



**ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL
ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
MAESTRIA EN GESTIÓN DE PROYECTOS**

**TESIS DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE:
MAGISTER EN GESTIÓN DE PROYECTOS**

TEMA:

**“CENTRO DE RECURSOS EN NUTRICIÓN PARA PERSONAS CON
DISCAPACIDAD EN LA CABECERA CANTONAL, RECINTO RELICARIO Y
COLORADAL DEL CANTON PALESTINA, EN LA PROVINCIA DEL
GUAYAS”.**

AUTORA:

Yulieth Stave Gómez

DIRECTORA:

MARIA JOSÉ CASTILLO Ph. D

Guayaquil- Ecuador

Octubre, 2012

AGRADECIMIENTO

Gracias a mis niños y niñas con capacidades especiales por haberle dado sentido a esta iniciativa.

A la Fundación ECUAVIDA y a Alfonso Álava, por su incondicional apoyo en este camino, de principio a fin.

A mi tutora, por su paciencia, atención y orientación.

Al Ec. Alex Cevallos, por permitirme aun contra todo pronóstico ingresar a la ESPAÉ, por creer en mí, a usted mi agradecimiento especial.

A mis amigos, Sócrates Almeida, Sindy Cardozo y Leonela Correa, la cafeína y su lealtad fueron trascendentales para finalizar este ciclo.

Y a Dios, no por último el menos importante, por tu fidelidad, por tus promesas, por esta bendición que me enseñó que ser fuerte no es una opción, es una forma de vida y la felicidad es un rompecabezas, compuesto por momentos sencillos y logros pequeños o grandes, pero al final propios.

DEDICATORIA

Para ti mamá y para ti abuela, que me han enseñado desde pequeña que las circunstancias no nos definen, sino nuestro coraje para enfrentarlas.

A ustedes mi mayor tesoro, mi amor, mi soporte mi única familia, razón por la cual emprendí este viaje y razón por la cual decido retornar.

Gracias por la espera.

RESUMEN EJECUTIVO

El Ecuador se encuentra en un importante momento de transición en cuanto a la configuración de la atención de la condición de discapacidad. Partiendo de un enfoque predominantemente físico, que lideraba las acciones estatales en la segunda mitad del siglo XX con espíritu asistencialista y que finalmente estigmatizó no solo a la discapacidad, sino que también a quienes viven en esta condición, sus cuidadores y familias; hacia la atención de la discapacidad desde un enfoque de derechos que busca transformar las condiciones discapacitantes del entorno y fortalecer las capacidades individuales de las personas con discapacidad y quienes comparten con ellos esta condición, para lograr el desarrollo de una vida plena.

En la consecución de este propósito como estado garante de derechos, es vital contemplar los problemas de malnutrición evidenciados en el país desde una perspectiva incluyente, correlacionados a las necesidades de las personas con discapacidad dado que el desconocimiento de las familias para abordarlos, expone sustancialmente la condición de salud de quien lo presenta.

Este proyecto contempla la creación del primer Centro de Recursos Comunitarios del País, con el apoyo de la Fundación ECUAVIDA, en el Cantón Palestina. Dirigido a 101 beneficiarios con discapacidad de tipo motora, sensorial, mental, mixta y seguimiento, de los cuales el 62% posee un estado de nutrición inadecuado.

compuesto por un esquema que contempla 3 principios fundamentales: Plan de educación nutricional incluyente: capacitaciones, taller de recursos, cocina y nutrición, estrategias educativas dirigidas por un equipo de profesionales para madres o

cuidadores de Personas con Discapacidad; Prevención primaria del sector salud incluyente y eficiente los profesionales en salud cuenten con herramientas de prevención primaria eficiente e incluyentes, planes de evaluación y tratamiento especializados en el área de alimentación – Discapacidad; Accesibilidad a Servicios Especializados a través de *Aulas Transitorias* aulas de apoyo con servicios de educación especial y apoyo terapéutico, para posibilitar la inclusión e integración de las personas con discapacidad.

INDICE GENERAL	PAG.
1. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO	13
1.1 Organización Solicitante	13
1.2 Título del Proyecto	13
1.3 Ubicación del Proyecto	13
1.4 Duración del Proyecto	13
2. ORGANIZACIÓN PROMOTORA DEL PROYECTO	13
2.1 Razón social de la organización	13
2.2 Dirección	13
2.3 Teléfono, fax, correo electrónico	13
2.4 Representante legal	14
2.5 Fecha de creación y acuerdo de legalización	14
2.6 Equipo técnico responsable del proyecto	14
2.7 Hoja de vida de la institución	14
3. ANTECEDENTES Y CONTEXTO	14
3.1 Antecedentes	14
3.2 El Marco Jurídico General en Discapacidad	20
3.3 Contexto del Proyecto	24

4. IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN	24
5. EVALUACIÓNEX-ANTE	27
5.1 Costo efectividad	29
6. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	30
6.1 Actores Involucrados en el Proyecto	30
6.2 Descripción de Objetivos	31
6.2.1 Objetivo de Impacto (Resultado de Largo Plazo)	31
6.2.2 Propósito del Proyecto (Resultado de corto-mediano plazo)	31
6.2.3 Componentes Del Proyecto (Productos)	32
6.3 Actividades del Proyecto	34
7. ESTUDIO DE MERCADO	38
8. VIABILIDAD	44
8.1 Viabilidad Técnica	44
8.2 Subvención	45
8.3 Flujo de Costos	47

8.4	Estrategia de Sostenibilidad	49
9.	SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	49
10.	ORGANIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN	51
10.1	Estructura Legal Adoptada	51
10.2	Estructura Orgánica y Funcional	51
10.3	Cargos y Funciones	52
10.4	Modalidades de Ejecución y Gerencia	55
11.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	56
12.	ANEXOS	57

INDICE DE TABLAS	PAG.
Tabla N°1: Relación Costo Efectividad	29
Tabla N°2: Cadena de Resultados	37
Tabla N°3: % Aporte por entidades	47
Tabla N° 4: Flujo de caja del Centro de Recursos	48
Tabla N° 5: Monitoreo y Evaluación por indicadores	50
Tabla N° 6: Estatura y Peso en Kg. Para niños y niñas	66
Tabla N° 7: Índice de Masa Corporal IMC para niños y niñas	66
Tabla N° 8: Relación Edad- Bajopeso, Normopeso, Sobrepeso OMS	66

INDICE DE GRAFICOS	PAG.
Gráfico N° 1: Productos del Proyecto	33
Gráfico N° 2: Estructura Orgánica y Funcional	52
Gráfico N° 3: Relación IMC - Discapacidad	77
Gráfico N° 4: Capacidad de Masticación	77
Gráfico N° 5: Capacidad de Succión	78
Gráfico N° 6: Capacidad de Sorbición	78
Gráfico N° 7: Capacidad de Deglución	79
Gráfico N° 8: Relación Dependencia – IMC	79
Gráfico N° 9: Reconocimiento Problemas en Estado de Nutrición – cuidadores	80
Gráfico N° 10: Relación IMC- Cuidadores Reconocen que SI presenta Estado nutritivo inadecuado	80
Gráfico N° 11: Relación IMC- Cuidadores Reconocen que NO presenta Estado nutritivo inadecuado	80

GUIA DE ANEXOS	PAG.
ANEXO 1. Árbol de Problemas	57
ANEXO 2. Árbol de Objetivos	58
ANEXO 3. Análisis de Involucrados	59
ANEXO 4. Marco Lógico	60
ANEXO 5. Matriz de Monitoreo y Evaluación	61
ANEXO 6. Glosario de Términos Estudio de Mercado	62
ANEXO 7. Entrevista Dra. Wendy Alcívar, Directora	68
Subcentro de Salud Cantón Palestina	
ANEXO 8: Encuesta de Evaluación Básica de Conocimientos Prácticas y Actitudes en Alimentación y Nutrición al Equipo Humano de Subcentro de Salud del Cantón Palestina	68
ANEXO 9. Encuesta dirigida a Padres y/o cuidadores de Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes con Discapacidad becados Por Fundación Ecuavida	70
ANEXO 10. Presupuesto de Implementación	74
ANEXO 11: Tabla de Inversión de Capital	75
ANEXO 12: Cedula del Personal	76
ANEXO13: Gráficos de Investigación Cuantitativa	77

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

1.2 ORGANIZACIÓN SOLICITANTE

Fundación Ecuavida

1.3 TITULO DEL PROYECTO

CENTRO DE RECURSOS EN NUTRICIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA CABECERA CANTONAL, RECINTO RELICARIO Y COLORADAL DEL CANTÓN PALESTINA, EN LA PROVINCIA DEL GUAYAS.

1.4 UBICACIÓN DEL PROYECTO

Provincia del Guayas, Cantón Palestina, Cabecera cantonal, Recinto Relicario, Recinto Coloradal.

1.5 DURACIÓN DEL PROYECTO

El proyecto tiene una duración de 2 años.

2. ORGANIZACIÓN PROMOTORA DEL PROYECTO

2.1 RAZÓN SOCIAL DE LA ORGANIZACIÓN

Fundación Ecuavida

2.2 DIRECCIÓN

Ciudadela Kennedy Norte, Manzana 502, solar 27- 28.

2.3 TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO

601-24-18 601-67-64 - Ecuavida2004@gmail.com

2.4 REPRESENTANTE LEGAL

Alfonso Álava Maldonado

2.5 FECHA DE CREACIÓN Y ACUERDO DE LEGALIZACIÓN

Fecha de creación de la Organización 6 de septiembre del 2004 Acuerdo Ministerial N° 000070 por el Ministerio de Inclusión Económica y Social.

2.6 EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE DEL PROYECTO

Fga. Julieth Stave Gómez

2.7 HOJA DE VIDA DE LA INSTITUCIÓN

Fundación Ecuavida ha ejecutado proyectos de Educación Especial Bajo el Modelo de Rehabilitación Basada en la Comunidad con Gobiernos Autónomos Descentralizados Municipales de los Cantones de Bucay, Cumandá, Guayaquil, Playas, Isidro Ayora, Palestina, proyectos Infocentros Inclusivos, Programa de Intervención Alternativa en Hipoterapia, Terapia Acuática y Musicoterapia, entre otros.

3. ANTECEDENTES Y CONTEXTO

3.1 Antecedentes

Como se sabe la discapacidad es el resultado de la interacción de deficiencias físicas, sensoriales o mentales con el ambiente físico, cultura e instituciones sociales. Una persona puede tener una condición que lo limite en algunos aspectos de su funcionamiento, pero esta condición solo se convierte en *discapacitante* si se enfrenta a barreras en el ambiente físico o social que tiene como entorno.

En otros términos, la discapacidad es una variable que resulta de la interacción entre una variable que tiene que ver con la funcionalidad de la persona y otra variable que tiene que ver con el ambiente y la organización social. La definición de quién tiene o no una discapacidad no depende entonces solo de las características personales de los individuos sino de cómo la sociedad donde viven organiza su entorno¹.

La Organización Mundial de Salud (OMS), estima que aproximadamente 600 millones de personas (el 10% de la población mundial) tiene alguna discapacidad, de los cuales el 80% viven en los países pobres del sur².

En América Latina existen aproximadamente 85 millones de personas con Discapacidad. Por lo menos tres millones de discapacitados se encuentran en los siete países que componen el Istmo Centroamericano; esa cifra es superior a la población de algunos países de la Región.

Probablemente, más de un cuarto de la población total de la Región se encuentre afectada directa o indirectamente por la discapacidad de familiares, amistades o miembros de la comunidad. La situación de las personas con discapacidad se caracteriza por extrema pobreza, tasa elevada de desempleo, acceso limitado a los servicios públicos de educación, atención médica, vivienda, transporte, legales y otros; en general, su posición social y cultural es marginada y de aislamiento³.

¹ (BERMAN Bieler, Rosangela. Desarrollo Inclusivo: Un Aporte Universal Desde La Discapacidad Equipo de Discapacidad y Desarrollo Inclusivo, Región de Latinoamérica y El Caribe, Banco Mundial, 2005, pag. 2)

² (BERMAN Bieler, Rosangela. Desarrollo Inclusivo: Un Aporte Universal Desde La Discapacidad Equipo de Discapacidad y Desarrollo Inclusivo, Región de Latinoamérica y El Caribe, Banco Mundial, 2005, pag. 3)

³(Medeiros, Presentación sobre Pobreza, Desarrollo y Discapacidad, Taller Alianzas para el Desarrollo Inclusivo, 2005)

Mencionar pobreza y acceso limitado a recursos básicos en discapacidad, es hablar de múltiples restricciones y serias repercusiones desde el plano nutricional. Enfoque específico de esta revisión.

Una nutrición suficiente en cantidad, de una calidad apropiada, armónica en sus principios nutritivos y, adecuada a cada individuo, va a ser fundamental en todos los grupos biológicos. Dentro de estos, un grupo especial lo conforman las personas con discapacidad, ya que si bien la discapacidad en sí puede afectar la nutrición de las personas en esta situación, existen también otros factores que pueden influir en la misma.

Según el Informe Ecuador, Cumbre sobre la Alimentación 2011, El Ecuador no presenta un problema de hambre, como el que se da en otras economías y regiones del mundo. El país produce alimentos suficientes para satisfacer la demanda interna, y los suministros de energía alimentaria a nivel nacional satisfacen los requerimientos de la población, sin embargo existen problemas alimentarios relacionados con la condición nutricional de las personas, Desnutrición y sobrepeso, son dos estados nutricionales que se reflejan en la población ecuatoriana y merecen atención especial.

Alineando con estos problemas se encuentra el inconveniente de una masiva ausencia de educación alimentaria y nutricional en los hogares, sobre todo en las madres, que son quienes normalmente se encargan de abastecerse de alimentos y de prepararlos. Si a esta caracterización se añade la escasa diversificación productiva local que profundiza el problema nutricional, se tienen consecuencias inmediatas en la permanencia del ciclo de pobreza.

Con estas consideraciones, el planteamiento de los Objetivos Desarrollo del Milenio en el Ecuador ha sido reducir a la mitad la prevalencia de desnutrición crónica, los

indicadores seleccionados en el Informe se refieren al de los menores de cinco años al cual debería ser el esfuerzo para mejorar esta condición.

Para atender estas necesidades, Ecuador ha previsto el apoyo con el financiamiento de media docena de programas para la distribución de alimentos, los cuales incluyen:

El Programa de Alimentación Escolar (PAE), administrado a través del Ministerio de Educación y Cultura y dirigido hacia los niños mayores de 5 años.

