



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
CAJAMARCA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA – SEDE CHOTA**

TESIS

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**“PERFIL SOCIOECONÓMICO Y DISCAPACIDAD DE
LOS NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS DEL DISTRITO DE
CHOTA 2014”**

PRESENTADO POR:

Bach. Enf. ALARCÓN CASTILLO, Tatiana Lizeth

ASESORA:

M. CS. NÚÑEZ ZAMBRANO, Luz Amparo

COASESORA:

Mg. PÉREZ CIEZA, Katia Maribel

**CHOTA – PERÚ
2014**

JURADO EVALUADOR

- **PRESIDENTE** : **Dra. Norma Bertha Campos Chávez.**
- **SECRETARIA** : **Dra. Juana Aurelia Ninatanta Ortiz.**
- **VOCAL** : **M.Cs. Miriam Mercedes Hurtado Sempértégui.**
- **ACCESITARIO** : **Lic. Enf. Oscar Fernando Campos Salazar.**
- **ASESORA** : **M.Cs. Luz Amparo Núñez Zambrano.**
- **COASESORA** : **Mg. Katia Maribel Pérez Cieza.**

DEDICATORIA

Dedico este trabajo:

A Dios: Por darme la vida, por tantas bendiciones otorgadas y por estar conmigo siempre, fortaleciendo mi corazón e iluminando mi mente y por haber puesto en mí camino a aquellas personas que han sido el soporte y compañía durante todo el proceso de este estudio.

A mi madre Q.V.F. Ana Castillo: Por los ejemplos de amor, competencia y perseverancia que me dejó por herencia, por interceder por mí ante Dios y por todas sus bendiciones desde el cielo. **A mis familiares:** Gladis y Nélica, por su comprensión, apoyo moral y económico. **A mi novio:** Fernando Prado por haberme alentado a seguir adelante y a cumplir mis metas trazadas.

TATIANA.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi agradecimiento a mi asesora M.CS. Luz Amparo Núñez Zambrano y coasesora Mg. Katia Maribel Pérez Cieza, por su paciencia, motivación y apoyo que me brindaron durante el desarrollo del presente trabajo, además por lo consejos brindados durante mi formación profesional y por confiar en mi hasta el final de mi etapa universitaria.

A nuestra casa superior de estudios, Universidad Nacional de Cajamarca, Alma Mater de mi formación y a cada uno de los docentes y trabajadores de la Sede Chota, quienes marcaron cada momento de mi desarrollo profesional con su apoyo, motivación, orientación y enseñanzas.

A las instituciones Centro de Educación Básica Especial (CEBE), Programa de Intervención Temprana Estatal (PRITE) y Oficina Municipal de Atención a la Personas con Discapacidad (OMAPED), por haberme brindado la información necesaria para este proyecto y a todos los padres de familia de los niños con discapacidad por haber colaborado durante la ejecución de la presente tesis, ya que sin su apoyo no hubiese sido posible presentar este trabajo.

ÍNDICE

	Pag.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPITULO I	
1. EL PROBLEMA.....	13
1.1. Definición y delimitación del problema.....	13
1.2. Formulación del problema.....	18
1.3. Justificación.....	18
1.4. Objetivos.....	20
CAPITULO II	
2. MARCO TEÓRICO.....	21
2.1. Antecedentes.....	21
2.2. Base teórica.....	23
2.2.1. Perfil.....	23
2.2.2. Perfil socioeconómico.....	23
2.2.3. Discapacidad.....	25
2.2.4. Tipos de discapacidad en los niños.....	29
2.3. Variables.....	48
CAPITULO III	
3. METODOLOGÍA.....	54
3.1. Método de estudio.....	54
3.2. Área de estudio.....	54

3.3. Población.....	55
3.4. Muestra.....	55
3.4.1. Tipo de muestra.....	56
3.4.2. Unidad de análisis.....	56
3.4.3. Criterios de inclusión.....	56
3.4.4. Criterios de exclusión.....	56
3.5. Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	56
3.6. Procesamiento y análisis de datos.....	57
3.7. Consideraciones éticas.....	57

CAPITULO IV

RESULTADOS	60
CONCLUSIONES.....	89
RECOMENDACIONES.....	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXOS	

RELACIÓN DE TABLAS

		Pag.
TABLA 01:	Procedencia de la familia del niño con discapacidad – Chota 2014.	60
TABLA 02:	Tipo de familia en la que vive el niño con discapacidad – Chota2014.	62
TABLA 03:	Estado civil de los padres del niño con discapacidad – Chota 2014.	64
TABLA 04:	Grado de instrucción del jefe de la Familia del niño con discapacidad – Chota 2014.	66
TABLA 05:	Religión que profesa la familia del Niño con discapacidad – Chota 2014.	68
TABLA 06:	Ocupación del jefe de la familia del Niño con discapacidad – Chota 2014.	69
TABLA 07:	Número de integrantes de la familia del Niño con discapacidad – Chota 2014.	70
TABLA 08:	Ingreso económico de la familia del Niño con discapacidad – Chota 2014.	71
TABLA 09:	Propiedad de la vivienda donde habita el niño con discapacidad – Chota 2014.	73

TABLA 10:	Material de la vivienda donde habita el niño con discapacidad – Chota 2014.	74
TABLA 11:	Niveles de la vivienda del niño con discapacidad – Chota 2014.	75
TABLA 12:	Servicios básicos de la vivienda del Niño con discapacidad – Chota 2014.	76
TABLA 13:	Nivel de ubicación de la habitación del Niño con discapacidad – Chota 2014.	78
TABLA 14:	Distancia de los servicios higiénicos a la habitación del niño con discapacidad – Chota 2014.	79
TABLA 15:	Edad del niño con discapacidad – Chota 2014.	81
TABLA 16:	Sexo del niño con discapacidad – Chota 2014.	82
TABLA 17:	Grado de instrucción del niño con discapacidad – Chota 2014.	83
TABLA 18:	Enfermedades complementarias a la discapacidad del niño – Chota 2014.	85
TABLA 19:	Tipo de discapacidad más frecuente en los niños de 0 – 12 años – Chota 2014.	86

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo estudiar y analizar el perfil socioeconómico de los niños de 0 a 12 años y su tipo de discapacidad, Chota 2014. El diseño fue descriptivo, transversal y se realizó con una población de 103 niños con discapacidad inscritos en el Centro de Educación Básica Especial, Programa de Intervención Temprana Estatal “Amor y Esperanza” y Oficina Municipal de Atención a Personas con Discapacidad del distrito Chota. Se utilizó como instrumento una encuesta para describir el perfil socioeconómico familiar y personal de los niños con discapacidad, así como la discapacidad más frecuente. Los resultados fueron: 67% de las familias son de zona rural, 69.9% familias nucleares, 50.5% de los padres son convivientes. El 24.3% de padres son analfabetos, 49.5% amas de casa, 55.3%, de familias tiene dos a tres integrantes, 39.8% tienen ingreso económico familiar menor a S/. 775.00 nuevos soles. El 61.2% tienen viviendas propias, 46.6% son de adobe, 47.6% de viviendas tienen un solo nivel, 43.7% tienen todos los servicios básicos, 66% de los niños con discapacidad tienen sus habitaciones en el primer nivel, 49.5% tienen servicios higiénicos a más de 10 metros de su habitación. El 45.6% de niños son menores de 4 años, 63.1% varones, 43.7% tienen educación inicial y 45.6% sufren de afecciones respiratorias a parte de su discapacidad. La discapacidad más frecuente es la discapacidad física – motriz con 43.7%, seguida de sensorial 23.2%. En conclusión el perfil socioeconómico de los niños con discapacidad en Chota corresponde mayormente a extrema pobreza.

PALABRAS CLAVES: Perfil socioeconómico, discapacidad, niños.

ABSTRACT

The investigation had as aim study and analyze the socioeconomic profile of the children from 0 to 12 years and his type of disability, Chota 2014. The design was descriptive, trasversal and it was realized by a population of 103 children by disability inscribed in the Center of Basic Special Education, Program of Early State Intervention "Love and Hope" and Municipal Office of Attention to Persons by Disability of the district Chota. A survey was in use as instrument for describing the socioeconomic familiar and personal profile of the children with disability, as well as the most frequent disability. The results were: 67 % of the families is of rural zone, 69.9 % nuclear families, 50.5 % of the parents is coexistent. 24.3 % of parents is illiterate, 49.5 % housewives, 55.3 %, of families it has two to three members, 39.8 % has economic revenue minor relative to 775 new suns. 61.2 % has own housings, 46.6 % is of adobe, 47.6 % is of housings has an alone level, 43.7 % has all the basic services, 66 % of the children with disability has his rooms in the first level, 49.5 % has hygienic services to more than 10 meters of his room. 45.6 % of children is 4-year-old minors, 63.1 % males, 43.7 % has initial education and 45.6 % suffers from respiratory affections to part of his disability. The most frequent disability is the physical disability - motive with 43.7 %, followed by sensory 23.2 %. In conclusion the socioeconomic profile of the children with disability in Chota corresponds mainly to extreme poverty.

