R y Python*. Madrid: Marcombo.
- Caracas, J., & Vargas, E. (2013). *Fundación técnico para personas con discapacidad cognitiva*. Santiago de Cali: Fundación Universitaria Lumen Gentium. Obtenido de <https://repository.unicatolica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12237/20/FUCLG0010578.pdf?sequence=1>
- Chalén, S., & Cuenca, L. (2020). *Análisis del gasto público y privado en los servicios de salud a la población con discapacidad. Año 2019*. Guayaquil: Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Guayaquil. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/50429>
- Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. (2021). *Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades*. Obtenido de Estadísticas de discapacidad: <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>

Flores, J. (28 de Marzo de 2022). Atención médica en el sector público en el cantón Chone a la discapacidad infantil desde la experiencia del profesional en rehabilitación. (M. Cabrera, Entrevistador)

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2022). *Informe Ejecutivo Canastas Analíticas*. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/ipc-canastas-2022/>

López, Z., & Toapanta, D. (2018). *Centro de atención, desarrollo y cuidado integral para niños de 0 a 4 años y niños con discapacidad*. Ambato: Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Ciencias Administrativas. Carrera Organización de Empresas. Obtenido de <http://repositorio.>

uta.edu.ec/handle/123456789/27765

- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2019). *Autorización de permisos de funcionamiento para la prestación de servicios intramurales y extramurales públicos y privados para el desarrollo infantil, personas con discapacidad, adultos mayores y de protección especial*. Obtenido de <https://www.inclusion.gob.ec/autorizacion-de-funcionamiento/>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2022). *MIES realiza acompañamiento familiar a nuevos beneficiarios del Bono Joaquín Gallegos Lara*. Obtenido de <https://www.inclusion.gob.ec/mies-realiza-acompanamiento-familiar-a-nuevos-beneficiarios-del-bono-joaquin-gallegos-lara/>
- Muñoz, S., & Penagos, P. (2021). *Características de los procesos de telerehabilitación en niños y niñas en situación de discapacidad: Una revisión documental*. Escuela Colombiana de Rehabilitación, Bogotá. Obtenido de <https://ecr-dspace.metabiblioteca.com.co/handle/001/380>
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Los Objetivos del desarrollo sostenible*. Obtenido de Organización de las Naciones Unidas: <https://sdgs.un.org/es/goals>
- Organización de las Naciones Unidas. (10 de Noviembre de 2021). *Uno de cada diez niños sufre alguna discapacidad; la probabilidad de exclusión es mucho mayor para ellos*. Obtenido de Noticias ONU. Mirada global Historias humanas: <https://news.un.org/es/story/2021/11/1499812>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Algunos datos sobre las personas con discapacidad*. New York: ONU. Obtenido de <https://www.un.org/development/desa/disabilities-es/algunos-datos-sobre-las-personas-con-discapacidad.html>
- Oros, L., Flores, M., Reyes, E., Rodríguez, Á., & Morales, M. (Septiembre de 2019). *Innovación tecnológica en la práctica de Mhealth mediante una App como soporte a la terapia ocupacional infantil*. *Salus*, 23(3), 24-27. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/3759/375967800005/375967800005.pdf>
- Pérez, M. (2019). *Habilidades profesionales especializadas para la atención a la discapacidad infantil*. *Humanidades Médicas*, 19(1), 80-96. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/hummed/hm-2019/hm191f.pdf>
- Ramírez, X., & Flores, J. (2021). *Análisis de los efectos socioeconómicos provocados por la COVID 19 en las personas con discapacidad de la zona 8 del Ecuador, periodo 2020-20*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Económicas. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/55826>
- Robles, M. (2021). *Estudio de mercado para el diseño de un parque temático inclusivo infantil en la ciudad de Guayaquil*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil: Facultad de Comunicación Social. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/56052>
- Rodríguez, G. (25 de Marzo de 2022). *Atención médica en el sector público en el cantón Chone a la discapacidad infantil desde la experiencia del profesional en rehabilitación*. (M. Cabrera, Entrevistador)
- Salvador, J., Baena, M., Domínguez, I., & Lima, M. (Abril de 2018). *Discapacidad intelectual en niños y adolescentes: influencia en la familia y la salud familiar. Revisión sistemática*. *Enfermería Clínica*, 28(2), 89-102. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.10.005>
- Sánchez, M. (2020). *Análisis de las políticas sociales de inclusión e inserción laboral a personas con discapacidad en el Ecuador periodo 2000-2017*. Universidad de Guayaquil. Facultad de ciencias económicas. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/50783/1/TF-SANCHEZ%20MORALES%20MABEL%20TAMARA.pdf>
- Secretaría Técnica Planifica Ecuador. (2019). *Informe de avance del cumplimiento*

*de la agenda 2030 para el desarrollo sostenible*. Ecuador. Obtenido de <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/07/Informe-Avance-Agenda-2030-Ecuador-2019.pdf>

Solórzano, N., & Villa, J. (2021). *Evaluación de la calidad del servicio de atención al usuario del MIES en personas con capacidades especiales, cantón Chone*. Calceta: Escuela Superior Politécnica Agropecuaria de Manabí Manuel Félix López. Obtenido de <https://repositorio.espam.edu.ec/bitstream/42000/1474/1/TTAP45D.pdf>

Toro, I., & Parra, R. (2006). *Método y conocimiento: metodología de la investigación : investigación cualitativa/ investigación cuantitativa*. Colombia: Universidad Eafit.

Ullman, H., Atuesta, B., Rubio, M., & Cecchini, S. (2020). *Las transferencias monetarias no contributivas un instrumento para promover los derechos y el bienestar de la población infantil con discapacidad en América Latina y el Caribe*. CEPAL-UNICEF-NACIONESUNIDAS. Obtenido de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46626/S2000737\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46626/S2000737_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)