Cuatro programas del Ministerio Inclusión Económica y Social (antes reconocido como el Ministerio de Bienestar Social) : (a) Aliméntate Ecuador (anteriormente PRADEC) dirigido a niños de 2 a 5 años de edad cuyas familias se encuentran dentro de los quintiles 1 y 2 del SELBEN (Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios de los Programas Sociales); el programa distribuye alimentos fortificados en polvo, raciones ordinarias de comida, como incentivo para que las madres se acerquen a recibir el producto fortificados, y pastillas antiparasitarias; (b) Operación Rescate Infantil (ORI) que suministra tres comidas completas por día para niños menores de 5 años en guarderías comunitarias y también paga a grupos de madres para que cuiden a los niños y preparen los alimentos; (c) transferencias hacia el Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA), que apoya a programas de Alimentación; (d) El programa FODI (antes “Nuestros Niños”), que es un programa de desarrollo infantil temprano ejecutado a través de las ONG, algunas de cuyas modalidades incluyen la alimentación ⁴.

Los Programas Nutricionales desarrollados y administrados por el MSP Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección Nacional de Nutrición implementan cuatro programas nutricionales:

⁴ (Insuficiencia nutricional en el Ecuador, Causas, Consecuencias y Soluciones, 2006)

Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN) este tienen como objetivo prioritario la vigilancia del estado nutricional de las embarazadas, madres en periodo de lactancia y menores de 5 años que acuden a las unidades operativas del MSP (Ministerio de Salud Pública), a través de indicadores antropométricos (peso, talla y edad).

Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PANN), consiste en la prescripción y entrega de 2Kg mensuales de producto de alimentación complementaria: mi Bebida a toda embarazada y madre en periodo de lactancia, y Mi Papilla a niños y niñas de 6 a 36 meses.

El Programa Integrado de Micronutrientes (PIM) provee tabletas de hierro y ácido fólico para embarazadas; jarabe de hierro para menores de 2 años; y cápsulas de vitamina A para niños y niñas de 6 a 36 meses.

Programa de Educación Alimentaria Nutricional (PEAN) las estrategias utilizadas se traducen en la organización y ejecución de charlas grupales en pre y pos consulta, incluyen manuales y guías alimentarias para escolares, adolescentes, manual de capacitación y nutrición para personal de salud con 17 módulos, ninguno incluye discapacidad.

Todos estos planes y programas conforman el Sistema Integrado de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SIVAN).

El patrón de cobertura y beneficios de los programas varía ampliamente entre programas, El programa de alimentación escolar PAE alcanza 1.2 millones de beneficiarios – 31% más que el tamaño estimado de la población objetivo del programa de niños de escuelas rurales y urbano marginales. (Insuficiencia nutricional en el Ecuador, Causas, Consecuencias y Soluciones. Banco Mundial, 2006.).

No obstante provee un servicio por apenas cerca de un cuarto de los 160 días en el año escolar. Otros programas tienen un nivel de cobertura relativamente alto (Ej.: Aliméntate Ecuador con 69 por ciento y Mi Papilla de PANN 2000 con 31 por ciento), pero sus beneficios son muy bajos y el impacto nutricional resultante es cuestionable. En el otro extremo del espectro está el ORI, que entrega amplios beneficios a una proporción pequeña de la población objetivo, originando serias implicaciones de inequidad horizontal (otros niños en similares condiciones no reciben el mismo beneficio).

La mayoría de hogares ecuatorianos no reciben apoyo de programas nutricionales, mientras una minoría significativa recibe apoyo de múltiples programas. De acuerdo a la información de la encuesta de hogares (ENEMDU 2005), 67 por ciento de los hogares no se benefician de ninguno de los seis principales programas revisados (AE, BDH, INNFA, PAE, PANN, y ORI).

21% se beneficia de un programa y 13 % de más de uno. El beneficio promedio anual por hogar es de \$109 para beneficiarios de un programa, \$182 para aquellos con dos, \$229 para aquellos con tres y \$380 para aquellos con cuatro programas.

Este mismo informe Nutricional en el Ecuador, emitido por Banco Mundial, concluye que una pieza importante faltante en la estrategia de nutrición en Ecuador es la consejería a nivel comunitario, vinculada al monitoreo del crecimiento. Todos los programas actualmente organizados en el SIAN (Sistema Integrado de Alimentación y Nutrición) son básicamente programas de distribución de alimentos, que se concentran en la logística del proceso de distribución (normalmente delegado al Programa Mundial de Alimentos, PMA).

En este marco, se ha puesto mucha energía en argumentos acerca de si dar prioridad a la distribución de alimentos para los niños más pequeños (PANN 2000) o para los mayores (AE, PAE) pero además de establecer un rango de edad adecuado, es también crítico lograr la intervención correcta.

Ninguno de estos programas le sigue la pista al progreso de los beneficiarios individuales o está preocupado, en la práctica, de la promoción de la comprensión nutricional o de comportamientos apropiados de las madres.

Desde la revisión bibliográfica hasta los programas de asistencia alimentaria y nutricional del Ecuador, solo uno de ellos presta atención a los casos de desnutrición de las personas con Discapacidad, Programa Aliméntate Ecuador, distribuyendo una serie de productos, desligado no solo de las necesidades particulares, sino que además no suministran instrucciones a las madres o cuidadores del cómo adaptarlos o cómo complementar esa nutrición.

3.2 El Marco Jurídico General en Discapacidad.

Para ampliar el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad en el territorio nacional y verificar si existe garantía de derechos y protección alimenticia y nutricional en ellos, revisamos el marco jurídico del Ecuador en Discapacidad, La ley Orgánica de Discapacidades aprobada el 24 de Julio del 2012, considera Persona Con Discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera generado, ve restringida permanentemente en al menos en un treinta por ciento (30%) su participación o limitada su capacidad biológica, sicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria.

La normativa existente en el país es la Ley y Reglamento sobre discapacidades, expedida por el Congreso Nacional y publicada en el Registro Oficial (R.O.) No. 301 de viernes 6 de abril de 2001. El Reglamento General a la Ley de Discapacidades fue publicada en el R.O. No. 27, de 21 de febrero de 2003. Durante la 61ª sesión de la Asamblea General de las Naciones Unidas, que se realizó el 13 de diciembre del 2006, y por consenso de sus participantes, se adoptaron los textos de la Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y el Protocolo Facultativo; (CDPD) estos instrumentos fueron suscritos el 30 de marzo del 2007 por el Vicepresidente Constitucional de la República del Ecuador⁵.

Son 139 los países signatarios de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 82 signatarios del Protocolo Opcional, 57 ratificantes de la Convención y 36 ratificaciones del Protocolo: Nuestro país ha ratificado los dos instrumentos. Por estar regido por el derecho internacional tiene fuerza vinculante; es decir, que es de obligado cumplimiento para los Estados una vez que lo firman y lo ratifican.

La convención, en su conjunto asegura que las personas con discapacidad disfruten de los mismos derechos humanos en todos los campos. Ecuador se convirtió entonces en el país N° 20 en ratificar y firmar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).

Gracias a la adhesión a la convención de las Naciones Unidas con el propósito de promover y fortalecer los derechos de las Personas con Discapacidad y en coherencia a los instrumentos internacionales adoptados por el país, se elevó a política de Estado la Atención y Prevención de la discapacidad, delegando su ejecución a la Vicepresidencia

⁵ Ley de discapacidades 2003

de la República, quien a través del Programa “Ecuador sin Barreras” brindó una respuesta a los años de abandono del Estado.

Por medio de una serie de convenios interinstitucionales con casi todas las instituciones del estado, se da inicio a las Misiones Solidarias, “Manuela Espejo” y “Joaquín Gallegos Lara”. La primera consistió en un estudio Bio-psicosocial, clínico y genético para registrar geo referencialmente a todas las personas con Discapacidad, mientras que la segunda identificaría los casos más críticos, aquellos en que las personas con Discapacidad intelectual, física severa o con multidiscapacidades, viviendo en un entorno de extrema pobreza, recibirían ayuda económica a través de un bono de 240 Dólares mensuales, otorgado a un familiar o cuidador o persona responsable del cuidado, en el Ecuador. Se identificaron 14.479 personas bajo estas condiciones⁶.

Según datos del censo poblacional del INEC en el 2011 señala que el total de la población del Ecuador corresponde a 14.483.499 habitantes. De éstos, el 12.14% es decir, 1.608.334 personas sufren de alguna discapacidad; 184.336 hogares ecuatorianos tienen al menos una persona con discapacidad; el 8% son hogares rurales y el 5% hogares urbanos. El 8% de hogares de la Sierra tiene al menos una persona que sufre Discapacidad; este porcentaje es superior a los porcentajes de la Región Costa 4% y Amazonia 6%. Las provincias con mayor índice de personas con discapacidad son Guayas, Pichincha, Manabí y Azuay, que presentan porcentajes superiores al promedio nacional, mientras que las provincias de la Amazonía Napo, Pastaza, Sucumbíos y Orellana presentan porcentajes inferiores a la media nacional. En la Región Amazónica el porcentaje es similar al promedio nacional, pero diez veces inferior a los porcentajes de la Región Costa y Sierra⁹.

⁶ www.vicepresidencia.gov.ec

El proceso de carnetización y calificación que realiza el Consejo Nacional de Discapacidad (CONADIS) es con el objeto de mantener un registro nacional de discapacidades. Del universo indicado de 1.608.334 Personas con alguna Discapacidad, únicamente 330.334 están registradas.

Según datos del INEC (2011), El promedio mensual de ingresos Per Cápita en el país es: Quintil 1: \$9.93, Quintil 2: \$31.23, Quintil 3: \$58.69, Quintil 4: 105.3, y, Quintil 5: \$2.935.8. La distribución de la pobreza en la población con discapacidad es heterogénea en las distintas provincias del país. En Bolívar, Chimborazo, Carchi, Morona Santiago y Loja viven las personas más pobres que sufren de discapacidad. En las provincias de Bolívar y Chimborazo el 70% de la población está ubicada en los quintiles 1 y 2, es decir tienen los menores ingresos en el país, cuyo ingreso mensual fluctúa entre \$0.00 a \$30.00 mensuales. Este porcentaje es 20% mayor a la población sin discapacidad ubicada en los mismos quintiles.

De acuerdo al compromiso frente a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que el país tiene al ser miembro signatario, con la coordinación del CONADIS y las instituciones responsables de la gestión a favor de las Personas Con Discapacidad, y en medida de las posibilidades económicas del Gobierno Central y el presupuesto que se destine por parte de las Instituciones y Gobiernos Seccionales, se están poniendo en práctica las disposiciones que se encuentran en el Art. 29 de la Convención.

La aplicación de los derechos específicos establecidos en la convención incluyen el derecho a vivir independientemente y ser incluido en la comunidad, a la movilidad de las personas, habilitación y rehabilitación, y a la participación en la vida política y pública, y la vida cultural, la recreación y el deporte (y Cultura Sorda). Además, las

partes en la convención deben crear conciencia de los derechos humanos de las personas con discapacidad, y garantizar el acceso a las carreteras, edificios, y la información.

3.3 Contexto del Proyecto

Datos correspondientes al estudio por la Vicepresidencia de la República, arrojan que en la Provincia más poblada, Guayas, se identifica el mayor número de casos de Discapacidad con 74.833 personas. Dentro de los Cantones de Guayas que tienen más personas con capacidades especiales se detectó Palestina, con un total de 480⁷.

El Cantón Palestina, en donde pretende realizar el proyecto, se extiende en un área de 205 Km², limita al norte con dos Cantones, Colimes, Balzar, al Sur con el Cantón Santa Lucía, al Este con los Ríos Pula y Macul, y al Oeste con el río Daule.

Según señala el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas) basado en los resultados de Censo de Población y Vivienda, Palestina, cuenta con una población total de 14,060 personas, distribuidas entre la cabecera cantonal, la cual es la sede administrativa del cantón, y 31 Recintos, entre ellos Coloradal y Relicario, donde se desarrollará este proyecto.

En el aspecto de salud, el cantón cuenta con un solo Subcentro de Salud, con personal médico bajo horario limitado, carente de equipos especializados. De esa forma, al momento de presentarse una emergencia los pacientes son trasladados a los Cantones de Santa Lucía, Daule o Guayaquil.

⁷ (MISION Manuela Espejo concluyo diagnostico a personas con discapacidad en siete cantones del guayas, 2010)

En términos educativos, Palestina, posee 44 Centros Educativos, registrados en la base de datos del Concejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia, de ellos 8 son particulares ubicados exclusivamente en la cabecera cantonal, mientras que los Fiscales se encuentran distribuidos en los distintos Recintos⁸.

En materia de atención a la Discapacidad, el Cantón cuenta con dos asociaciones, Asociación de Personas con Discapacidad “SAN BARTOLOMÉ” y la Asociación “CAMINEMOS JUNTOS”, basando sus actividades en la gestión de dispositivos de asistencia (ayudas Técnicas) y carnetizaciones. Asimismo encontramos a la Fundación Ecuavida quien es la única que presta asistencia en Educación Especial a partir de las tres aulas distribuidas en la Cabecera Cantonal, Recinto Relicario y Recinto la Corona.

En una entrevista realizada a la Lic. Cinthya Castillo, Presidenta de la Asociación San Bartolomé, y parte de la comisión que acompañó a la Brigada de médicos de la Misión Solidaria Manuela Espejo de la Vicepresidencia de la República en la detección de casos de discapacidad en el Cantón Palestina, confirma efectivamente el número de casos detectados de personas con Discapacidad referidos por el INEC, 458 personas.

4. IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN

Existe un gran número de Personas con Discapacidad que presentan limitaciones para ejercer actividades de la vida diaria tales como alimentarse, esto en algunos casos representa una amenaza en el día a día, lo que genera alteración en su estado nutricional ya sea por su condición discapacitante de base o por síntomas secundarios.

⁸ Tomado de listado instituciones Educativas CNNA Palestina.

Aunque aún no se ha establecido a las prácticas de alimentación como un factor principal de la desnutrición en Discapacidad, sí se le asigna una valorable y determinante influencia. Para esto, hay que tener en cuenta que cada cuidador(a)

enfrenta la alimentación, junto con la condición de discapacidad, con los escasos recursos que puede tener a la mano, sin asesoría de un equipo de profesionales. Esto genera limitación en sus habilidades y por ende los signos y síntomas de alerta en malnutrición pasan por alto.