KEY WORDS. Socioeconomic profile, disability, children.

INTRODUCCIÓN

La discapacidad es un problema muy frecuente en todo el mundo y en el Perú, sin embargo son muy pocos los países que cuentan con estudios rigurosos acerca de esta población, especialmente si se trata de los niños con discapacidad. Los niños y niñas con discapacidad, se encuentran en todas las sociedades, culturas y comunidades, por lo mismo deben ser respetados y apoyados para garantizar el cumplimiento de sus derechos, sin importar condición económica, para que puedan desarrollar sus capacidades.

La discapacidad resume un número de limitaciones funcionales diferentes que antiguamente se consideraba como algo vergonzoso, un castigo divino que debían esconder y aquellos niños que la sufrían eran cuidados en casa; actualmente en el Perú existen instituciones especializadas para educarles de manera que se pudieran adaptar a la sociedad que les rodea y puedan superar sus limitaciones, así como el Centro de Educación Básica Especial (CEBE), Programa de Intervención Temprana Estatal (PRITE), Oficina Municipal de Atención a las Personas con Discapacidad (OMAPED), que son estas instituciones que tienen a su cargo la educación y rehabilitación de los niños del presente estudio (11).

La presente investigación es de tipo descriptivo, transversal en el cual se planteó estudiar y analizar el perfil socioeconómico de los niños de 0 a 12 años del distrito de Chota – 2014, a nivel familiar y personal, en donde se encontró que muchos de estos niños viven en pobreza y extrema pobreza, no teniendo así las condiciones adecuadas a su tipo de discapacidad ni tampoco los recursos necesarios para ir constantemente a sus rehabilitaciones, también se encontraron otras características socioeconómicas que reflejan la pobre vida en la que viven las familias de los niños con discapacidad.

Para cumplir con los objetivos de la investigación se estructuraron cuatro capítulos los que se describen a continuación:

Primer capítulo: definición y delimitación del problema, formulación del problema, objetivos y justificación; las cuales sirven de base al desarrollo del estudio.

Segundo capítulo: está referido a la descripción del marco teórico, antecedentes del problema, base conceptual y variables.

Tercer capítulo: precisa el diseño metodológico para desarrollar el trabajo de campo de la investigación.

Cuarto capítulo: se presentan los resultados del trabajo en cuadros debidamente analizados, teniendo en cuenta los objetivos formulados. Los resultados más importantes son los siguientes: 67% de las familias son de zona rural, 24.3% de padres son analfabetos, 39.8% tienen ingreso económico familiar menor a S/. 775.00 nuevos soles, 45.6% de niños son menores de 4 años, 63.1% son varones. La discapacidad más frecuente es la discapacidad física – motriz con 43.7%.

Finalmente, se encuentran las conclusiones: el perfil socioeconómico de los niños con discapacidad en Chota corresponde mayormente a extrema pobreza y la discapacidad más frecuente es la discapacidad física – motriz. Se espera que el presente estudio contribuya a brindar información de primera mano sobre el perfil socioeconómico de los niños con discapacidad en Chota, la cual ojalá sea tomada en cuenta para la toma de decisiones en beneficio de esta población la cual mayormente es excluida.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.

Cuando se habla de perfil socioeconómico nos referimos a aquellas cualidades que determinan los rasgos de una persona y la distingue claramente de las demás, para esto se considerarán aquellos elementos básicos o principales de la realidad social que condicionan los cambios y la estructura de la población en un momento dado, tales como edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad, capacitación, tipo y grado de discapacidad. (1)

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, en su informe del año 2012. Sostiene que la pobreza en el Perú se ha reducido a 25.8% y 509 mil personas dejaron de ser pobres. Asimismo informa sobre la pobreza extrema que registró una disminución de 0.3 puntos porcentuales, es decir, 69,000 personas dejaron de ser pobres extremos. (2)

Para el año 2013, en el Perú, la pobreza bajó a 23.9% según el Instituto Nacional de Estadística e Informática. En su informe “Evolución de la pobreza monetaria 2009 – 2013”, unas 491 mil personas salieron de la pobreza el año pasado. Sin embargo, aún hay cerca de 7,3 millones de personas que se mantienen en dicha condición. Sostiene además que la pobreza extrema en el país bajó de 6% a 4.7% en el 2013. “Unas 375,800 personas salieron de la extrema pobreza en el 2013. Sin embargo, todavía 1,4 millones de personas viven en esta condición en el país”. (3)

En el año 2013, la pobreza afectó al 35,5% de los niños(as) menores de cinco años de edad, al 33.6% de los que tienen de 5 a 9 años de edad, al 33.9% de los de 10 a 14 años y al 24.8% de los adolescentes de 15 a 19 años de edad. (4)

Según el informe estadístico del INEI considera que la brecha de pobreza monetaria en los departamentos del Perú, se encuentra en primeros lugares los siguientes: en primer lugar está Cajamarca con un 52.9%, Ayacucho con 51.9%, Amazonas 47.3%, Pasco 46.6%, Huancavelica 46.6%, Apurímac 42.8%, Con este resultado de Apurímac, Cajamarca pasó a ser la región más pobre del Perú, ya que el 52.9% de su población gana menos de 292 soles mensuales. (5)

Cajamarca es el departamento andino más poblado del Perú con 1,387,809 habitantes. Mantiene la población rural con 67.3 % con altos índices de pobreza monetaria total del departamento 49.1%; también presenta alto porcentaje de menores de 5 años con desnutrición crónica debido a la pobreza extrema que existe en un 37.60 % (6).

Respecto a la provincia de Chota, no se encuentran datos específicos sobre nivel socioeconómico en los niños y mucho menos en población con discapacidad, pero sí el INEI 2012, catalogó como la quinta provincia a nivel de Cajamarca según porcentaje de pobreza (61.7%) y quinto lugar en extrema pobreza con 28.6% superando a la provincia de Contumazá. (7) Datos que muestran cifras altas de pobreza, la cual no permite que la mayoría de la población viva con una calidad de vida por lo menos aceptable. En el caso específico sobre la situación socioeconómica de los niños con alguna discapacidad en la zona se desconoce su realidad, por lo que el presente estudio evidenciará esa problemática.

Se define discapacidad como un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales (8).

Otra definición a quien padece de una o más discapacidades es que el termino correcto debe de ser “**Persona con Discapacidad**” (9). Este término se usa para no

discriminar a esta población y no usar términos que pueden ser peyorativos y poco Inclusivos.

En el año 2007 la discapacidad a nivel mundial se estimaba en 10% cuando la edad promedio a nivel mundial era de 22.4 años. Hoy el estado de la discapacidad ha aumentado a 15%, es decir aumentó 5% y la edad promedio mundial aumentó a 28 años es decir, los mismos 5 años que el promedio con la discapacidad. Lo más interesante es que en el año 2050 se calcula que la edad promedio en el mundo será 38 años y en países con mayor nivel de ingresos será 45.7 años, es decir la edad donde la prevalencia de discapacidad comienza a aumentar exponencialmente. (10)

En América Latina existen aproximadamente 85 millones de personas con discapacidad. Por lo menos tres millones de niños con discapacidad se encuentran en los siete países que componen el Istmo Centroamericano. Según Vásquez Armando (Banco Interamericano de desarrollo), muestra en su publicación en Línea, la prevalencia de la discapacidad por país en América Latina, siendo el siguiente orden: México 10,000,000 personas con discapacidad (10%), Brasil 10,000,000 personas con discapacidad (6%), Perú 7,882,560 personas con discapacidad (31.28%), Colombia 4,992,000 personas con discapacidad (12%), Venezuela 2,370,000 personas con discapacidad (10%), Argentina 2,217,500 personas con discapacidad (6.8%). (11)

La encuesta de la ONU detalló que “las personas con discapacidad tienen más probabilidades de estar desempleadas, y generalmente gana menos” y en consecuencia “son más vulnerables a la pobreza”. En el Perú las personas con discapacidad son víctimas de injusticia, discriminación y oportunidades en distintos aspectos como en el trabajo, educación, salud, accesibilidad y leyes. (12)

El Instituto Nacional de Estadística e Informática, a través de la Encuesta Nacional Continua (ENCO) para el año 2006, muestra que en el Perú el 8.4% de la población presenta algún tipo de discapacidad, esto significa que ocho de cada 100

personas a nivel nacional declaran tener al menos una discapacidad. Tomando en cuenta el tipo de discapacidad, la de mayor prevalencia es la visual con 4.5%, seguida de la motora con 2.7% y la auditiva con 2.2%. La discapacidad menos prevalente se da en la del habla (0.7%) y en la comunicación (0.6%).