Esta situación se correlaciona con el hecho de que esta población es particularmente vulnerable a las deficiencias que presentan los servicios tales como la Atención de salud, la Rehabilitación, la Asistencia y el Apoyo. El caso de Palestina no es la excepción. Pese a que una de las competencias del Subcentro de Salud es ejercer programas de prevención primaria en las que se cuide o supervise las necesidades de las personas con Discapacidad y sus familias, estas no son incluidas en realidad, por tanto el control en alimentación y nutrición pasa inadvertido para los que son los responsables del cuidado y de las buenas prácticas en salud de la comunidad, desencadenando una vigilancia muy deficiente.

Así mismo, los planes de educación en alimentación existentes son enfocados en la población neurotípica o sin discapacidad, por tanto este es un tema que aún no ha sido atendido por los órganos competentes.

De allí surge la necesidad de atender esta situación en los lugares donde la ayuda no llega, en donde la pobreza y la discapacidad se conjugan y crean una situación con escasas salidas. Este proyecto plantea la creación de un centro de recursos comunitarios, respaldado bajo un equipo de profesionales que desarrollen planes de educación nutricional incluyente, en donde las familias, específicamente madres o

cuidadores de Personas con Discapacidad, reconozcan cuáles son las prácticas de alimentación adecuada. El proyecto también contempla capacitación para que los profesionales en salud cuenten con herramientas de prevención primaria eficiente e incluyentes, planes de evaluación y tratamiento especializados para facilitar la integración de las personas con Discapacidad.

Estas alternativas permitirán mitigar las consecuencias propias de una inadecuada ingesta nutricional: Un niño (a), adolescente, joven o adulto bajo una condición de discapacidad más malnutrición, contará con un pobre estado de evolución a nivel clínico por el ciclo de enfermedades recurrentes, desencadenado un bajo rendimiento en las actividades de la vida diaria, lo que compromete su desarrollo integral y pocas o escasas posibilidades de integración en su familia y por tanto, en su comunidad (Ver Árbol de Problemas en el Anexo N° 1).

5. EVALUACIÓNEX-ANTE

En esta fase se procede a exponer brevemente las tres posibles alternativas que pretenden darle solución a la situación de base.

Las alternativas planteadas para este proyecto son las siguientes:

Alternativa 1: Centro de Recursos Comunitarios

Consiste en un grupo de profesionales en Rehabilitación, Nutrición y Educación que traslada sus servicios a la comunidad a través de capacitaciones a profesionales en salud del Cantón, padres y madres de familia y atención a personas con discapacidad, para mejorar los procesos de nutrición.

Alternativa 2: Plan de capacitación a madres en Integración Sensorial y Nutrición.

Esta alternativa, se centra en el desarrollo de talleres realizados por profesionales expertos en alimentación dirigidos a padres, madres y cuidadores de niños o niñas con Discapacidad.

El recurso más importante en esta opción es el humano, concentrado en un equipo multidisciplinario que ejercerá módulos de instrucción dirigido a los responsables del cuidado y alimentación de las personas con discapacidad sobre cómo optimizar los procesos de integración de los sentidos a favor de un adecuado estado de nutrición.

Para ello se requiere una inversión anual de \$ 73.461,43, destinada prioritariamente al recurso humano (equipo de profesionales) y materiales de capacitación.

La meta prevista en esta alternativa es capacitar a 100 cuidadores o responsables de la alimentación de las personas con discapacidad.

Alternativa 3: Ludoteca de integración sensorial.

alternativa que plantea la creación de un espacio físico que cumpla como centro para niños y niñas con Discapacidad y Desnutrición que fomente el aprendizaje y mejoras en la alimentación, basada en el juego, liderado por un equipo de profesionales en Educación Especial y Terapias integrales.

Esta alternativa sí requiere el equipamiento y construcción de un espacio que permita y facilite el desarrollo de intervenciones para los menores con Discapacidad.

Teniendo en cuenta que para esta metodología del aprendizaje basado en el juego se requiere equipamiento en material lúdico además de la participación de profesionales en rehabilitación, la inversión anual equivalente para esta propuesta corresponde a \$ 140.972,86.

5.1 Costo Efectividad

En discapacidad no es posible cuantificar las necesidades de la población a la cual se desea atender, pues el hecho de compartir un diagnóstico o una clasificación (motora, mental, sensorial etc.), no implica que los signos sean similares en todos los que la presentan, por ello la atención que requieren es particular e individualizada.

Para este caso se requirió análisis de Costo-Efectividad, en el que se considera cómo cada alternativa contribuye al objetivo a alcanzar.

La siguiente tabla resume el impacto estimado de cada alternativa sobre el objetivo de corto/mediano plazo del proyecto (Lograr prácticas adecuadas de alimentación para las personas con discapacidad).

TABLA N° 1 DE COSTO EFECTIVIDAD

ALTERNATIVAS	Impacto estimado	Costo por unidad de beneficiario	Costo-efectividad
Centro de recursos comunitarios	90	\$ 1,523.06	16.92
Capacitación	60	\$ 1,177.17	19.62
Ludoteca	70	\$ 1,647.19	23.53

Para la estimación del impacto se realizó una consulta a padres de familia de los beneficiarios de la fundación a través de un grupo focal, en el cual se les consultó con cual alternativa consideraban mayores beneficios para la situación actual de sus hijos, desnutrición y discapacidad.

Así mismo se tuvo en cuenta los criterios del equipo de profesionales de la Fundación Ecuavida conformado por Educadores Especiales y Terapeutas, complementado con la valoración de un experto en el área de alimentación y discapacidad.

A partir de estas valoraciones el estudio se orientó a la elección de la alternativa N° 1 la cual logra un mayor impacto en las personas con discapacidad y sus familias a un menor costo.

6. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

6.1 Actores Involucrados en el Proyecto

Los involucrados o interesados en el proyecto se pueden dividir entre actores Directos e Indirectos. (**Ver Matriz Análisis De Involucrados Anexo N° 3**).

Actores Directos:

Los participantes directos del proyecto Centro de Recursos son:

- 101 beneficiarios de la Fundación Ecuavida, con discapacidad de tipo motora, sensorial, mental, mixta y seguimiento.
- Las personas encargadas del cuidado de las personas con discapacidad, madres y padres de familia u otros cuidadores (tíos, abuelos, etc.).
- El equipo de Profesionales del Subcentro de salud del Cantón Palestina.

Participantes Indirectos:

- Equipo de Coordinación y Promotoras del CNNA. (Consejo de la Niñez y Adolescencia)
- Directivos de instituciones Educativas.
- Directivos, representantes y beneficiarios de las asociaciones de discapacidad del Cantón. (San Bartolomé y Caminemos Juntos).

6.2 Descripción de Objetivos

6.2.1 Objetivo de Impacto (Resultado de Largo Plazo)

La finalidad de este proyecto se estableció teniendo en cuenta dos factores, el tiempo de ejecución y la primera fase dentro del proceso de inclusión social.

Con base en estos dos aspectos, se define que la finalidad de este proyecto es integrar a las Personas con Discapacidad en su entorno familiar.

Este entorno es el más cercano a ellos, si se les abre paso en este, la comunidad y demás actores observan y participan basado en el ejemplo y propuestas que propongan las familias.

6.2.2 Propósito del Proyecto (Resultado de Corto-Mediano Plazo).

El presente proyecto tiene como propósito lograr Prácticas adecuadas de alimentación en personas con Discapacidad del Cantón Palestina beneficiados por la Fundación Ecuavida.

Este propósito está enmarcado en el Plan Nacional del Buen Vivir, específicamente en sus objetivos N°1 (Auspiciar la igualdad, la cohesión y la integración social y territorial en la diversidad) y N° 3 (mejorar la calidad de vida de la población).

6.2.3 Componentes del Proyecto (Productos)

Para lograr prácticas de alimentación adecuadas se pretende desarrollar los siguientes productos distribuidos en las siguientes tres áreas:

1. Planes de Educación Alimentarios y Nutricionales Incluyentes

Esta área contiene los siguientes productos:

-Capacitaciones: Padres, madres y cuidadores de personas con Discapacidad capacitados en Técnicas de alimentación empleando herramientas inclusivas (lengua de señas, braille) y los recursos disponibles en el hogar o en su comunidad para brindarle una alimentación sana y balanceada a las personas con Discapacidad bajo su cuidado.

-Taller de Recursos: Espacio previsto para que madres, cuidadores de personas con Discapacidad adapten utensilios tales como vasos, cucharas, sillas, camas, etc. utilizando los materiales que poseen en su hogar o comunidad para facilitar la alimentación, higiene postural e independencia.

-Taller de Cocina y Nutrición: Padres, madres, cuidadores de personas con Discapacidad capacitados en preparación de alimentos por vía oral, estos de acuerdo a las necesidades de la persona con Discapacidad y del contexto socio familiar.

Para aquellos que requieran alimentación enteral, les serviremos de nexos para valoraciones especializadas y manejo de alimentos por sonda.

2. Prevención Primaria del Sector Salud Incluyente y Eficiente

Profesionales en salud capacitados en adaptaciones a los planes de promoción de salud del Cantón.

3. Accesibilidad a Servicios Especializados

Esta área comprende el siguiente producto:

-Aulas Transitorias: Modalidad de atención que parte de una valoración integral a las personas con Capacidades especiales identificadas y posteriormente la conformación de aulas de apoyo con servicios de educación especial y apoyo terapéutico, para posibilitar la inclusión e integración de las personas con discapacidad. Obteniendo como resultado, personas con discapacidad atendida en Educación Especial y Terapias. **(Ver anexo 4 Matriz de Marco Lógico).** En el siguiente gráfico se resumen los componentes del proyecto.

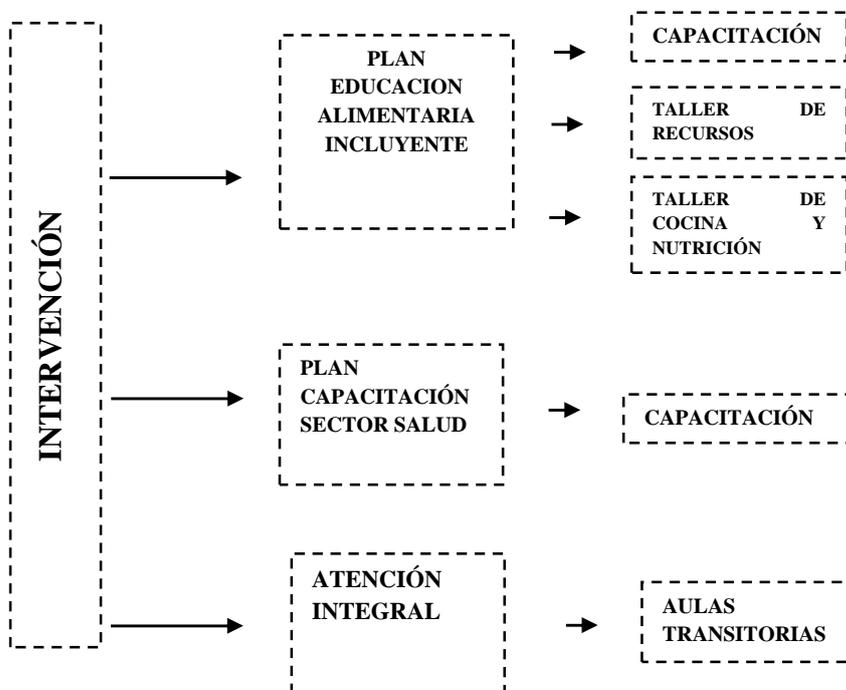


Gráfico N° 1 Productos del Proyecto.

6.3 ACTIVIDADES DEL PROYECTO

1. Planes de Educación Alimentarios y Nutricionales Incluyentes- para lograr este componente se ha previsto realizar las siguientes actividades.

- *Elaboración del Diagnóstico Social con la participación de los entes comunitarios:*

Este instrumento será empleado por las comunidades para la edificación en colectivo de un conocimiento sobre su realidad, en el que se reconocen los problemas que las afectan, los recursos con los que cuenta y las potencialidades propias de la localidad que puedan ser aprovechadas en beneficio de todos. Permite identificar, ordenar y jerarquizar los problemas comunitarios, el diagnóstico sirve, además, como base para que los miembros de la comunidad planifiquen colectivamente actividades que les permitan mejorar su situación actual.

El propósito será contar con un reconocimiento general de las prácticas de alimentación y nutrición de la zona, costumbres, poder adquisitivo y hábitos, a través de la participación de las familias beneficiarias, docentes y directivos de entidades educativas, equipo de salud del subcentro, delegados Municipalidad del Cantón, Asociaciones de Discapacidad y Fundación Ecuavida.

- *Censo de identificación de los Beneficiarios de la Fundación Ecuavida:* Se reconocerá a todos los beneficiarios de la Fundación Ecuavida quienes serán beneficiarios directos de este proyecto, partiendo de la identificación de las condiciones socioeconómicas, clínicas y nutricionales de las personas con Discapacidad y sus familias.

- *Valoración de Prácticas de alimentación y condiciones nutricionales de las personas con Discapacidad y sus familias:* El objetivo es desarrollar valoraciones individuales a las personas a cargo de la alimentación y nutrición de las personas con Discapacidad,

familias, cuidadores. En lo que respecta a las condiciones nutricionales se valorará el estado de nutrición actual, entendida como la expresión del grado en el cual se satisface la necesidad fisiológica de una persona.

- *Elaboración del plan de Educación Alimentaria y Nutricional para los cuidadores y familiares de las personas con Discapacidad:* Basado en la evaluación individual tanto al cuidador como a la persona con Discapacidad, se busca a través de módulos teórico-Prácticos, guías adaptadas, ayudas técnicas de fácil acceso, entrenamientos especializados, mejorar la nutrición y alimentación en los beneficiarios, obviamente teniendo en cuenta sus necesidades particulares.

2. Prevención Primaria del sector salud incluyente y eficiente: Esto se podrá conseguir realizando las siguientes actividades.

- *Reconocimiento de los planes de promoción alimentaria y nutricional ejecutados por el personal de salud en el Cantón:* Evaluar los planes de promoción en salud que desarrollan los profesionales del subcentro, verificando el desarrollo de actividades incluyentes, medios de información adaptados, control y seguimiento de las acciones desarrolladas.

- *Elaboración y Ejecución del Plan de Capacitación dirigida al personal de salud del Cantón:* Plan de entrenamiento en abordaje de las necesidades nutricionales de las personas con discapacidad y sus familias, las cuales deberán incorporar al plan de promoción o prevención primaria del Cantón.

3. Accesibilidad a Servicios Especializados, se logrará a partir del desarrollo de las siguientes actividades.

- *Valoración educativa y terapéutica a los beneficiarios de la Fundación Ecuavida:* Valoración integral a las personas con Discapacidad identificadas en educación especial, terapia física, lenguaje, ocupacional, psicología, Nutrición, aquellos casos específicos, graves, Neurólogo, gastroenterólogo.
- *Diseño y Ejecución de los planes de intervención para las personas con Discapacidad:* Creación de Aulas Transitorias, capacitaciones por áreas a los padres, madres y cuidadores de acuerdo a las necesidades de sus hijos e hijas con discapacidad.

CADENA DE RESULTADOS DEL PROYECTO

Tabla N° 2: Cadena de Resultados del Proyecto.

La tabla a continuación resume todos los niveles de la cadena de resultados, desde los insumos hasta los resultados de largo plazo del proyecto.

Tabla N° 2 CADENA DE RESULTADOS

INSUMOS	ACTIVIDADES	PRODUCTOS	RESULTADOS CORTO-MEDIANO PLAZO	RESULTADOS LARGO PLAZO
Insumos Directos del local, \$ 2.820 USD	AREA: Planes de Alimentación y Nutrición Incluyentes.		Prácticas adecuadas de alimentación en las personas con Discapacidad del Cantón Palestina.	Mejorada la integración social de las personas con Discapacidad del Cantón Palestina
aprobación del presupuesto para ejecución del Diagnostico Comunitario \$6.979 USD	Diagnóstico Comunitario	Padres, madres, cuidadores de personas con Discapacidad capacitados en técnicas de Alimentación.		
traslados promotora y trabajadora social	Identificación de Beneficiarios ECUAVIDA			
\$ 902 USD para valoración de prácticas y condiciones nutricionales.	Valoración de Prácticas de alimentación y condiciones nutricionales			
\$ 15.960 USD aprobación del presupuesto para elaboración del plan Educativo.	Elaboración plan de Educación Alimentaria y Nutricional	Padres, madres, cuidadores de personas con Discapacidad capacitados en adaptación de utensilios.		
		Padres, madres, cuidadores de personas con Discapacidad capacitados en preparación de alimentos por vía oral.		
AREA: Prevención Primaria del Sector Salud Incluyente y Eficiente				
aprobación de \$ 600 USD para valoración a los profesionales	Reconocimiento de los planes de promoción alimentaria y nutricional ejecutados por el personal:	Personal de salud capacitado en adaptaciones a los planes de promoción de salud del Cantón.		
aprobación de \$ 3.122 USD	Elaboración y Ejecución del Plan de Capacitación al personal de salud del Cantón:			
AREA: Accesibilidad a Servicios Especializados				
\$ 6600 USD	Valoración Integral de beneficiarios del programa Ecuavida	Personas con Discapacidad atendida en Educación Especial y Terapias.		
Cesión de aulas por parte de la comunidad y aulas Ecuavida.	Diseño y Ejecución de planes de intervención:			
contratación del equipo profesionales \$ 115,222 USD				

7. ESTUDIO DE MERCADO

Para el desarrollo del estudio de mercado del presente proyecto se utilizó el método descriptivo con el propósito de caracterizar los aspectos alrededor del estado nutricional de las personas con Discapacidad y sus familias.

En términos de Discapacidad se deben valorar las necesidades de las personas y sus familias, reconociendo que compartir un diagnóstico no es generalizar signos y síntomas. Por ello se procedió a valorar a las 101 personas con Discapacidad beneficiadas por la Fundación Ecuavida.

La Investigación de tipo cualitativa que incluyó en primer lugar una entrevista a la Directora del Subcentro de Salud del cantón palestina, Dra. Wendy Alcívar (**Ver Anexo N °7**), evidencia el desconocimiento de la terminología básica en nutrición, así como de las principales necesidades en materia de salud de las personas con Discapacidad y sus familias. Revela además que las personas con Discapacidad de tipo Cognitiva (Mental en el proyecto), sí presentan problemas en su estado de nutrición Las actividades que realizan como subcentro consisten en tres charlas a la semana en la sala de espera, sin planeación previa, imparten solo información sobre las enfermedades que se presenten en ese momento.

Como principal problema nutricional, la Dra. Alcívar hace referencia a las necesidades de salud, inaccesibilidad a atención especializada y atención en nutrición para las personas con discapacidad, sobre todo para los que cuentan con Discapacidad de tipo Física. Esta respuesta deja en claro el desconocimiento completo tanto de las necesidades reales en materia de salud como de los problemas de nutrición de las personas con Discapacidad y sus familias. La directora considera no poder adaptar las actividades de promoción en salud para lo cual requiere ayuda.

Se realizó también una pequeña encuesta dirigida a los profesionales del equipo de salud, (**Ver Anexo N° 8**) conformado por dos médicos generales, dos licenciadas en enfermería, una odontóloga, una auxiliar en odontología, una recepcionista y una obstetra.

El equipo coincide en la valoración, que efectivamente en el subcentro de salud sí se han presentado casos de malnutrición en personas con Discapacidad. De los 8, dos del equipo reconocen generalidades de los signos de malnutrición en las personas con Discapacidad, dos no reconocen, otros cuatro señalan de dos a cuatro signos en las personas con discapacidad manejados por tradición popular, no con definición ni reconocimiento técnico.

A nivel general indican mayor asistencia de Personas con Discapacidad Motora por casos de malnutrición, seguido por mental, mixta y en último nivel las sensoriales, lo cual difiere completamente en lo señalado por la directora del subcentro.

Ninguno de los miembros del equipo del subcentro identifica el grupo de profesionales que maneja o atiende las necesidades alimentarias y nutricionales de las personas con discapacidad. Desconocen estrategias y recomendaciones específicas para enfrentar esta condición.

Teniendo en cuenta esta autoevaluación, ellos aseguran la necesidad de recibir asesoría y entrenamiento en relación a este tema.

La investigación cuantitativa se diseñó para encontrar posibles soluciones a la problemática central, por lo que se realizó a través de encuestas semiestructurada de tipo dirigida. Se interrogó a la madre de familia o cuidador(a) de la persona con Discapacidad, sobre los datos personales, problemas nutricionales, capacidad y dependencia en alimentación. Se preguntó además sobre generalidades básicas de la relación discapacidad - nutrición. (**Ver Anexo N° 9**).

Además, se realizó la evaluación antropométrica a cada beneficiario para calcular el índice de Masa corporal (IMC), con el fin de determinar el nivel nutricional como parte del levantamiento de la información de línea de base. **(Ver Anexo 7).**

Se plantearon 4 hipótesis de investigación, las cuales permitieron orientar la problemática de la investigación:

Hipótesis 1: la mayoría de las personas con Discapacidad (60%) del Cantón Palestina beneficiados por la Fundación Ecuavida presentan inadecuado estado nutricional.

De acuerdo al total de la muestra se evidencia predominio de personas con Discapacidad de tipo mental con un 49% de la población. Discapacidad de tipo motora se presentó en un 17%, mixta corresponde a un 10%, seguimiento 14% y en último lugar de índole sensorial auditivo 7% y visual 4%. **(Ver gráfico N° 3).**

Del total de la muestra el 62% posee un estado de nutrición inadecuado.

Del 62% de las personas que poseen un estado de nutrición inadecuado, el 47 % de la población estudiada presentó bajo peso, predominando en la discapacidad de tipo mental esta condición con un 25%, le sigue la mixta con un 9%, la motora con un 8% y finalmente la sensorial auditiva y la visual con un 3% y 2% respectivamente.

La obesidad y el sobrepeso se evidenciaron en igual proporción en la Discapacidad motora y mental, ambas con 5%. La condición de Sobrepeso se presentó en personas con Discapacidad de tipo sensorial y mental con un 2% respectivamente.

Mientras que el 38% presente un peso normal para la edad, con un 17% en las personas con discapacidad mental. El grupo de seguimiento presento en su totalidad un peso normal.

Hipótesis 2: La mayoría de las personas con Discapacidad presentan dificultad en la capacidad de alimentación, en los procesos de succión, sorbición, masticación y deglución.

De la información proveniente de los cuidadores de alimentación arroja que el 7% de la población con discapacidad presenta dificultades en la capacidad de Succión, lo cual se puede correlacionar a la edad de las personas que se tuvo en cuenta para este estudio, puesto que tradicionalmente las familias proporcionan utensilios (biberones, vaso-teteros) que corresponden a la edad del hijo (a), dejando de lado la real necesidad de esta persona. **(Ver Gráfico N° 4).**

En cuanto a la capacidad de masticación, con respecto al total de la población, el 24% presenta dificultades en este proceso. Un 12% representado en personas con discapacidad de tipo mental, lo cual se correlaciona con la limitación en las acciones planificadas, como el comer, limitadas por escasos de entrenamiento y educación, típicos de la definición en la sintomatología de esta condición. **(Ver gráfico N° 5).**

Le siguen mixta con un 6%, motora con un 3% y sensorial visual y auditiva con 2% y 1% respectivamente.

Frente a la capacidad de sorbición, aquella que consiste en tomar los alimentos en cuchara, el mayor, con un 8% de dificultad en este proceso, se evidenció en aquellas Personas con Discapacidad de tipo mental y mixta con un 6% y motora con 4%. **(Ver Gráfico N° 6).**

El 22% de la población presenta dificultad para de tragar el alimento, el 12% de este grupo se ve representado en las personas con discapacidad de tipo mental, seguida de un 6% de las personas con discapacidad motora y sensorial visual, mixta con un 2% cada una. **(Ver Gráfico N° 7).**

Hipótesis 3: La mayoría de las personas con discapacidad son independientes en alimentación afectando su estado de nutrición, dado que no cuentan con supervisión o vigilancia a la hora de ingerir o elegir los alimentos.

De acuerdo al estudio realizado se evidencia que del total de la población con Discapacidad el 62 % son independientes en actividades de alimentación, el 24% es medianamente independiente, y el 15% restante requiere apoyo. **(Ver Gráfico N° 8).**

Del 62% de personas con discapacidad independientes para alimentarse, el 43% presenta un estado de nutrición inadecuado, aquellos que requieren apoyo o son medianamente dependientes poseen un bajo peso representado en un 14%, y el 13% de personas con discapacidad que son totalmente dependientes presentan problemas nutricionales, predominando la condición de bajo peso.

Hipótesis 4: la mayoría de cuidadores no reconocen el verdadero estado de nutrición de la personas con discapacidad bajo su cargo.

El 90% de las personas con discapacidad están bajo el cuidado de las madres, seguido de un 4% al cuidado de los abuelos paternos, 3% abuelos maternos, 2% padres y 2% de otros.

El 62% considera que su hijo no presenta dificultades en su estado de nutrición, justamente el porcentaje de personas con inadecuado estado de nutrición, esto sugiere el desconocimiento de los cuidadores, sumado al de los profesionales de subcentro de salud. **(Ver Gráfico N° 9).**

Del 39 % del grupo de cuidadores, que responden afirmativamente reconocer problemas en la nutrición, el 27% de las personas con discapacidad presenta bajo

peso, mientras el 12% restante, se evidencia 1% con sobrepeso, el 2% restante obesidad. Frente a un 9% que no presenta ningún problema. **(Ver Gráfico N° 10).**

El 61% que afirman que las personas con discapacidad no presentan un problema de nutrición, de acuerdo al IMC (Índice de Masa Corporal) 20% presentan bajo peso, 9% presenta obesidad, 3% sobrepeso, frente a un 30% que presenta normopeso. **(Ver Gráfico N° 11).**

CONCLUSIONES

Del presente estudio se evidencia la fuerte correlación existente entre el desconocimiento de las prácticas de alimentación dirigida a las personas con discapacidad y la malnutrición, partiendo desde la dificultad en identificar cuando la persona a cargo se encuentra con deficiencias en su nutrición y las formas de mejorarlo.

En el caso de las madres, padres, abuelos y otros, a cargo del cuidado de las personas con discapacidad que sí reconocen que existen problemas en la nutrición, no han mejorado o solucionado en ningún aspecto esta condición.

La mayoría acude al subcentro de salud en caso de presentar alguna enfermedad relacionada a los problemas de alimentación o malnutrición, tales como diarrea, vómito, estreñimiento o reflujo. Sin embargo, los profesionales no prestan servicios de información para que logren identificar cuándo hay desnutrición, no establecen un plan de tratamiento y la situación de déficit nutricional persiste, dado que ellos desconocen también qué hacer en estos casos.

Se evidencia dificultades en la capacidad de alimentación, por compromiso motor que de acuerdo al grado de afección impiden la coordinación de los músculos para lograr succionar, sorber, masticar y deglutir. En el caso de la discapacidad de tipo

intelectual, la voluntad y educación del manejo de los utensilios no facilitan la ingesta nutricional eficiente.

Otro aspecto es el correspondiente a independencia frente a la alimentación, muchas de estas personas asumen su hábito de comer, pero en esa misma proporción existe problemas en el estado de nutrición, por tanto es importante no descuidar, vincular y habilitarlos para que la alimentación adecuada sea una de las principales razones para ser integrados en su núcleo familiar, principal finalidad de este proyecto.

Cabe indicar que en el tipo de discapacidad mental es donde más se identificaron problemas nutricionales. Dado que no presentan una limitación motora, las familias asumen por tradición que los discapacitados pueden encargarse de este aspecto, pero está comprobado que requieren educación y creación de hábitos que fortalezcan su estado nutricional.

Todas las personas que presentan discapacidad de tipo mixto evidencian dificultades en todos los aspectos de capacidad de alimentación correlacionado con bajo peso indicado por el IMC (Índice de Masa Corporal) .

8. VIABILIDAD

8.1 Viabilidad Técnica

El Centro de Recursos de Alimentación y Nutrición cuenta con viabilidad técnica ya que los principales recursos para este proyecto son el humano (Equipo de profesionales en Terapias y Educación) y la capacidad instalada (Aulas Educativas, sillas, mesas, materiales lúdico-pedagógicos básicos) que serán

provistos respectivamente por la Fundación Ecuavida y las comunidades de la cabecera Cantonal, Relicario y Coloradal del Cantón Palestina.

Así mismo cabe resaltar el trabajo que Ecuavida ha venido adelantando durante los últimos tres años con la población objetivo, prestando solamente apoyo de Educación Especial a las personas con discapacidad y sus familias, con el fin de facilitar la inclusión social desde el entorno, contando con la participación activa de todos los actores comunitarios en las acciones que ejecuta.