Los departamentos que muestran mayor prevalencia de personas con discapacidad son Lima Metropolitana y Lima provincias con 11.7% cada uno, Arequipa con 10.4% y Pasco con 10.3%. Entre los que tienen menor tasa de discapacidad se encuentran Tumbes con 3.4%, Madre de Dios con 2.6% y Lambayeque con 2.2%.

En la discapacidad auditiva, los departamentos que albergan mayor número de personas con esta discapacidad son Arequipa con 4.0%, Cusco con 3.7%, Moquegua con 3.0% y Lima Metropolitana con 2.9%. Los departamentos de Lambayeque con 0.4%, Madre de Dios con 0.5% y Loreto con 0.6% son los que tienen una discapacidad auditiva. La discapacidad motora o la limitación en el uso de extremidades superiores e inferiores se da en mayor medida en los departamentos de Moquegua con 4.9%, Arequipa con 4.1% y Cusco con 3.5%. En contraposición, los departamentos de Lambayeque, Madre de Dios y Loreto muestran las tasas más bajas 0.9%, 1.0% y 1.3%, respectivamente. (13) No se han encontrado datos específicos de discapacidad en niños menores de 12 años; sin embargo se observa que existen muchos en todo el departamento, esa es una de las razones por las que se está elaborando el presente estudio.

En la región Cajamarca según los datos obtenidos por el INEI, muestra que el total de hogares con al menos un miembro con discapacidad es de 74,443 y el tipo de discapacidad que más afecta a la población es la discapacidad visual con una población de 7,872, seguida de la discapacidad para usar brazos, manos y pies que muestra una cifra de 4,581. (13)

En la provincia de Chota la población total como distrito es de 39,231 habitantes, de los cuales el total de hogares con al menos un niño discapacitado es del 17%, prevaleciendo en primer lugar la discapacidad visual con un 8.4%, seguido de la

discapacidad para usar brazos y manos/pies 7%, discapacidad para hablar 6.5%, y finalmente discapacidad auditiva con 4.1%. La discapacidad en la provincia de Chota de acuerdo a la relación de géneros prevalece más en los niños (27%) que en las niñas (13%). (13)

Según datos del Centro de Educación Básica Especial (CEBE), alberga 20 niños con discapacidad, en los cuales predomina la discapacidad visual, seguida de la discapacidad auditiva y finalmente la discapacidad motriz.

Según los datos del Programa de Intervención Temprana (PRITE), tiene a su cargo 46 niños con discapacidad, en donde la discapacidad predominante es la síndromica, seguida de la discapacidad visual y por último la discapacidad motriz.

Finalmente la Oficina Municipal de Atención a las Personas con Discapacidad (OMAPED), registra 75 niños con discapacidad de los cuales: 14 niños tienen retardo mental, 10 niños son sordomudos, 09 niños tienen discapacidad de locomoción, 09 niños sufren síndrome de down, 06 con discapacidad visual, 05 con retardo del lenguaje, 05 con parálisis cerebral, 03 con pie boot, 03 con artritis crónica, 03 con hemiplejia, 03 niños con labio leporino, 01 niño con epilepsia y 01 niño con secuelas de polio.

Toda esta realidad mostrada indica que existe una población que necesita ser estudiada en el ámbito local, y mucho más si se trata de la población de niños con discapacidad, los cuales a pesar de sufrir una discapacidad, tratan de sobrellevar esta situación. Asimismo es desconocido su perfil socioeconómico el cual servirá para conocer su situación social y económica en la que viven.

Por tanto, el presente tema de investigación será de tipo descriptivo transversal y se realizará en el distrito de Chota en las instituciones de Centro de Educación Básica Especial (CEBE), Programa de Intervención Temprana (PRITE) “Amor y Esperanza” y la Oficina Municipal de Atención a las Personas con Discapacidad (OMAPED).

La realidad de la población con discapacidad en Chota muestra que existe un número considerable en instituciones como el PRITE, CEBE y OMAPED siendo un total de 136 niños con discapacidad en el distrito de Chota, cuyas edades oscilan entre 0 y 12 años de edad y serán aquellos que estén incluidos en las 3 instituciones antes mencionadas.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuál es el perfil socioeconómico de los niños con discapacidad de 0 a 12 años a nivel familiar y personal en el distrito de Chota – 2014?

¿Cuál es el tipo de discapacidad más frecuente de los niños de 0 a 12 años en el distrito de Chota 2014?

1.3. JUSTIFICACIÓN:

Según los datos conferidos en Chota muestran que el total de hogares con al menos un miembro con discapacidad es de 3,227, de los cuales la mayoría de niños con discapacidad se concentran en la zona rural.

Estos datos alertan a distintos sectores de la sociedad chotana en particular, lo que además indican que 8 de cada 100 hogares cuentan con al menos un miembro con discapacidad y que su incidencia mayoritaria se presenta en zonas rurales, lo cual se puede relacionar con su nivel socioeconómico.

Es por esta razón que en un intento de reflexionar sobre dicha realidad, se realiza este proyecto de investigación, ya que en la actualidad, la problemática social que afecta a los niños con discapacidad es un problema que nos concierne a todos como sociedad.

La razón de este proyecto es conocer esta problemática, debido a que esta población mayormente es excluida, no se les toma en cuenta y, muchas veces, se atropellan sus derechos. Por ello, el propósito es identificar el perfil socioeconómico y tipo de discapacidad que tienen los niños en Chota, para que en un futuro de acuerdo a sus discapacidades se puedan sugerir cuidados de enfermería que ayuden en su recuperación y rehabilitación sin importar su nivel socioeconómico y enfatizando aquellos niños con discapacidad cuyas familias se encuentran en la extrema pobreza.

Al analizar las implicancias prácticas de este proyecto de investigación, este estudio contribuirá a la optimización de la atención profesional especializada ya que con el conocimiento de su situación socioeconómica tanto de estos niños como de su familia, servirán a las instituciones como el Centro de Educación Básica Especial, Programa de Intervención Temprana Estatal y la Oficina Municipal de Atención a las Personas con Discapacidad que trabajan a favor de esta población sin discriminación alguna.

Los beneficios no solo serán para los niños con discapacidad, sino también su familia en pleno, porque son las familias quienes contribuirán en conjunto con los profesionales de enfermería a la mejoría de sus hijos, así como en su inserción social, la cual no debería hacer distinción de acuerdo a su perfil socioeconómico ya que lo que se pretende es poder desarrollar su máxima potencialidad como ser humano, y de esta manera hacerlos sentir importantes para su familia y la sociedad.

Asimismo este trabajo contribuirá en brindar a los programas sociales una información más real respecto al nivel socioeconómico de esta población, para que en adelante se tome en cuenta y se elabore apoyo social por parte del Estado a estos niños.

1.4. OBJETIVOS:

1.4.1. Objetivo general:

Estudiar y analizar el perfil socioeconómico de los niños con discapacidad de 0 a 12 años y su tipo de discapacidad. Chota 2014.

1.4.2. Objetivos específicos:

Describir el perfil socioeconómico de los niños con discapacidad de 0 a 12 años a nivel familiar y personal en el distrito de Chota – 2014.

Determinar el tipo de discapacidad más frecuente de los niños de 0 a 12 años en el distrito de Chota – 2014.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES:

Valdés A. M. y Spencer C. R. (Chile - 2011). Realizaron una tesis cuantitativa, denominada: “Influencia del nivel socioeconómico familiar sobre el desarrollo psicomotor de niños y niñas de 4 a 5 años de edad de la ciudad de Talca – Chile”, su objetivo fue examinar la influencia del nivel socioeconómico sobre el desarrollo psicomotor de 535 niños y niñas de 4 a 5 años de edad, matriculados y asistentes al “prekinder” durante el primer semestre de 2011; el nivel socioeconómico fue operacionalizado en dos variables específicas: el ingreso per cápita y el nivel educacional del jefe/a de hogar. Concluyendo que el nivel socioeconómico influye sobre el desarrollo psicomotor del infante en condiciones de escolaridad, ya que el nivel socioeconómico alto tiene mejores calificaciones en el desarrollo psicomotor, a la misma edad y género, que los niños/as de familias de nivel socioeconómico medio y bajo.

Paz V. S. y Serra E. (Valencia 2005). Hicieron un estudio: “Nivel socioeconómico y calidad del entorno familiar en la infancia de los niños de Valencia”, realizado en 410 niños de ambos sexos de edades comprendidas entre 3 y 10 años. Su objetivo fue analizar la relación entre la calidad del entorno familiar en la infancia y el nivel socioeconómico familiar. Los resultados indicaron que la clase social en la que se desarrollan los niños es un aspecto altamente relevante en su entorno familiar, teniendo una importante relación con la calidad de éste.