8.2 Subvención

Financiamiento y Detalle de Costos

El principal auspiciante de este proyecto es la Fundación Ecuavida quien ejecuta sus acciones en la zona desde hace 3 años, prestando asistencia exclusivamente educativa a personas con Discapacidad, la misma población objetivo de este proyecto. Por ello, su interés de aportar el 77, 82 % (Ver Tabla N° 3) del total de los recursos necesarios para desarrollar este proyecto, interesados en garantizar a sus beneficiarios atención integral, además de apostar a un proyecto innovador a nivel nacional.

Una de las ventajas de la fundación es que cuenta con gran parte del material y equipo que se requiere para las evaluaciones e infraestructura, solo lo hacemos constar para su contabilización social, es decir que se refleje los valores exactos de costo por unidad de producción y los servicios anuales prestados.

El Club de Leones es una ONG internacional, que impulsa acciones en beneficio de la sociedad. Para el desarrollo de este proyecto, la Gobernación del Distrito G2 que administra y supervisa 45 clubes de leones en el norte del Ecuador, apoyará el

desarrollo de esta iniciativa, dado que en el nuevo año Leonístico, desean incluir como uno de sus ejes de trabajo el garantizar el acceso a servicios dignos a las personas con discapacidad. Por ello asumirán 3% del total del valor del proyecto.

Ya que este proyecto se nutre de componentes, educativos, sociales, y de salud, se solicitará donación al MIES (Ministerio de Inclusión Económica y Social) por el 7.89% del valor total del proyecto. Esta inversión se dirigirá al desarrollo de los planes de educación en alimentación y nutrición, a los responsables del cuidado de las personas con discapacidad y al plan de capacitación al sector salud del Cantón Palestina.

El Código de Ordenamiento Territorial vigente (COOTAD) y la Ley de Participación Ciudadana, establecen que los gobiernos autónomos descentralizados Municipales están obligados a destinar un 10% de su presupuesto de inversión para los grupos de atención prioritaria, entre ellos las personas con Discapacidad.

Por lo menos, para este proyecto el Gobierno Autónomo Descentralizado De Palestina, aportara el 1,05% del valor total del proyecto.

En cuanto a donaciones específicas se vinculará la corporación internacional de publicidad Amarillas Internet, quienes por motivo de iniciar su programa de RSE en Ecuador, ha identificado como prioridad invertir en programas de asistencia a la comunidad vulnerable que no cuenta con accesos a servicios de asistencia dignos, aportando para este proyecto, 4.33%.

El 5,30% restante será una contribución del Club Turístico y recreacional, club del valle Barcelona Sporting club, sede social del Barcelona Sporting Club. Este club es manejado por una empresa privada denominada Alama World Travel, la cual es uno de los principales auspiciantes de la labor social ejercida por la Fundación

Ecuavida. Este club es reconocido como un inversor en proyectos sociales a favor de las personas con discapacidad desde hace 10 años. (Ver tabla de Anexo N°10

Presupuesto de Implementación)

TABLA N° 3. % De Aportes por Entidades

Entidad Aportante	Monto Aportado	%
Fundacion Ecuavida	\$ 118.517,66	77,82%
Club de Leones Distrito G2	\$ 4.574	3%
MIES	\$ 12.014	7,89%
Municipio Palestina	\$ 1.600,00	1,05%
Club del Valle (Alama Wolrd Travel)	\$ 9.000,00	5,9%
Amarillas Internet Corporation	\$ 6.600,00	4,33%
TOTAL	\$ 152.305,66	100%

8.3 Flujo de Costos

Costos de Capital: En este proyecto los costos de capital están comprendidos por equipos y recursos requeridos para el desarrollo de las primeras actividades que marcarán el curso y éxito de esta propuesta, como censo y valoración integral a cada beneficiario, entre otras.

Estos equipos y recursos están integrados por computadoras, software educativo, materiales básicos para preparación de alimentos, esterilizadores etc. (Ver Anexo N° 11 Inversión de Capital)

Costos de Operación Directos: Estos costos comprenden los gastos básicos en cada una de las aulas donde opera la fundación, comprendidos por luz, agua, arriendo e internet.

CENTRO DE RECURSOS EN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN 2012

Incluye también el recurso fundamental para este proyecto, el humano, descrito en esta sección como coordinación general, financiera, educadores especiales, terapeutas y promotores locales. (Ver Anexo N° 12 Cédula de Personal).

Costos de Operación Indirectos: No son imprescindibles pero permiten aumentar la eficiencia. Forman parte de los procesos de apoyo. En esta sección aparecen valoradas las actividades fundamentales para inicio del proyecto.

Tabla N° 4. FLUJO CENTRO DE RECURSOS

ITEM	PERIODOS		
	0	1	2
COSTOS DE CAPITAL			
Equipamiento			
Equipos y Recursos	10.407,20		
Subtotal Equipamiento	10.407,20	-	-
Subtotal	10.407,20	-	-
COSTOS DIRECTOS			
Insumos Directos			
Luz		\$ 1.800,00	\$ 1.800,00
Arriendo		\$ 600,00	\$ 600,00
Internet		\$ 60,00	\$ 60,00
Agua		\$ 360,00	\$ 360,00
Subtotal Insumos Directos		2.820,00	2.820,00
Personal Directo			
Coordinadora General		\$ 16.210,00	\$ 16.210,00
Cordinador Financiero		\$ 9.842,80	\$ 9.842,80
Educadores Especiales		\$ 19.685,60	\$ 19.685,60
Terapeuta Físico		\$ 9.842,80	\$ 9.842,80
Nutricionista		\$ 9.842,80	\$ 9.842,80
Terapeuta de Lenguaje		\$ 9.842,80	\$ 9.842,80
Terapeuta ocupacional		\$ 9.842,80	\$ 9.842,80
Psicólogo		\$ 9.842,80	\$ 9.842,80
Trabajador Social		\$ 5.067,40	\$ 5.067,40
Promotores Locales		\$ 15.202,20	\$ 15.202,20
Subtotal Personal Directos		115.222,00	115.222,00
Subtotal			
COSTOS INDIRECTOS		34.263,67	34.263,67
		-	-
Diagnostico comunitario			
Diagnostico comunitario		6.979,67	6.979,67
Identificacion beneficiarios			
Promotora locales		100,00	100,00
Valoracion practicas alimentarias			
Evaluacion		902,00	902,00
Educacion alimentaria			
12 modulos		15.960,00	15.960,00
Reconocimientos planes		600,00	600,00
Capacitacion personal subcentro		3.122,00	3.122,00
Valoracion Integral		6.600,00	6.600,00
Subtotal	-	34.263,67	34.263,67
costos totales	10.407,20	152.305,67	34.263,67
TOTALES	10470,20	152.305,67	152.305,67
tasa inflacion	0,07		
VAN	275.371,42		
COSTO TOTAL ANUAL	95.046,44		
promedio	152.305,67		

8.4 Estrategia de Sostenibilidad

El desconocimiento es el mayor agente de riesgo en los grupos vulnerables, por ello la capacitación e instrucción se enfocó en los profesionales del centro de salud, quienes incorporarán actividades de prevención y control de la nutrición en las personas con Discapacidad y sus familias, a través del Plan Anual de Salud con el que año a año se garantizará y vigilará que las estrategias de prevención adecuada nutrición no se disipen con el tiempo. Con el apoyo de las promotoras locales entrenadas quienes supervisaran el progreso en la comunidad y el Gobierno Municipal quien es uno de los aportantes para el Centro de Recursos y además garante de derechos dentro de su localidad.

Gracias a esto, los cuidadores y directos responsables de alimentar a las personas con Discapacidad desarrollarán la práctica de vigilancia del peso y la talla, para tomar medidas a futuro y evitar mayores repercusiones en el estado de salud en general.

9. SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

La definición de los procesos de seguimiento y evaluación de este proyecto se dio con base en el planteamiento de interrogantes fundamentales que permiten establecer con claridad cómo fueron alcanzados los resultados.

Los indicadores de impacto, su línea base, meta y método de recolección de la información se pueden observar en la siguiente tabla. **(Ver Tabla N° 4)**

TABLA N° 5 MONITOREO Y EVALUACIÓN POR INDICADORES

INDICADORES	LINEA BASE Y META			RECOLECCIÓN Y REPORTE DE DATOS		
				FRECUENCIA	INSTRUMENTO	RESPONSABLE
	LB	1	2			
OBJETIVO DE LARGO PLAZO						
Incremento en las habilidades funcionales de independencia de las personas con Discapacidad.	0	30%	60%	Anual	valoración de las actividades de la vida diaria, índice de katz	Fundación Ecuavida
OBJETIVO DE CORTO/MEDIANO PLAZO						
Las personas con discapacidad participantes del proyecto contarán con normopeso.	39%	60%	100%	Semestral	Estudio de Nutrición	Secretaria del subcentro de salud, Fundación Ecuavida
COMPONENTES/PRODUCTOS						
Plan de Educación en Alimentación y Nutrición Incluyente						
Padres, madres, cuidadores de personas con Discapacidad capacitados en técnicas de Alimentación.	0	60%	90%	Semestral	evaluación encuesta de capacitación	Secretaria del subcentro de salud, Fundación Ecuavida
Padres, madres, cuidadores de personas con Discapacidad capacitados en adaptación de utensilios.	0	80%	100%	Mensual	Entrevista Particular	Secretaria del subcentro de salud, Fundación Ecuavida
Padres, madres, cuidadores de personas con Discapacidad capacitados en preparación de alimentos por vía oral.	0	50%	90%	Anual	Evaluación periódica madres flia y beneficiarios.	Secretaria del subcentro de salud, Fundación Ecuavida
Prevención primaria del subcentro de salud incluyente						
Profesionales en salud capacitados en adaptaciones en planes de promoción en salud.	0	70%	100%	Anual	Evaluaciones de instrucción y capacitaciones, informes mensuales	Fundación Ecuavida y Dirección subcentro de salud.
Accesibilidad a Servicios Especializados						
Personas con discapacidades valoradas y atendidas en Educación especial y Terapias Integrales.	0	100%	100%	Semestral	Base de Datos, Informe Mensual	Dirección subcentro de salud, Fundación Ecuavida.

Para la elaboración de la línea base, se debe verificar la historia clínica de los beneficiarios de la Fundación Ecuavida en este Cantón, por ello se desarrollará un censo de identificación y revaloración de las necesidades de las personas con Discapacidad becadas por esta institución.

Para la evaluación final del proyecto se empleará el método simple del antes y después, estableciendo una relación causa-efecto entre el proyecto y sus resultados, indagando el nivel de cumplimiento de los objetivos demostrando que los cambios producidos son consecuencia de las actividades propuestas.

Esta evaluación se desarrollará 3 meses antes de finalizar el proyecto. Para ello se realizarán valoraciones individualizadas por el equipo de profesionales a las personas con discapacidad y exámenes individuales a los profesionales en salud y a los cuidadores.

10. ORGANIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN

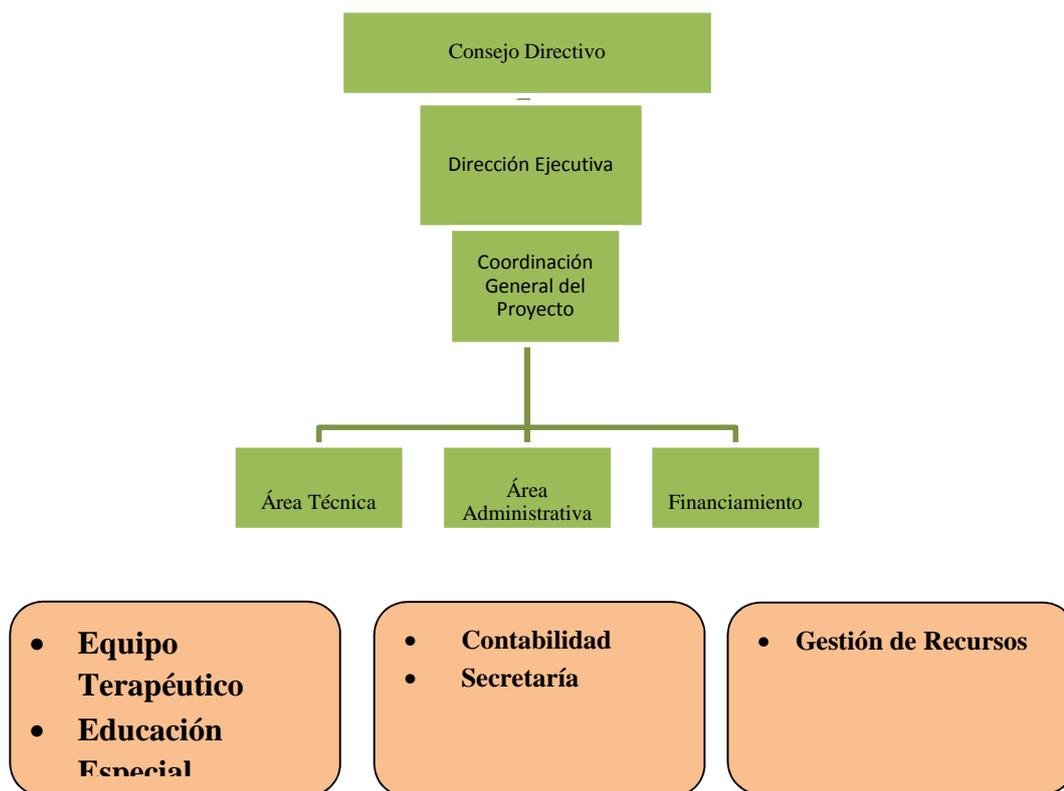
10.1 Estructura Legal Adoptada

La estructura legal adoptada para el presente proyecto será la de Fundación Ecuavida, misma que ha venido funcionando para todos los proyectos y planes de intervención en centro de recursos y otros apoyos en las comunidades.

10.2 Estructura Orgánica y Funcional

El organigrama que se presenta a continuación corresponde al de la Fundación Ecuavida, el cual se empleará para este proyecto.

Gráfico N° 2 Estructura Orgánica y Funcional



10.3 Cargos y Funciones

El equipo humano que participará en este proyecto es el perteneciente al de la Fundación Ecuavida, conformado por:

- Dirección Ejecutiva

A nivel general tiene a cargo las siguientes series de funciones:

- ✓ Gerencia y administración de la fundación.
- ✓ Gerencia del portafolio de proyectos y servicios
- ✓ Gestión de recursos y alianzas regionales, nacionales e internacionales.
- ✓ Relación con donantes locales y sociedad civil.
- ✓ Promoción de productos y servicios de la fundación con métodos efectivos de mercadeo.
- ✓ Cuidar la difusión amplia de información de avance, desempeño y utilización de recursos referida a la gestión del proyecto.

- Coordinación General del Proyecto
- ✓ Organizar, liderar, programar, dirigir, supervisar y evaluar el desarrollo y ejecución de los componentes y actividades del proyecto.
- ✓ Dirigir y supervisar las actividades técnicas, económicas, financieras y administrativas requeridas para el logro de los objetivos y metas del proyecto.
- ✓ Coordinar la ejecución y supervisión del proyecto con las diferentes áreas de la entidad ejecutora conjuntamente con la dirección general, así como a través de los actores involucrados.
- ✓ Liderar la gestión para la consecución de los recursos, de acuerdo con el plan de financiamiento aprobado, para asegurar la continuidad del proyecto.
- ✓ Preparar, aprobar y canalizar a la dirección general los convenios, contratos para la ejecución de estudios, adquisición de bienes y equipos, asesor (a), consultor (a), peritaje, como para la adquisición de servicios personales necesarios para el cumplimiento de los objetivos y metas del proyecto.
- ✓ Elaborar los estados financieros e informes concernientes a la ejecución del proyecto en coordinación con la entidad ejecutora y canalizarlo a donde correspondan.

- Área Técnica
- ✓ Evaluar a las personas con Discapacidad beneficiarias del proyecto.
- ✓ Elaborar y ejecutar planes de intervención que permitan mejorar las condiciones actuales.
- ✓ Emitir informes de evaluación anual, con informes de evolución semestrales.
- ✓ Elaborar planeaciones semanales de intervención beneficiario por beneficiario, para llevar un registro del proceso de intervención y verificar si son acordes a los objetivos trazados del proyecto.

- ✓ Registro de asistencia diario, en el cual consta las intervenciones desarrolladas.
- ✓ Diligenciar los registros de visitas domiciliarias como constancia de supervisión y prácticas de las estrategias en el hogar.
- ✓ Diseña y ejecuta planes de capacitación y entrenamiento terapéutico para las familias y profesionales de salud el Cantón palestina.
- ✓ Adaptar los materiales de información para la comunidad con Discapacidad.
- ✓ Formulación de proyectos de aula acordes a la necesidad de la comunidad.

- Área administrativa
 - ✓ Consolidar el plan operativo del proyecto en la parte presupuestaria.
 - ✓ Planificar y dirigir la preparación y consolidación final de los presupuestos por ejercicios, de conformidad a lo establecido en los convenios suscritos, legislación aplicable, y presentar a la instancia superior correspondiente.
 - ✓ Preparar proyectos de reprogramación y ampliación presupuestaria.
 - ✓ Controlar los procesos para contratar o rescindir los contratos del personal de acuerdo a la legislación y procedimientos vigentes y canalizar su aplicación.
 - ✓ Revisar los documentos de respaldo de las operaciones, preparar los legajos y canalizarlos a las instancias correspondientes.
 - ✓ Efectuar control y autorizar recepción de equipos y materiales adquiridos.
 - ✓ Apoyar la implementación y ajustes del sistema contable del proyecto.
 - ✓ Registro contable de los gastos del proyecto.
 - ✓ Elaboración informes financieros y flujos de caja.

- Financiamiento
 - ✓ Revisar el presupuesto de los proyectos (convocatorias, sostenibilidad, proyectos cofinanciados- fondo contrapartida, otros).

- ✓ Analizar el presupuesto de las solicitudes de los Fondos de apoyo a la investigación.
- ✓ Recibir, revisar y registrar los cronogramas de desembolsos de los proyectos de investigación.
- ✓ Gestionar y hacer seguimientos a las solicitudes de los proyectos aprobados.
- ✓ Verificar y auditar los recursos asignados a cada una de las sedes, en el tiempo requerido.
- ✓ Analizar la pertinencia de los cambios de rubros en los proyectos aprobados, conforme a los términos de referencia.

10. 4 Modalidades de Ejecución y Gerencia

La implementación del proyecto será a través de los recursos humanos y materiales de la Fundación Ecuavida en el Cantón Palestina.

11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																								
ACTIVIDADES	AÑO 1												AÑO 1											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.1 Diagnóstico comunitario.																								
1.2 elaboración censo de identificación de Beneficiarios del programa Ecuavida																								
1.3 valoración de prácticas de alimentación y condiciones nutricionales																								
1.4 elaboración plan de Educación Alimentaria y Nutricional para Padres y cuidadores de las personas con Discapacidad																								
2.1 reconocimiento de los planes de promoción alimentaria y nutricional ejecutados por el Subcentro de Salud.																								
2.2 elaboración y ejecución del plan de capacitación al personal de salud del cantón.																								
3.1 valoración Integral de los beneficiarios del programa Ecuavida																								
3.2 diseño y ejecución de planes de intervención																								

12. ANEXOS

ANEXO 1. ARBOL DE PROBLEMAS

ANEXO 2. ARBOL DE OBJETIVOS

ANEXO 3. ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS

ANEXO 4. MARCO LÓGICO

ANEXO 5. MATRIZ DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

ANEXO 6. GLOSARIO DE TÉRMINOS ESTUDIO DE MERCADO

Tipos de Discapacidad

La clasificación de la discapacidad en este estudio se tuvo en cuenta por dos aspectos, el primero es el definido por la Organización Mundial de la Salud al cual clasifica la discapacidad por las barreras físicas que esta se enfrenta en : Motora, sensorial, mental, mixta.

El segundo aspecto es por el grupo de apoyo o seguimiento incluido en la fundación Ecuavida, niños menores de 5 años no escolarizados con riesgo de discapacidad, al cual se le realiza seguimiento para detectar y tratar la discapacidad en edad temprana.

La clasificación de Discapacidad de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, corresponde a:

Motora: Una persona con discapacidad motora es aquella que presenta de manera transitoria o permanente alguna alteración de su aparato motor, debido a un deficiente funcionamiento en el sistema nervioso, muscular y /u óseo, o en varios de ellos relacionados, que en grados variables limita alguna de las actividades que puede realizar el resto de las personas de su edad.

Sensorial: Cuando un sentido falta, el niño no podrá recolectar toda la información que normalmente se percibe por ese sentido

Esta discapacidad se subclasifica en: Visual y Auditiva.

Visual: Una definición para esta discapacidad es la de carencia, disminución o defectos de la visión.

Auditiva: En este tipo de discapacidad están incluidos las personas sordas y las hipoacusias. En las primeras el resto auditivo no es susceptible de ser recuperado. En los segundos, se puede trabajar en la rehabilitación del resto auditivo.

Mental: Funcionamiento intelectual inferior a la media de la población asociado a dificultades adaptativas y a alteración sensorio motora y neurológica. Tiene su inicio en el periodo de desarrollo entre el nacimiento y los 18 años de edad.

La discapacidad intelectual de un individuo no es una entidad fija e incombible. Va siendo modificada por el crecimiento y desarrollo biológicos del individuo y por la disponibilidad y calidad de los apoyos que recibe en una interacción constante y permanente entre el individuo y su ambiente

Mixta: En este tipo de discapacidad las personas se encuentran afectadas en dos o más áreas, caracterizando una asociación entre diferentes discapacidades, con posibilidades bastante amplias de combinaciones. Un ejemplo serían las personas que tienen discapacidad mental y física.

Nutrición en la Discapacidad: Una nutrición suficiente en cantidad, de una calidad apropiada, armónica en sus principios nutritivos y, adecuada a cada individuo, va a ser fundamental en todos los grupos biológicos. Dentro de éstos, un grupo especial lo conforman las personas con discapacidad, ya que si bien la discapacidad en si puede afectar la nutrición de las personas en situación, existe también otros factores que pueden influir en la misma.

Estado nutricional: El estado nutricional expresa el grado al cual se satisfacen las necesidades fisiológicas de nutrientes.

Capacidad para la alimentación: La capacidad para la alimentación puede ser definida como todas aquellas habilidades que uno debe tener para ingerir los alimentos normalmente.

La calidad de la dieta, particularmente los valores calóricos y el estado nutricional, parecen estar influidos por la habilidad del paciente para alimentarse por sí mismo. Los pacientes con compromiso motor tienden a consumir menos calorías que aquellos que se pueden alimentar por sí solos.

La deficiencia nutricional más común observada en el paciente con discapacidad, es una insuficiencia general de nutrientes, secundaria a problemas de habilidad para alimentarse. Esto, en los niños con parálisis cerebral, se manifiesta con un pobre crecimiento⁹.

Dependencia para la alimentación: La dependencia para la alimentación y la discapacidad tienen un impacto considerable sobre el estado nutricional. Según los distintos tipos y grados de discapacidades, va a ser mayor o menor la dependencia de los cuidadores para la alimentación.

Los pacientes con discapacidad constituyen un grupo especial, ya que son biológica y socialmente vulnerables en cuanto a la cobertura de sus necesidades de nutrientes, sus requerimientos son diferentes o no tienen la capacidad de cubrirlos satisfactoriamente, su ingesta alimentaria es muchas veces monótona o insuficiente en calidad y cantidad. Por ello, debe considerarse como un grupo vulnerable y de alto riesgo nutricional.

⁹ Czajka-Naris, D.M. “Capítulo 17: Valoración del Estado Nutricional” en Mahan L. K. et al. Krause Nutrición y Dietoterapia, 1995, Ed. Interamericana Mc Graw-Hill, México, p.p. 298.11.

En general, se observa que la población con discapacidad, es una población poco considerada e investigada en diferentes aspectos, entre ellos el nutricional. Conociendo los frecuentes problemas nutricionales en las personas con discapacidad y, tomando conciencia de la importancia de un seguimiento nutricional en esta población, surge la necesidad de ahondar en este tema, insertarnos como Licenciadas en Nutrición en este Programa y realizar un diagnóstico de situación de esta población. Se plantea abordar distintos aspectos nutricionales, con el propósito de realizar acciones tendientes a mejorar los problemas nutricionales que puedan encontrarse, trabajando en forma interdisciplinaria con el equipo de salud, con el fin último de contribuir a una mejor calidad de vida de la población con discapacidad.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tipo de Discapacidad: clasificación de la discapacidad en relación a la pérdida funcional frente al entorno físico¹⁰.

Se consideraron las siguientes categorías: discapacidad motora, sensorial, mental, mixta, seguimiento.

Estado nutricional: Expresa del grado al cual se satisface la necesidad fisiológica de nutrientes de una persona. Se valoró a partir de las medidas antropométricas peso, longitud/talla, a partir de las cuales se calcularon del cálculo del IMC Índice de Masa Corporal.

¹⁰ . Schwarz, S.M. et al. *Diagnosis and Treatment of feeding Disorders in Children With Development Disabilities*. Pediatrics. Sept. 2001 www.lifeexpectancy.com (12-12-2003). 15 15. Abbott Laboratories. *Modificaciones Dietéticas en la Enfermedad. Discapacidades Mentales y Físicas. Cuadernos de Pediatría Abbott, N°72.*

Rango de edades:

Agrupación de edades según características determinadas

- <=10 años
- Entre 11 a 20 años
- Entre 21 a 30 años
- >=31 años

Tabla N° 6 Estatura y pesos en Kg para niños- niñas

Tabla N° 7 IMC Para niños(as)

ESTATURAS Y PESOS PROMEDIO EN KILOGRAMOS PARA NIÑOS Y NIÑAS

Peso en Kilos (NIÑAS)			Talla en Cms. (NIÑAS)			Peso en Kilos (NIÑOS)			Talla en Cms. (NIÑOS)				
EDAD	BAJA	MEDIA	ALTA	BAJA	MEDIA	ALTA	EDAD	BAJA	MEDIA	ALTA	BAJA	MEDIA	ALTA
Al Nacer	2,8	3,2	3,9	46,4	49,5	51,6	Al Nacer	2,9	3,4	4,0	47,6	50,7	53,7
1 Mes	3,6	4,1	4,5	50,4	52,5	55,0	1 Mes	4,0	4,5	5,0	52,5	55,0	57,5
3 Meses	4,5	5,0	6,0	52,5	55,0	60,0	3 Meses	5,5	6,0	6,5	57,5	60,0	62,5
6 Meses	6,4	7,3	7,7	60,0	65,0	67,5	6 Meses	8,0	8,2	8,5	65,0	67,5	70,0
9 Meses	7,7	8,1	9,0	65,0	67,5	72,5	9 Meses	8,5	9,5	10,0	70,0	72,5	75,0
1 Año	8,1	8,6	9,5	67,5	70,0	75,0	1 Año	9,5	10,0	10,5	72,5	75,0	77,5
1,5 Años	9,5	11,0	11,4	75,0	80,0	82,5	1,5 Años	10,5	12,0	12,3	77,5	82,5	85,0
2 Años	11,0	11,4	13,6	80,0	82,5	87,0	2 Años	12,0	13,0	13,5	82,5	87,5	90,0
3 Años	12,3	13,6	15,0	85,0	90,0	95,0	3 Años	14,0	15,0	16,0	90,0	95,0	97,5
4 Años	15,0	15,4	16,8	95,0	97,5	102,5	4 Años	16,0	16,5	18,8	97,5	100,0	105,0
5 Años	16,3	17,7	19,0	100,0	105,0	110,0	5 Años	17,3	18,6	20,0	102,5	107,5	110,0
6 Años	17,7	20,4	22,7	105,0	112,5	117,5	6 Años	18,6	21,0	23,6	107,5	112,5	120,0
7 Años	20,4	22,7	24,5	112,5	117,5	122,5	7 Años	21,6	24,0	26,3	115,0	120,0	125,0
8 Años	22,7	25,0	27,2	117,5	122,5	127,5	8 Años	24,0	26,3	29,0	120,0	125,0	130,0
9 Años	25,0	29,0	30,4	122,5	130,0	132,5	9 Años	26,3	30,4	31,6	125,0	132,5	135,0
10 Años	26,8	30,9	35,4	125,0	132,5	140,0	10 Años	27,7	31,8	37,7	127,5	135,0	142,5
11 Años	30,9	35,4	39,0	132,5	140,0	145,0	11 Años	31,8	36,6	40,0	135,0	142,5	147,5
12 Años	34,0	37,2	45,4	137,5	142,5	152,5	12 Años	35,0	38,6	45,9	140,0	145,0	155,0
13 Años	36,8	40,0	50,0	140,0	145,0	157,7	13 Años	37,2	44,0	50,4	142,5	152,5	160,0
14 Años	42,2	49,5	55,0	145,0	155,0	162,5	14 Años	42,6	51,3	61,0	150,0	160,0	170,0
15 Años	49,0	52,7	59,5	152,5	157,7	167,5	15 Años	50,0	56,7	65,4	157,7	165,0	175,0
16 Años	51,0	54,5	60,4	152,7	160,0	167,7	16 Años	53,1	62,2	68,5	160,0	170,0	177,5
17 Años	51,3	54,7	60,8	152,9	160,5	168,0	17 Años	57,6	66,3	71,0	162,5	172,5	180,0
18 Años	52,7	55,8	62,7	153,0	160,7	170,0	18 Años	61,7	67,6	74,5	165,0	172,9	182,5

Tabla de IMC normal para niños y adolescentes

Edad (años)	Niño	Niña
2	16,4	16,4
3	16	15,7
4	15,7	15,4
5	15,5	15,1
6	15,4	15,2
7	15,5	15,5
8	15,8	15,8
9	16,1	16,3
10	16,3	16,8
11	17,2	17,5
12	17,8	18
13	18,2	18,6
14	19,1	19,4
15	19,8	19,9
16	20,5	20,4
17	21,2	20,9
18	21,9	21,3

(19) Índice de IMC para Adultos OMS.