Portillo C.R. (Málaga – 2004) En su estudio descriptivo: “Discapacidad intelectual y necesidades educativas especiales asociadas: retraso mental ligero frente a retraso límite”, realizado en 88 niños y 63 niñas de enseñanza primaria obligatoria de 6 a 12 años, de diez centros escolares de Málaga que pertenecen preferentemente a la clase social/baja y media baja. El objetivo fue determinar la

importancia que se da a cada uno de los elementos en la evaluación de la discapacidad cognitiva para decidir la asignación o no a discapacidad. Los resultados más importantes indicaron que hay muchos niños con dificultades leves en el aprendizaje, problemas conductuales y alteraciones en el rendimiento académico y se deben a los llamados déficit neurológicos blandos, esto quiere decir que necesitan apoyo psicopedagógico.

Gonzales B.G (Guatemala – 2004) Realizó una investigación de método inductivo: “Discapacidad física infantil, efectos en los padres de familia”, realizado con familias guatemaltecas con al menos un niño o niña con discapacidad. Los objetivos fueron Identificar los problemas más frecuentes de discapacidad en niños y niñas; e identificar los efectos producidos en los padres de familia con hijos/as que presentan problemas de discapacidad física. Los resultados más importantes fueron: el problema más frecuente fue la discapacidad física con afectación cerebral en los niños/as, (parálisis cerebral, retraso psicomotor) cuyas secuelas son permanentes y se pueden agudizar con el tiempo requiriendo atención médica integral para evitar que existan complicaciones en su crecimiento y desarrollo. Así mismo, los efectos sociales en los padres y madres de familia con niños/as con discapacidad son: la baja autoestima debido a la negación de la situación de salud que afecta a su hijo/a, y el verse imposibilitados de tener un hijo normal sumados a sentimientos de inferioridad con respecto a otras parejas.

Santos G.K. y Flores G.C. (Veracruz – 2005) Investigación de tipo descriptivo, transversal, realizado en 69 personas cuidadoras, con el objetivo de describir el afrontamiento del familiar al cuidado de un niño con discapacidad, obtuvo como resultado que las madres son las principales cuidadoras y presentan recursos superiores de afrontamiento a pesar que no cuentan con el apoyo económico y emocional de una pareja. Por otro lado afirma que la llegada de un hijo con discapacidad, genera una crisis familiar o de pareja que puede llegar a desestabilizarla incluso económicamente o a unirla más.

2.2. BASE TEÓRICA:

2.2.1. PERFIL:

Se define como un conjunto de rasgos peculiares que caracterizan a alguien algo. Así mismo se emplea para diferenciar a una persona de otra, según características propias; en este caso, la cuestión física tendrá poco o nada que ver, ya que para este sentido del término serán aquellas cuestiones que se relacionan con las formas de vivir y las condiciones vitales que tenga una persona. (14)

2.2.2. PERFIL SOCIOECONÓMICO:

El perfil socioeconómico, es definido como aquellas condiciones existentes pertenecientes o relativas al estado social, económico y cultural que determina la orientación y el marco de actividades de las personas, influye en el estado físico, en el ánimo para integrarse parcial o totalmente en la sociedad (15).

El nivel socioeconómico es entendido como la posición de un individuo u hogar dentro de una estructura social jerárquica. En el Perú según el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), el perfil socioeconómico de la población se mide en base a tres niveles: pobreza extrema, pobreza no extrema y no pobreza.

A. Pobreza extrema. Es el estado más severo de pobreza. Cuando las personas no pueden satisfacer varias de las necesidades básicas para vivir como alimento, agua potable, techo, sanidad, y cuidado de la salud. Para el INEI un pobre extremo es aquel cuyo gasto es menor a 155 soles mensuales, monto que no alcanza para cubrir el costo de una canasta mínima alimentaria (16).

B. Pobreza no extrema. Es la insatisfacción de un conjunto de necesidades consideradas esenciales por un grupo social específico. Según el INEI en su reporte del año 2013, considera que el costo promedio mensual de la canasta familiar de una persona pobre, oscila entre 155 y 292 soles mensuales. Por otro lado afirma que la población pobre representa el 19.2% de la población total peruana y se caracterizan por tener un gasto per cápita superior al costo de la canasta básica de alimentos, pero inferior al valor de la canasta básica de consumo compuesto por alimentos y no alimentos (línea de pobreza) (16).

C. No pobreza. Se considera en este nivel a aquellas personas que pueden satisfacer todas sus necesidades, cuentan con su canasta familiar que satisface a todos sus miembros de la familia. Para el INEI se considera que una persona no pobre tiene un costo promedio de la canasta familiar un monto mayor a S/. 292.00 nuevos soles mensuales. (16)

Según el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática considera como características socioeconómicas:

A. La edad de la madre. Cualquiera de los periodos es que se considera dividida la vida de una persona.

B. El nivel educativo. Es la capacidad de ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que permitirá un mejor desenvolvimiento y mejora, tanto en el ámbito individual como colectivo.

C. El estado civil. La unión de dos personas de diferente sexo con fines de procreación y vida en común, que asume permanencia en el tiempo,

define claramente el concepto de matrimonio o de unión conyugal en un término más amplio.

- D. Ocupación.** Conjunto de obligaciones, funciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde ella se lleve a cabo.
- E. El ingreso económico familiar.** Suma de todos los sueldos, salarios o ganancias, pagos de interés, y otras formas de ingreso de una familia en un periodo determinado.
- F. Gasto mensual en alimentos.** En un sentido económico, se conoce como gasto a la cantidad que se gasta o se ha gastado en la compra u obtención de alimentos en un periodo de tiempo determinado.
- G. Tenencia de la vivienda.** Se considera una vivienda a cualquier recinto, separado e independiente, construido o adaptado para el albergue de las personas. Esta puede ser propia, alquilada o compartida sin aporte económico a alguno de las personas para poder habitarla, es decir, vive en condición de encargado.
- H. Abastecimiento de agua.** Se refiere a la forma de abastecimiento y procedencia de agua utilizada en la vivienda, ya sea agua potable, pozo, río, acequia, manantial o similar, independientemente como sea acumulada y distribuida en la vivienda. (17)

2.2.3. DISCAPACIDAD:

La discapacidad es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su

participación plena y efectiva en la sociedad, y en igualdad de condiciones con las demás.

Según la **OMS**, define discapacidad como un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación.

Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. (18)

La Convención Internacional de la ONU en esta materia define de manera genérica a quien padece de una o más discapacidades como **persona con discapacidad**. En ciertos ámbitos, términos como "discapacitados", "ciegos", "sordos", etcétera; aun siendo correctamente empleados, pueden ser considerados despectivos o peyorativos, ya que para algunas personas dichos términos "etiquetan" a quien padece la discapacidad, lo cual interpretan como una forma de discriminación. En esos casos, para evitar conflictos de tipo semántico, es preferible usar las formas personas con discapacidad, personas invidentes, personas con sordera, personas con movilidad reducida y otros por el estilo, pero siempre anteponiendo "personas" como un prefijo, a fin de hacer énfasis en sus derechos humanos y su derecho a ser tratados como a cualquier otra persona.(9)

Como un eufemismo, se ha propuesto un nuevo término para referirse a las personas con discapacidad, el de mujeres y varones con diversidad funcional ("personas con capacidades diferentes" en México), a fin de eliminar la negatividad en la definición del colectivo de personas con discapacidad y reforzar su esencia de diversidad. Sin embargo, es un hecho que una persona con discapacidad no necesariamente posee capacidades distintas o superiores a las de una persona que no la padece; si acaso, ha

desarrollado habilidades que le permiten compensar la pérdida de alguna función, pero que no son privativas suyas, puesto que cualquier persona sin discapacidades también podría hacerlo.