Tabla N° 8 Relación Edad- Bajopeso- Normopeso-Sobrepeso OMS

Edad (años)	Bajo Peso	Normopeso	Sobrepeso
19 – 24	< 19	19 – 24	> 24
25 – 34	< 20	20 – 25	> 25
35 – 44	< 21	21 – 26	> 26
45 – 54	< 22	22 – 27	> 27
55 – 65	< 23	23 – 28	> 28
> 65	< 24	24 – 29	> 29

El estado nutricional de la población estudiada se categorizó de la siguiente manera teniendo en cuenta las escalas de medición o valoración por la OMS.

- Bajo peso
- Normopeso
- Sobrepeso
- Obesidad

Capacidad para la alimentación: valora la destreza y capacidad de la persona para alimentarse.

La capacidad para la alimentación incluye: capacidad de deglución, de succión, masticación, capacidad para llevarse la comida a la boca.

Dependencia para la alimentación: grado de dependencia en relación a la alimentación. La variable se clasificó en las categorías dependencia total, severa, moderada, escasa, nula.

ANEXO 7. Entrevista Dra. Wendy Alcívar, Directora Subcentro de Salud Cantón Palestina.

- ¿Cuáles son las principales necesidades en salud de las personas con discapacidad y sus familias?
- ¿Considera usted que las personas con discapacidad presentan problemas en su estado de nutrición?
- ¿Con qué frecuencia y qué tipo de actividades desarrollan para el control nutricional de las personas con discapacidad?
- ¿Promedio de atención mensual de personas con discapacidad en el subcentro?
- ¿Principales motivos de consulta?
- ¿De acuerdo a su apreciación, cuales son los principales problemas nutricionales de las personas con discapacidad y familias?
- ¿Reconoce usted técnicas o estrategias para abordarlo?

ANEXO 8: Encuesta de Evaluación básica de Conocimientos Prácticas y actitudes en Alimentación y Nutrición al equipo humano de Subcentro de Salud del Cantón Palestina.

- ¿Se han presentado casos de malnutrición de personas con discapacidad en el subcentro de salud?
- ¿Reconoce usted los signos y síntomas de inadecuado estado de nutrición en personas con discapacidad?
- Teniendo en cuenta el tipo de discapacidad, señale de mayor a menor las que han asistido por malnutrición? En donde 1 corresponde a menos asistencia y 6 corresponde a mayor asistencia.
- Mencione el equipo interdisciplinario que trabajo los problemas de alimentación.

- Indique 4 puntos importantes dentro del plan de tratamiento de una persona con discapacidad y malnutrición
- En caso de recibir usted personas o casos de discapacidad y malnutrición que instrucciones o recomendaciones le brinda al padre de familia, para mejorar la condición de salud de la persona con discapacidad.
- Indique al menos 5 acciones que se desarrollan desde el subcentro de salud para la detección, diagnóstico y tratamiento de estos casos.
- Señale que temas trabajan ustedes en el subcentro de salud
- Adaptación de ayudas técnicas: _____
- Movilización y estabilización: _____
- Técnicas de alimentación: _____
- Texturas alimenticias: _____
- Contraindicaciones: _____
- Manejo sobrepeso en discapacidad: _____
- Conductas alimenticias por discapacidad: _____
- Detección, diagnóstico y asesoría en nutrición: _____
- Mencione las personas que integran el equipo de trabajo para atender los casos de malnutrición en discapacidad.

ANEXO 9. Encuesta dirigida a padres y/o cuidadores de Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes con Discapacidad becados por Fundación Ecuavida

Fecha Encuesta: ____ / ____ / ____

1. DATOS PERSONALES:

1.1 Nombre Completo del Niño, Niña, Adolescente o Joven con Discapacidad:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Completo

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____

Sexo: Masculino: Femenino:

1.2 Nombre completo de la madre:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Completo

1.3 Nombre completo del Padre:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Completo

1.4 Dirección:

(Calle, avenida, Kilometro, Y/o callejón, numero de casa, barrio, sector. Etc)

Responsable de su cuidado:

Madre

Padre

Abuelos (maternos)

Abuelos (paternos)

Otros

Cuales:

Tipo de Discapacidad que presenta (clasificación en relación a la pérdida funcional frente al entorno físico):

Motora: sensorial: Visual: Auditiva: Mental: Mixta:

2. ESTADO NUTRICIONAL

2.1 Medidas Antropométricas:

-Estatura o Longitud: _____ m /cm _____ cm Peso: _____ kg

-Perímetro del Brazo: _____ cm Perímetro Cefálico: _____ cm

-Área Muscular del Brazo: _____ mm² IMC: _____

2.2 CAPACIDAD DE ALIMENTACIÓN

-Succión: (tetero)

¿En caso que utilice tetero aun, lo hace con dificultad?

SI__ NO__ Como:

-Sorbición: (cuchara)

¿En caso que le dé en cuchara, lo hace con dificultad?

SI__ NO__ Como:

-Deglución:

¿Traga la comida sin dificultad?

SI__ NO__ Como:

Señale que alimentos traga con dificultad:

Espesos: Agua: Blandos: Duros: Carnes: Granos:

-Masticación:

¿Mastica la comida sin dificultad?

SI__ NO__ NO MASTICA__

-DEPENDENCIA EN ALIMENTACIÓN

Señale el grado de dependencia para alimentarse:

-Totalmente dependiente:

-Medianamente dependiente (intenta ayudarlo, toma algunos alimentos con la mano):

-No depende de usted para comer:

2.3 PROBLEMAS NUTRICIONALES:

Factores relacionados con la ingesta alimentaria.

- Presenta diarrea:

SI: _____ NO: _____ indique desde cuándo: _____

- Presenta vómitos:

SI: ____ NO: ____ Indique desde
cuándo: _____ -Presenta reflujo:

SI: ____ NO: ____ Indique desde
cuándo: _____

- Presenta estreñimiento:

SI: ____ NO: ____ Indique desde
cuándo: _____

2.4 CONOCIMIENTO, PRÁCTICAS Y ACTITUDES

- Considera que su hijo (a) tenga dificultades en su estado de nutrición:

SI: ____ NO: ____

- ¿Por qué?: _____

- Hace cuanto reviso el peso y talla de su hijo (a): _____ ¿Porqué lo hizo? _____

- En qué lugar lo realizaron: _____

-¿Cuando usted quiere revisar la nutrición de su hijo (a), donde acude?

-¿Por qué? _____

-¿Al alimentar a su hijo (a), cuál es su mayor dificultad?

-¿Ha modificado algún utensilio en su casa (vaso, cuchara, plato, silla) para darle de comer a su hijo?

SI ____ NO ____ CUAL? _____

-A nivel alimenticio que le gustaría aprender, o mejorar, señale por favor:

Como cocinarle a su hijo (a) _____

Como manejar su cuerpo al darle de comer _____

Que no puedo darle de comer _____

Dietas para el (ella) _____

Como preparar sus alimentos _____

-¿Quién atiende o supervisa si su hijo(a) está en adecuado nivel de nutrición en el Cantón?

NOMBRE Y FIRMA DEL ENCUESTADO

ANEXO 10. PRESUPUESTO DE IMPLEMENTACION

ANEXO 11: INVERSIÓN DE CAPITAL

INVERSIÓN DE CAPITAL

EQUIPOS	PU	Cant.	PT	Vida Útil	Mes	Año
Computadoras	\$ 600,00	4	\$ 2.400,00	3	\$ 2.400,00	\$ 2.400,00
Software educativo	\$ 2.000,00	1	\$ 2.000,00	N/A	\$ 2.000,00	\$ 2.000,00
Aire acondicionado	\$ 400,00	1	\$ 400,00	3	\$ 400,00	\$ 400,00
Infocus	\$ 600,00	1	\$ 600,00	3	\$ 600,00	\$ 600,00
Cocina	\$ 400,00	1	\$ 400,00	3	\$ 400,00	\$ 400,00
Nevera	\$ 500,00	1	\$ 500,00	3	\$ 500,00	\$ 500,00
Licuadaora	\$ 100,00	1	\$ 100,00	3	\$ 100,00	\$ 100,00
Coladores	\$ 5,00	5	\$ 25,00	1	\$ 25,00	\$ 25,00
Ollas	\$ 400,00	2	\$ 800,00	2	\$ 800,00	\$ 800,00
Sartén	\$ 15,00	2	\$ 30,00	2	\$ 30,00	\$ 30,00
Lavadora	\$ 400,00	1	\$ 400,00	3	\$ 400,00	\$ 400,00
Lavaplatos	\$ 50,00	1	\$ 50,00	3	\$ 50,00	\$ 50,00
Microondas	\$ 190,00	1	\$ 190,00	2	\$ 190,00	\$ 190,00
Guantes quirúrgicos	\$ 1,00	200	\$ 200,00	0	\$ 200,00	\$ 200,00
Esterilizador	\$ 15,00	3	\$ 45,00	0	\$ 45,00	\$ 45,00
Colchonetas	\$ 69,44	5	\$ 347,20	1	\$ 347,20	\$ 347,20
Sillas plásticas	\$ 25,00	12	\$ 300,00	2	\$ 300,00	\$ 300,00
Mesas plásticas	\$ 160,00	3	\$ 480,00	2	\$ 480,00	\$ 480,00
Tablero acrílico	\$ 140,00	1	\$ 140,00	5	\$ 140,00	\$ 140,00
Muebles de oficina	\$ 700,00	1	\$ 700,00	5	\$ 700,00	\$ 700,00
Archivadores	\$ 100,00	3	\$ 300,00	5	\$ 300,00	\$ 300,00

\$10.407,20

ANEXO 12: CEDULA DEL PERSONAL

SUELDO DEL PERSONAL

Sueldo Base		300	600	1000
		mensual	mensual	mensual
Vacaciones	sueldo anual/24	12,50	25,00	41,67
13 ero	sueldo anual/12	25,00	50,00	83,33
14 to	292	24,33	24,33	24,33
Fondo de Reserva	Sueldo MES *8%	24,00	48,00	80,00
Aporte Patronal	12,15%	36,45	72,90	121,50
		122,28	220,23	350,83

EL 12,15 % PATRONAL YA CONSIDERA EL 1 % DEL IECE Y SECAP

PERSONAL	PU	BENEFICIOS	SUMAN	CANT	TOTAL MES	TOTAL AÑO
Coordinadora general	\$ 1.000,00	350,83	\$ 1.350,83	1	\$ 1.350,83	\$ 16.210,00
Coordinador financiero	\$ 600,00	220,23	\$ 820,23	1	\$ 820,23	\$ 9.842,80
Educadores especiales	\$ 600,00	220,23	\$ 820,23	2	\$ 1.640,47	\$ 19.685,60
Terapeuta Físico	\$ 600,00	220,23	\$ 820,23	1	\$ 820,23	\$ 9.842,80
Nutricionista	\$ 600,00	220,23	\$ 820,23	1	\$ 820,23	\$ 9.842,80
Terapeuta del lenguaje	\$ 600,00	220,23	\$ 820,23	1	\$ 820,23	\$ 9.842,80
Terapeuta ocupacional	\$ 600,00	220,23	\$ 820,23	1	\$ 820,23	\$ 9.842,80
Psicólogo	\$ 600,00	220,23	\$ 820,23	1	\$ 820,23	\$ 9.842,80
Trabajador social	\$ 300,00	122,28	\$ 422,28	1	\$ 422,28	\$ 5.067,40
Promotores locales	\$ 300,00	122,28	\$ 422,28	3	\$ 1.266,85	\$ 15.202,20
					\$ 9.601,83	\$ 115.222,00