A. Evolución de la percepción de la discapacidad. La discapacidad es una realidad humana percibida de manera diferente en diferentes períodos históricos y civilizaciones. La visión que se le ha dado a lo largo del siglo XX estaba relacionada con una condición considerada, deteriorada, respecto del estándar general de un individuo o de su grupo. El término, de uso frecuente, se refiere al funcionamiento individual e incluye discapacidad física, discapacidad sensorial, discapacidad cognitiva, discapacidad intelectual, enfermedad mental o psicosocial y varios tipos de enfermedad crónica. La visión basada en los derechos humanos o modelos sociales introduce el estudio de la interacción entre una persona con discapacidad y su ambiente; principalmente el papel de una sociedad en definir, causar o mantener la discapacidad. (10)

La evolución de la sociedad ha ido mejorando desde los años 1980 y se han desarrollado modelos sociales de discapacidad que añaden nuevas apreciaciones al término. Por ejemplo, se distingue entre un discapacitado (cuya habilidad es objetivamente menor que la de la media) y una persona con capacidades distintas de las normales y que aunque no representa ninguna ventaja o inconveniente a menudo es considerado un problema debido a la actitud de la sociedad o el hecho de que los estándares están basados en características medias. (10)

Estos cambios de actitud han posibilitado cambios en la comprensión de determinadas características físicas que antes eran consideradas como discapacidades. En la década de los años 1960, por ejemplo, las

personas zurdas eran vistas como personas con una anomalía, siendo obligadas a escribir con la mano derecha, e incluso a veces hasta se les castigaba si no lo hacían. En los años 1980 se acepta esta cualidad como una característica física. Si determinadas herramientas, como tijeras o sacacorchos se crean para personas diestras, una persona zurda se percibirá a sí misma como una persona con discapacidad, puesto que es incapaz de realizar ciertas acciones y necesita ayuda de otras personas, perdiendo su autonomía. (10)

En la sociedad actual existe una tendencia a adaptar el entorno y los espacios públicos a las necesidades de las personas con discapacidad, a fin de evitar su exclusión social, pues una discapacidad se percibe como tal en tanto que la persona es incapaz de interactuar por sí misma con su propio entorno. (10)

B. Clasificación de la discapacidad. Se clasifica en:

- ✓ **Discapacidad física– motriz.** Esta es la clasificación que cuenta con las alteraciones más frecuentes, las cuales son secuelas de poliomielitis, lesión medular (parapléjico o cuadripléjico) y amputaciones. Asimismo tiene que ver con problemas relacionados a brazos y piernas.
- ✓ **Discapacidad sensorial.** Comprende a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.
- ✓ **Discapacidad intelectual:** Se caracteriza por una disminución de las funciones mentales superiores (inteligencia, lenguaje, aprendizaje, entre otros), así como de las funciones motoras. Esta

discapacidad abarca toda una serie de enfermedades y trastornos, dentro de los cuales se encuentra el retraso mental, el síndrome Down y la parálisis cerebral.

✓ **Discapacidad psíquica:** Las personas sufren alteraciones neurológicas y trastornos cerebrales. (8)

C. Discapacidad en niños: Descubrir que un hijo ha nacido con una discapacidad, o asumir que un niño previamente sano ha adquirido una discapacidad a causa de una lesión o enfermedad puede ser el momento más traumático en la vida de un padre. La primera reacción de las personas es por lo general, sentirse conmocionadas. La noticia puede paralizarlas temporalmente, impidiéndoles accionar, o aún tomar decisiones racionales. En este difícil primer período siempre es acertado buscar el apoyo de profesionales y miembros de la familia con experiencia o de terceros en quienes los padres confíen, siempre manteniendo, éstos, el derecho de tomar la decisión final. (8)

2.2.4. TIPOS DE DISCAPACIDAD EN LOS NIÑOS:

A. Discapacidad sensorial. El concepto de discapacidad sensorial engloba a personas con deficiencia visual, personas con deficiencia auditiva y deficiencias en el lenguaje y comunicación.

i. Discapacidad visual. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es aquella visión menor de 20/400 ó 0.05, considerando siempre el mejor ojo y con la mejor corrección. Se considera que existe ceguera legal cuando la visión es menor de 20/200 ó 0.1 en el mejor ojo y con la mejor corrección. (19)

✓ **Causas de la discapacidad visual.** Aunque la ceguera puede ser provocada por algún accidente, también existen numerosas enfermedades que la desencadenan: Catarata, glaucoma, leucomas coréales, retinopatía diabética, retinopatía del prematuro, catarata y glaucoma congénitas, atrofia óptica, distrofia retinal y retinosis pigmentaria, entre otras.

✓ **Prevención de la discapacidad visual.** Existen diversas maneras de prevenir la discapacidad visual, como el evitar accidentes del tránsito, del trabajo y enfermedades ocupacionales; atención adecuada del embarazo; detección y registro de deficiencias en los recién nacidos y el asesoramiento genético a las familias en los casos de enfermedades hereditarias. La consulta oftalmológica precoz cuando hay antecedentes en la familia también contribuye a la prevención.

✓ **Comportamientos frente a una persona con dificultad visual.** Una persona ciega puede hacerlo prácticamente todo, debes ser tú el que cubra su necesidad, pero siempre a su requerimiento o preguntándole si desea ayuda.

ii. Discapacidad auditiva. Es la pérdida total de la audición. La prevención de la sordera es relativamente difícil debido a las numerosas causas que la provocan en los distintos períodos: prenatal, perinatal y posnatal. La causa hereditaria o genética es la más importante y desgraciadamente poco previsible. En el período perinatal, la sordera se produce por problemas de partos anormales por causa fetal o materna. Dentro de las causas posnatales de sorderas, ocupa un lugar muy importante aún la meningitis bacteriana. En segundo lugar, las otitis medias producen

habitualmente un deterioro paulatino de la audición. En tercer lugar, la sordera es producida por ruidos de alta intensidad. Según el Censo de 1992, en Chile hay 59.048 personas con sordera total. (19)

La audiometría permite precisar el grado de sordera (evaluado en decibelios de pérdida), y su tipo. Así se distingue las sorderas de transmisión, que afectan al conducto auditivo externo (oído externo), el tímpano, la caja del tímpano y la cadena de huesecillos (oído medio), y las sorderas de percepción, que corresponden a una lesión de la cóclea o del nervio auditivo (oído interno).

Sorderas de transmisión. A nivel del conducto auditivo externo, a nivel de la caja del tímpano y de la cadena de huesecillos, aplasia del oído otitis crónica, otitis esclero-adhesiva, fractura del peñasco, ostopongiosis.

Sorderas de Percepción. Sorderas tóxicas, infecciones cocleares, traumatismos cocleares, prebiacustia, síndrome de Ménière, sorderas bruscas, sorderas retrococleares, neurinoma del acústico. Sorderas Centrales Corresponden a las sorderas de los núcleos acústicos situados en la región bulboprotuberencial o del lóbulo temporal. El origen es casi siempre vascular, y más raramente tumoral o traumático. La agnosia se caracteriza por la conservación relativa de las percepciones auditivas elementales con trastornos del reconocimiento y de la identificación de las percepciones.(19)

iii. Discapacidad comunicativa. Es un "trastorno del habla y lenguaje" y se refiere a los problemas de la comunicación u otras áreas relacionadas, tales como las funciones motoras orales. Estos atrasos

y trastornos varían desde simples sustituciones de sonido hasta la inhabilidad de comprender o utilizar el lenguaje o mecanismo motor-oral para el habla y alimentación. (20)

Hablar, es expresar a través de mecanismos físicos y fisiológicos todos los procesos de lenguaje interior (léxico-semánticos, morfológicos-sintácticos, fonológicos y pragmáticos).

Para hablar, necesitamos de un flujo de aire en la espiración que al pasar por las cuerdas vocales, las hace vibrar y producir el sonido, las posiciones y movimientos de los órganos de la articulación (labios, mandíbula, lengua, paladar), así como, la forma en que se emite el aire (oral o nasal), y, como resuena en las cavidades orales y nasales, es lo que permite producir el habla. Los trastornos del habla son aquellas dificultades para la articulación o para la producción clara y fluida, que restan inteligibilidad a la expresión oral. (21)

Clasificación de la discapacidad comunicativa:

Alteraciones que afectan a la articulación:

Dislalias: Incapacidad para producir uno o varios fonemas de la lengua sin que exista causa orgánica o neurológica que lo justifique, siendo la funcionalidad del aparato fonoarticulador la que se ve afectada. Se trata de una alteración fonética.

Etiología.

- Déficit en la percepción y discriminación auditiva y fonológica.
- Déficit en la memoria auditiva y secuencial.

- Déficit en las habilidades motrices de la esfera oral o desconocimiento del punto y modo de articulación.
- Déficit del entorno y malos modelos de habla.

Trastorno fonológico: Es el que presenta un niño que tiene afectado el sistema fonológico, mientras que sus habilidades fonéticas estarían bien desarrolladas. Sería capaz de articular todos los fonemas por imitación, pero tendría dificultades para integrarlos en palabras y lenguaje espontáneo.

Disglosias: Se definen como trastornos de la articulación debidos a alteraciones orgánicas, de los órganos periféricos del habla.

Clasificación:

- Labiales (labio leporino, parálisis facial)
- Dentales (faltan piezas, malformaciones.)
- Maxilares (mala oclusión o malformación)
- Linguales (frenillo, malformación)
- Palatales (fisura palatina, malformación)
- Nasales (vegetaciones, pólipos)

Disartrias: Dificultades para la articulación y la expresión oral que afectan al tono y movimientos de los músculos de la articulación, debidas a lesiones del sistema nervioso central.

Alteraciones que afectan a la fluidez verbal y el ritmo en la expresión:

Disfemia o tartamudez: Se define la tartamudez como un desorden en la fluidez verbal, ocasionado por la

incoordinación de los mecanismos del habla (respiración, fonación, articulación) con frecuencia acompañadas de respuestas fisiológicas como alta tensión muscular, ansiedad.

Taquilalia y farfulleo: Habla con un ritmo excesivamente rápido, habla precipitada; si se añaden dificultades articulatorias se afecta la inteligibilidad y se denomina Farfulleo. Suele aparecer en niños hiperactivos.

Bradilalia: Es aquella habla excesivamente lenta, frecuentemente es de etiología neurológica y suele aparecer en discapacidad motriz y psíquicas.

Alteraciones de la voz.

Disfonía. Alteración de la voz en cualquiera de sus cualidades, debido a trastorno orgánico en la cuerda vocal o por incoordinaciones musculares, vocales, respiratorias. Pérdida total de la voz por causa aguda inflamatoria se llama Afonía. Sus principales síntomas son la pérdida de la voz, alteraciones del tono y timbre, además de tensión en cuello.

Rinofonía: Es aquella voz con resonancia nasal causado por déficit en la funcionalidad del velo y obstrucción nasal.

Tipos:

- **Abierta.** Escape de aire nasal durante la emisión de fonemas orales.
- **Cerrada.** Obstrucción nasal que impide la emisión de fonemas nasales. (21)

Causas de la discapacidad comunicativa:

Enfermedad de la madre. Durante el embarazo la madre puede adquirir enfermedades en las cuales consume sin prescripción médica algún medicamento que dañan al producto ocasionándoles una discapacidad dependiendo el tiempo de gestación.

Congénitas o de nacimiento: En el nacimiento es posible que se utilicen auxiliares con los que dañan al bebé o bien al momento de nacer el niño puede presentar complicaciones como el cordón umbilical enrollado en su cuello, puede tomar líquido amniótico, entre otras cosas.

Envejecimiento: En las personas adultas con frecuencia se presentan discapacidades propias de la edad.

Accidentes: Toda persona está propensa a sufrir un accidente en el cual es posible que como consecuencia tengan una discapacidad. (21)

B. Discapacidad física – motriz.

- i. Discapacidad física.** La discapacidad física se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada.

La discapacidad física se origina por una deficiencia física, es decir, la pérdida o anomalía en la estructura anatómica de los sistemas osteoarticular (huesos y articulaciones), nervioso o muscular. Si bien es cierto que la discapacidad abarca la discapacidad motriz, esta se diferencia porque no solo trata de la discapacidad

relacionada a brazos y piernas sino también de otras estructuras del organismo.

Tipos de discapacidad física.

Lesión medular. Es un daño que se presenta en la medula espinal puede ser por una enfermedad o por un accidente y origina perdida en algunas de las funciones movimientos y/o sensibilidad, estas pérdidas se presentan por debajo del lugar donde ocurrió la lesión.

La medula espinal es la conexión más importante entre el cerebro y el resto del cuerpo, recoge información de los brazos, las piernas, el pecho y la espalda y la envía al cerebro lo que nos permite poder sentir y tocar, de igual manera la medula espinal recibe órdenes enviadas en el cerebro y es lo que nos ayuda a respirar, caminar y movilizarnos. Una lesión en la medula espinal ocurre cuando esta se comprime o al obstruir su flujo sanguíneo, esto ocurre cuando se fractura una o más vértebras o cuando las vértebras se deslizan una hacia las otras apretando así la medula espinal, esto se llama subluxación.

Esclerosis múltiple. Es una enfermedad fundamentalmente inmunológica, en la cual se produce una alergia del sistema nervioso central, afectando los nervios que están recubiertos por la capa de mielina. Se llama esclerosis porque hay endurecimiento o cicatriz del tejido en las áreas dañadas y múltiples porque se afectan zonas salpicadas del sistema nervioso central, donde los síntomas pueden ser severos o leves, los cuales pueden manifestarse con una periodicidad impredecible y errática, diferente en cada paciente. Existen dos

formas básicas de esclerosis múltiples: La más corriente se manifiesta con brotes (síntomas) espaciados que pueden durar días o semanas. Los brotes no son necesariamente acumulativos y entre uno y otro pueden pasar meses o años. La segunda es crónica, más compleja, con brotes progresivos. Además, la esclerosis múltiple puede expresarse de otras formas mixtas.

Parálisis Cerebral. Es un conjunto de desórdenes cerebrales que afecta el movimiento y la coordinación muscular. Es causada por daño a una o más áreas específicas del cerebro, generalmente durante el desarrollo fetal, pero también puede producirse justo antes, durante o poco después del nacimiento, como también por situaciones traumáticas (accidentes). Existen diversos grados de parálisis cerebral. Tradicionalmente se distinguen cuatro tipos: Espástica, Disquinética, Atáxica y Mixta. (22)

Existen también diferentes tipos de parálisis cerebral que se clasifican de acuerdo a tres factores: tono postural, tipo de alteración de la intervención recíproca y distribución de la discapacidad.

Una comprensión de todos estos factores, nos llevará no sólo a una mejor comprensión de la naturaleza del impedimento de estos niños, sino que también formará la base para una orientación racional, del tratamiento y del manejo. (19)

Cuadriplejía. Se encuentra afectado todo su cuerpo, presentando movimientos involuntarios (asimetría), alteraciones de postura, movimiento, cuando es espástico se presenta rigidez y tensión muscular. Habitualmente los niños

presentan dificultad en la alimentación y ciertos compromisos de lenguaje y de articulación de la palabra.

Diplejía. Es también, el compromiso de la totalidad del cuerpo, pero la mitad inferior se encuentra más afectada que la superior. El control de la cabeza, de los brazos y de las manos está por lo general poco afectado y la palabra hablada puede ser normal, no obstante no es excepcional la presencia de estrabismo. A veces la parte superior se encuentra tan levemente comprometida que se diagnóstica paraplejía cerebral.

Hemiplejia: Es el compromiso de un solo lado. Todos estos pueden ser en forma pura o combinados con:

- Espasticidad
- Atetosis
- Ataxia
- Rigidez
- Temblor

Mal de Parkinson. Entre las enfermedades neurológicas, el mal de Parkinson (MP) ocupa el cuarto lugar en incidencia. Es una de las afecciones más antiguas que conoce la humanidad y recibe su denominación del médico londinense James Parkinson, quien la padeció y la describió en 1817. De causa desconocida, es una enfermedad crónica y progresiva, que causa una lenta pérdida de la capacidad física en la época de la vida que se creía llegar a un merecido descanso. (22)

Espina Bífida. Es una malformación congénita manifestada por falta de cierre o fusión de uno o varios arcos posteriores de la columna vertebral, con o sin exposición de la médula espinal, lo que sucede durante el primer mes de embarazo. Existen tres tipos: Espina bífida oculta, Meningocele y Mielomeningocele. Las investigaciones indican que una de sus causas es la falta de ácido fólico en el organismo de la madre. (22)

Distonía Muscular. Es un síndrome que consiste en contracciones musculares sostenidas en el tiempo. La mayoría de las veces causa torsiones, movimientos repetitivos y/o posturas anómalas. Además, presenta tics regulares o irregulares y afecta a una o varias partes del cuerpo. Estos desórdenes musculares no afectan las otras funciones del cerebro, como la personalidad, la memoria, las emociones, los sentidos, la capacidad intelectual y la actividad sexual se mantiene absolutamente normal. Existen diversas clasificaciones de la distonía, las cuales dependen según donde estén ubicadas en el cuerpo: Distonía primaria o idiopática; distonía secundaria; distonía generalizada; distonía focal; hemidistonía y distonía segmental. (22)

Acondroplasia. La acondroplasia es un defecto de carácter congénito que afecta al crecimiento del esqueleto; como consecuencia este tiene un menor crecimiento y adquiere una forma especial. Debido a la desproporción de su talla con respecto a las medidas estándares socialmente aceptadas, se producen limitaciones físicas de orden práctico en la vida cotidiana que pueden condicionar el normal desarrollo psicosocial de la persona con acondroplasia.

Hay quienes no consideran que el enanismo es una discapacidad porque las personas de talla baja caminan, se mueven oyen, ven, hablan, piensan igual o quizás más que las personas que se consideran a sí mismo “normales”.