ANEXO13: GRÁFICOS DE INVESTIGACION CUANTITATIVA

GRÁFICO N° 3

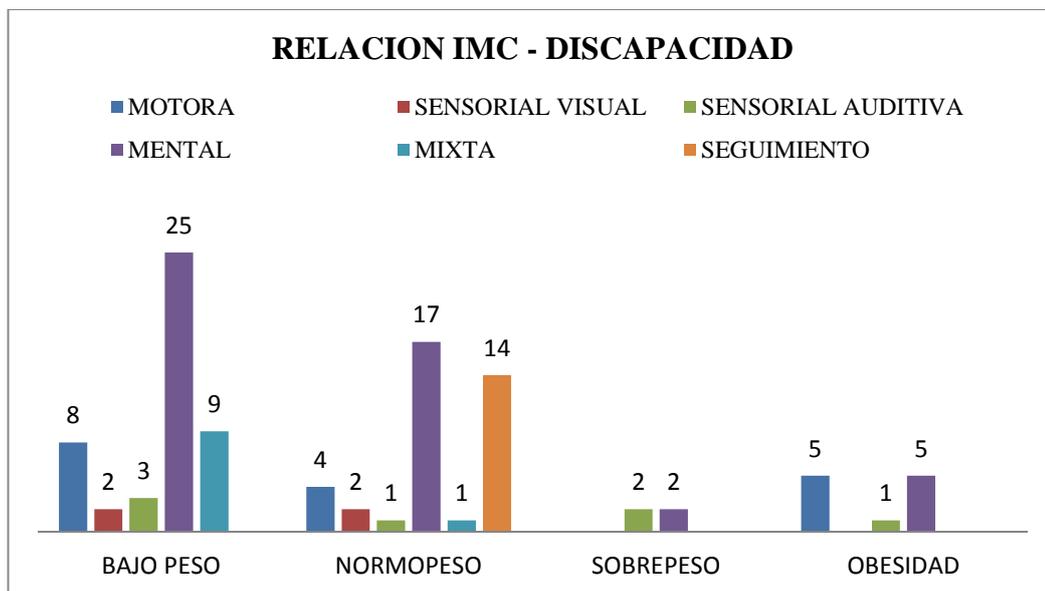


GRÁFICO N° 4

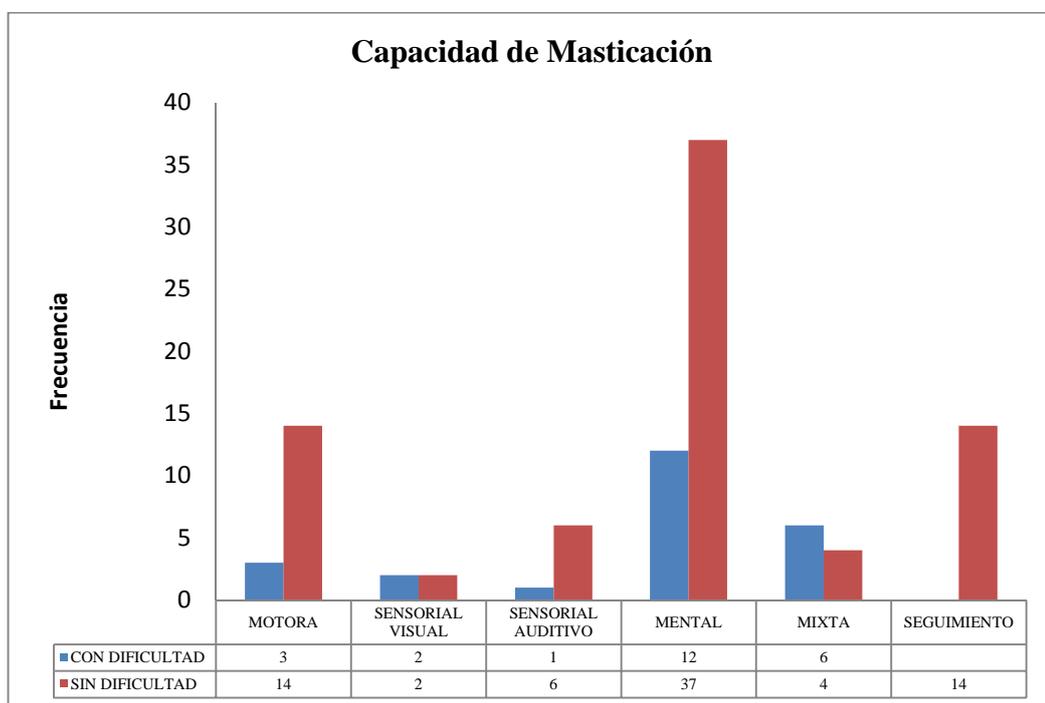


GRÁFICO N° 5

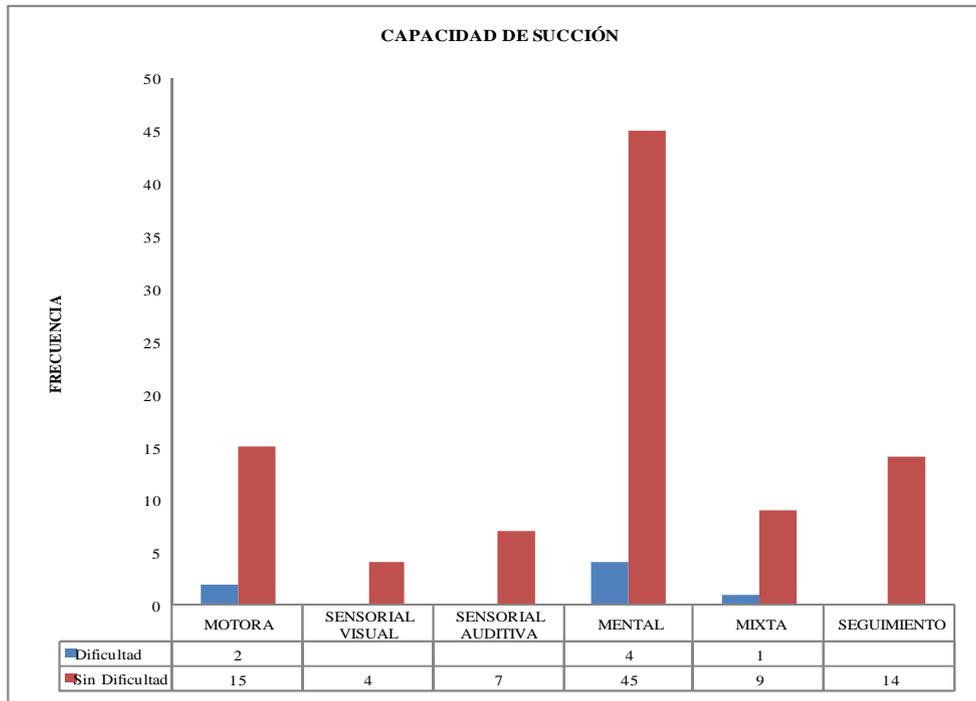


GRÁFICO N° 6

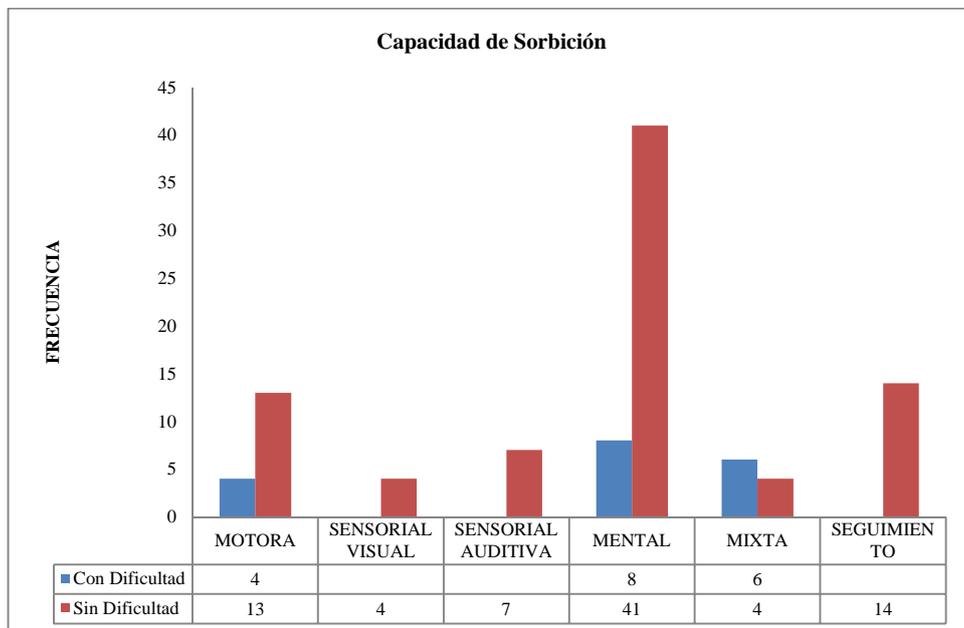


GRÁFICO N° 7

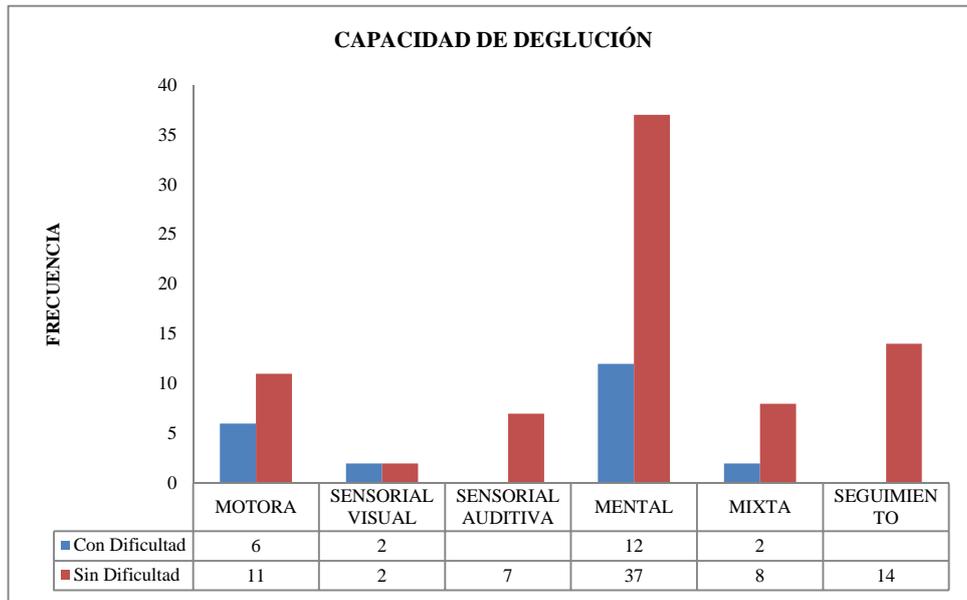


GRÁFICO N° 8

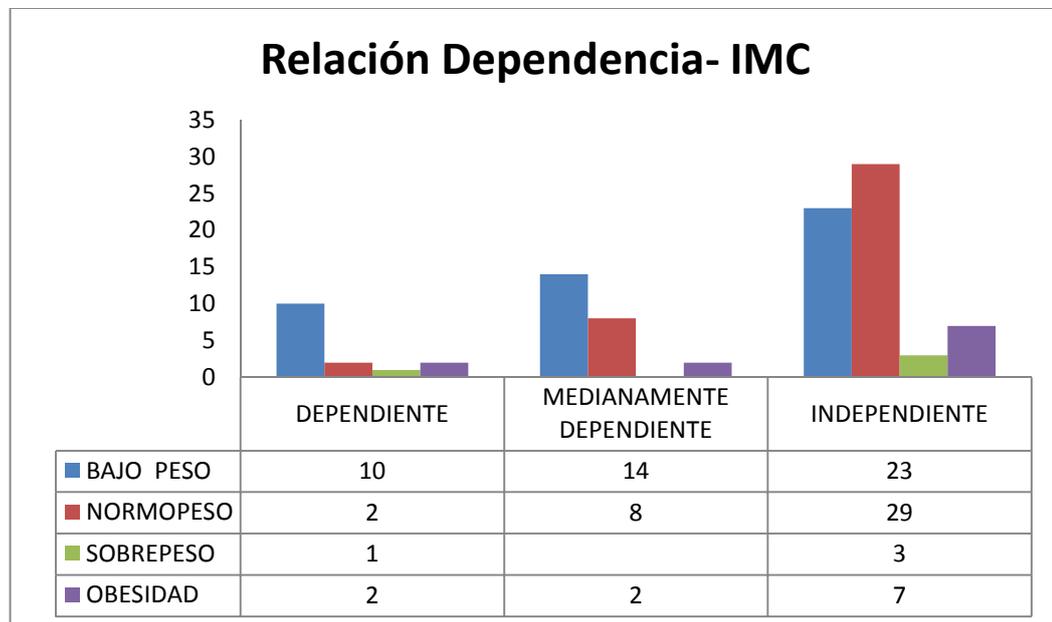


GRÁFICO N° 9

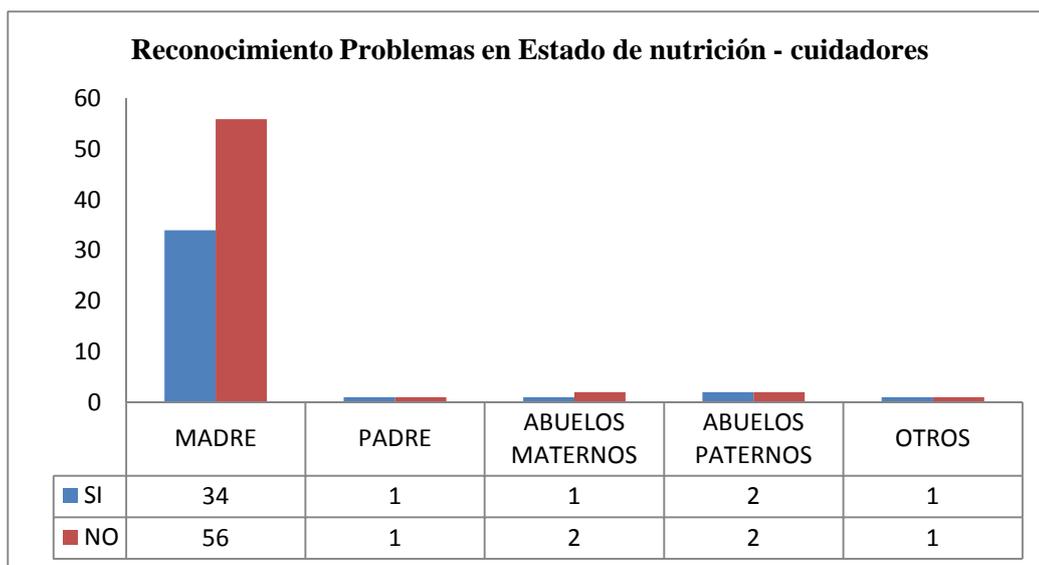


GRÁFICO N° 10

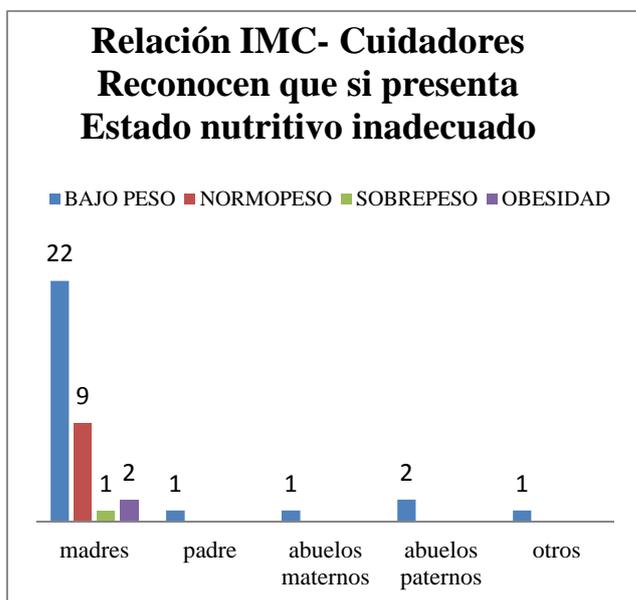


GRÁFICO N° 11