Más que discapacidad, el enanismo es una condición física especial que trae consigo quizás algunas limitaciones puesto que vivimos en un mundo adaptado todo para personas que alcanzan por lo menos 1,60 de estatura. (22)

Albinismo. El albinismo es una anomalía genética en la que hay un defecto en la producción de melanina, dicha anomalía es la causa de la ausencia parcial o total de pigmentación de la piel, los ojos y el pelo, es hereditario y aparece con la combinación de los dos padres portadores del gen recesivo, recibe su nombre del latín albus que significa blanco, es también conocido como hipo pigmentación. (22)

ii. Discapacidad motriz.

La movilidad limitada es la que presenta una persona a causa de una secuela, manifiesta alteraciones generales o específicas, dificulta el desplazamiento de las personas, haciéndolo lento y difícil, algunas veces no es visible y en otras se requiere de apoyos especiales tales como: aparatos ortopédicos, bastón, muletas, andadera o silla de ruedas, ortesis o prótesis.

La discapacidad motora se define como un trastorno del movimiento y de la postura debido a un defecto o lesión del cerebro inmaduro. La lesión cerebral no es progresiva y causa un deterioro variable de la coordinación de la acción muscular, con la resultante

incapacidad del niño para mantener posturas normales y realizar movimientos normales. Este impedimento motor central se asocia con frecuencia con afectación de lenguaje, de la visión y de la audición, con diferentes tipos de alteraciones, de la percepción, cierto grado de retardo mental y/o epilepsia. (19)

Diagnóstico de la discapacidad motora:

El diagnóstico del niño con discapacidad motora es muy difícil en lactantes menores de 4 meses e inclusive en los de 6 si el problema es leve. Los signos consisten principalmente en retardo del desarrollo motor y persistencia de reacciones primitivas. En los casos más leves a veces el diagnóstico se hace a los 18 meses cuando el niño debería caminar.

A medida que el niño se torna más activo, van instalándose posturas y movimientos anormales, que cambian según las adapte a sus actividades funcionales. Estos cambios se operan de acuerdo con líneas previsibles, pero difieren entre los diversos tipos de parálisis cerebral: cuadriplejías y diplejías espásticas o hemiplejías y atetosis. (19)

Causas de la discapacidad motora:

Antes del nacimiento:

- Congénitas Adquiridas
- Deficiente desarrollo de las células cerebrales.
- Trastornos patológicos en la madre (convulsiones, enfermedades de riñones, incompatibilidad de factor RH, rubeola, desnutrición, fumar, alcohol y droga).

Después del nacimiento

- Parto prematuro
- Uso de forces
- Dificultad del parto (mayor duración, “anoxia”)

Durante la infancia. Infecciones de la infancia, acompañadas de temperaturas altas (meningitis), falta de oxigenación (ahogamiento), traumatismo craneoencefálico (accidentes), golpes (niño maltratado), envenenamiento (plomo). (19)

Discapacidad motriz asociada a daño neurológico.

Los niños con discapacidad motriz asociada a daño neurológico presentan alteraciones en el área motriz, problemas de tono muscular, perceptuales y de coordinación. Además, también puede tener dificultades en su capacidad intelectual.

Discapacidad motriz solo físico.

Los niños presentan limitaciones en la movilidad de algunas de las extremidades o bien carecen de uno o más segmentos del cuerpo que puede ser derivado de naturaleza congénita o adquirida.

C. Discapacidad intelectual.

La discapacidad intelectual es visible, se caracteriza por una conducta y forma de solucionar problemas de forma diferente a los demás, en ocasiones se evidencia mediante conductas que no siempre tienen concordancia entre la edad cronológica y la mental.

Las personas con este tipo de discapacidad pueden presentar balanceo, movimientos repetitivos, sonidos guturales frecuentes y poco claros y dificultad para hablar, ese tipo de motilidad no regular se presenta generalmente en personas que padecen síndrome de Down, oligofrenia y retardo mental.

La discapacidad intelectuales la disminución significativa y permanente en el proceso cognoscitivo acompañado de alteraciones de la conducta adaptativa. Se requiere para su identificación una evaluación que así lo determine. Esto es, que como parte de la evaluación psicopedagógica del alumno se hayan aplicado pruebas de inteligencia cuyo resultado permita el grado de discapacidad intelectual. (19)

Esto debe determinarse mediante un estudio multidisciplinario:

- Médico (historia clínica del niño)
- Psicológica (entrevista a padres: interacción en su entorno familiar y social, aplicación de una batería).
- Pedagógico (aprendizaje)
- Social (desenvolvimiento en su entorno inmediato y en su comunidad).

Este tipo de estudio, permite identificar las limitaciones o sobre todo capacidades del niño en todas las áreas. Una vez hecho el diagnóstico, es muy importante no etiquetar al niño, pues éste, no determina el límite a que el niño pueda llegar, sino el punto de partida, para diseñar el tratamiento con el fin de explorar al máximo su potencial y proporcionarle las mismas oportunidades de aprendizaje y desarrollo que al resto de la población.

i. Las personas con discapacidad intelectual:

- Tienen un ritmo más lento para aprender.
- Requieren mayor número de experiencias.
- Requieren más tiempo.
- Pueden aprender y desarrollar su capacidad de aprendizaje, siempre y cuando, cuenten con el estímulo y la educación que se requiere.

ii. Diagnóstico de la discapacidad intelectual

Se manifiesta en la primera infancia o al inicio de los años escolares, cuando se hace evidente, cierta lentitud en el desarrollo.

Cuando se presenta dificultad: Para adaptarse a las demandas de la vida diaria. Para entender y utilizar el lenguaje. Para comprender conceptos generales.

iii. Causas

Para que la discapacidad intelectual se presente intervienen diferentes factores:

Factores prenatales: Desde la concepción y durante todo el embarazo

- Edad de los padres (menores de 20 y mayores de 40).
- Irregularidades genéticas (alteraciones en el número de cromosomas)
- Infecciones intrauterinas: toxoplasmosis.
- Enfermedades virales en la madre: hipotiroidismo.
- Alcoholismo y drogadicción.
- Radiaciones: rayos x
- Medicamentos.
- Traumatismos: accidentales o provocados.

Factores perinatales. Desde el momento del parto hasta los 28 días, seguidos al nacimiento y por causas directamente relacionadas con él.

- Hipoxia o anoxia: Reducción en la provisión de oxígeno del niño durante el parto.
- Hemorragia cerebral.
- Infecciones del sistema nervioso central.

Factores postnatales:

- Infecciones, meningitis, encefalitis
- Traumatismos: accidentales o provocados.
- Trastornos glandulares.
- Desnutrición.
- Administración de medicamentos inadecuados.
- Envenenamiento por plomo.
- Carencia grave de estímulos ambientales: juegos, caricias y diálogos.(19)

iv. Clasificación Según Su Gravedad:

Leve: Su desarrollo es lento y sus posibilidades son limitadas en lo referente a la educación académica tradicional; la mayoría de los niños que reciben el estímulo necesario serán adultos responsables. (8)

Moderada: Aprenden a cuidar de sí mismos y a satisfacer sus necesidades personales. Pueden realizar trabajos productivos en el hogar o ingresar a una fuerza laboral en condiciones especiales. (8)

Severa: Presentan retraso en el desarrollo del movimiento y lenguaje; aprender a cuidar de sí mismos y pueden adquirir destrezas básicas que les ayudará a adaptarse a la sociedad.(8)

Profunda: Requieren de cuidados y atención constantes para sobrevivir; su coordinación motriz y el desarrollo de sus sentidos es muy pobre a menudo sufren de impedimentos físicos. (8)

D. Discapacidad psíquica:

Se considera que una persona tiene discapacidad psíquica cuando presenta "trastornos en el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanentes". Puede ser provocada por diversos trastornos mentales, como la depresión mayor, la esquizofrenia, el trastorno bipolar; los trastornos de pánico, el trastorno esquizomorfo y el síndrome orgánico (23).

i. Causas discapacidad psíquica:

Factores biomédicos. Relacionados con procesos biológicos, como trastornos genéticos o de nutrición (trisomía 21, tumores en el cerebelo, fenilcetonuria, espina bífida, anoxia, encefalitis).

Factores sociales, relacionados con la interacción familiar y social, como la estimulación y respuesta de los adultos (deprivación ambiental, abuso y abandono, desventaja psicosocial).

Factores conductuales, relacionados con conductas potencialmente causantes de discapacidad, como actividades peligrosas o abuso de sustancias tóxicas por parte de la madre

durante el embarazo (malnutrición intrauterina, enfermedades maternas).

Factores educativos, relacionados con la existencia de apoyos educativos para promover el desarrollo mental y el desarrollo de la conducta adaptativa. (23)

2.3. VARIABLES:

2.3.1. VARIABLE 1: Perfil socioeconómico.

- A. Definición conceptual:** es definido como aquellas condiciones existentes pertenecientes o relativas al estado social, económico y cultural que determina la orientación y el marco de actividades de las personas, influye en el estado físico, en el ánimo para integrarse parcial o totalmente en la sociedad. (15).

- B. Definición operacional:** El perfil socioeconómico de los niños con discapacidad fue medido de acuerdo al conjunto de rasgos peculiares que lo caracterizan.

2.3.2. VARIABLE 2: Tipos de discapacidad en los niños:

- A. Definición conceptual.** La discapacidad es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, y en igualdad de condiciones con las demás.

- B. Definición operacional.** En el Distrito de Chota, el tipo de discapacidad de los niños será medido de acuerdo a sus diagnósticos médicos, y a la edad de los mismos, teniendo en cuenta la clasificación de la OMS.

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	TIPO	DEFINICIÓN	CATEGORIZACIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN
VARIABLE 1: PERFIL SOCIOECONÓMICO				
Procedencia	Cualitativa nominal	Designa el origen de donde procede una persona.	1) Rural 2) Urbana	Nominal
Tipo de familia	Cualitativa nominal	Son las familias unidas por lazos puramente afectivos, sanguíneos o legales.	1) Nuclear. 2) Extensa 3) Monoparental	Nominal
Estado civil	Cualitativa nominal	Es la unión de dos personas de diferentes sexos con fines de procreación y vida en común, que asume permanencia en el tiempo.	1) Convivientes 2) Casados 3) Soltero 4) Divorciados 5) Viudos	Nominal
Grado de instrucción de los padres	Cualitativa ordinal	Es la capacidad de ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social.	1) Analfabetos. 2) Primaria incompleta 3) Primaria completa. 4) Secundaria incompleta 5) Secundaria completa.	Ordinal

			6) Superior incompleta 7) Superior completa	
Religión	Cualitativa nominal	Es una fe, la devoción por todo lo que se considera sagrado.	1) Católica 2) Nazareno 3) Testigo de Jehová. 4) Adventista	Nominal
Ocupación del jefe de la familia	Cualitativa nominal	Conjunto de obligaciones, funciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo	1) Ama de casa 2) Comerciante 3) Agricultor 4) Profesora 5) Otros.	Nominal
Tamaño familiar	Cuantitativa discreta	Es el grupo humano total que viven juntos unidos por lazos de consanguinidad o que comparten la canasta familiar	1) 2 - 3 2) 4 - 5 3) 6 a más	intervalo
Ingreso familiar mensual.	Cuantitativa continua	Suma de todos los sueldos, salarios o ganancias, pagos de interés, y otras formas de ingreso de una familia en un periodo determinado.	1) Menos de 775.00 NS. 2) 776 - 1460 3) 1461 a más	Razón

Tenencia de la vivienda	Cualitativa nominal	Es la habitación y ocupación de cualquier recinto, separado e independiente, construido o para el albergue de las personas.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Propia 2) Alquilada 3) De los padres 	Nominal
Material de la vivienda	Cualitativa nominal	Aquel insumo utilizado en la construcción de los muros que constituyen el contorno externo de la estructura de la vivienda.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Adobe 2) Ladrillo 3) Tapial 4) Otro 	Nominal
Niveles de la vivienda	Cuantitativa discreta	Indica el número total de pisos con los que cuenta una vivienda	<ol style="list-style-type: none"> 1) Un nivel 2) Dos niveles 3) Tres a más 	Razón
Servicios básicos de la vivienda	Cualitativa nominal	Son aquellos servicios imprescindibles de una vivienda que hacen que la persona tenga una vida digna y de calidad.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Agua, desagüe y electricidad 2) Agua y electricidad 3) Solamente agua 4) Solamente electricidad 5) Ninguno 	Nominal
Nivel donde se encuentra la	Cualitativa ordinal	Lugar físico donde se encuentra la habitación del	<ol style="list-style-type: none"> 1) Primer nivel 2) Segundo nivel 	Ordinal

habitación del niño(a) con discapacidad.		niño(a)	3) Tercer nivel	
Distancia de la habitación del niño(a) a los servicios higiénicos	Cuantitativa continua	Espacio disponible para que la persona pueda trasladarse sin ningún problema.	1) De 10 metros a más 2) A 10 metros 3) A 05 metros	Razón
Edad del niño con discapacidad	Cuantitativa intervalo	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento (años)	1) 0 – 4 años 2) 5 – 9 años 3) 10 – 12 años	Intervalo
Sexo del niño con discapacidad	Cualitativa nominal	Condición orgánica que distingue a los varones de las mujeres	1) Masculino 2) Femenino	Nominal
Grado de instrucción del niño	Cualitativa ordinal	Capacidad de adquirir conocimientos nuevos.	1) Inicial 2) Ninguno 3) Primaria Incompleta	Ordinal
Enfermedad complementaria a la discapacidad	Cualitativa nominal	Aquellas enfermedades que aparecen en los niños con discapacidad.	1) Afecciones respiratorias 2) Convulsiones 3) Raquitismo	Nominal

			4) Diarreas frecuentes. 5) Otros.	
VARIABLE 2: TIPOS DE DISCAPACIDAD				
Discapacidad física - motriz	Cualitativa nominal	Aquella movilidad limitada que presenta una persona, dificultando su desplazamiento.		Nominal
Discapacidad sensorial	Cualitativa nominal	Engloba a personas con deficiencia visual y a personas con deficiencia auditiva.	1) Auditiva 2) Visual 3) Lenguaje	Nominal
Discapacidad intelectual	Cualitativa nominal	Se caracteriza por una disminución de las funciones mentales superiores (inteligencia, lenguaje, aprendizaje, entre otros), así como de las funciones motoras.		Nominal
Discapacidad psíquica	Cualitativa nominal	Las personas sufren alteraciones neurológicas y trastornos cerebrales.		Nominal

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. MÉTODO DE ESTUDIO:

El presente trabajo de investigación de acuerdo a la naturaleza y características es de tipo transversal porque los datos fueron recolectados en un solo momento o tiempo único a través de la encuesta; descriptivo porque describen las características socioeconómicas de los niños con discapacidad y los tipos de discapacidad de cada uno de ellos. (24)

3.2. ÁREA DE ESTUDIO:

El estudio se realizó en el distrito de Chota, provincia de Chota, departamento de Cajamarca, en las instituciones públicas: Oficina Municipal de Atención a las Personas con Discapacidad (OMAPED), Programa de Intervención Temprana (PRITE) y Centro de Educación Básica Especial (CEBE) ubicados en el Jr. Gregorio Malca – ex frigorífico y Jr. Gregorio Malca N° 968 sector A y sector B respectivamente.

La Oficina Municipal de Atención a Personas con Discapacidad (OMAPED), es una unidad de gerencia de desarrollo social, cuya función es la gestión y trámite de ayuda social y profesional en instituciones públicas y privadas con las que se tiene convenio como hospitales, clínicas, casas hogares, escuelas, entre otros, de tal forma que los servicios que reciben de estos sean gratuitos.

El Programa de Intervención Temprana Estatal (PRITE), se encarga de la captación, prevención, detección, y atención ambulatoria de niños menores de 3 años de edad, para brindarles una atención integral, brindando servicios en las áreas de Terapia Física y Rehabilitación, Terapia de Lenguaje, Estimulación Multisensorial, Apoyo Social y Apoyo Psicológico a niños con discapacidad.

El Centro de Educación Básica Especial (CEBE), se encarga de brindar atención integral y oportuna a niños y jóvenes con discapacidad intelectual, severa y multidiscapacidad de 0 a 20 años de edad, brindándoles una atención integral y oportuna en las áreas que requieran apoyo y según sus necesidades, todo lo cual está orientado a la pedagogía docente, psicológica y terapeuta.

3.3. POBLACIÓN.

La población está conformada por niños de 0 a 12 años con discapacidad que viven en Chota. Según registros son 141 niños con discapacidad; de los cuales 75 de ellos se encuentran registrados y atendidos en la OMAPED, 20 en el CEBE y 46 en el PRITE al mes de agosto del 2014.

3.4. MUESTRA.

La muestra está conformada por 103 niños con discapacidad, atendidos en CEBE, PRITE Y OMAPED, para esto se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \times N \times p \times q}{i^2(N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

Dónde:

$$Z= 1,96$$

$$N= 141$$

$$p= 0,5$$

$$q= 0,5$$

$$n = \frac{(1,96^2) \times 141 \times 0,5 \times 0,5}{(0,05^2)(141 - 1) + (1,96^2) \times 0,5 \times 0,5}$$

$$n = 103$$

3.4.1. Tipo de muestra

La muestra se seleccionó mediante el método de muestreo aleatorio simple, y así todos tengan la misma oportunidad de ser elegidos

3.4.2. Unidad de análisis.

La unidad de análisis de la muestra fue cada padre de familia de los niños con discapacidad.

3.4.3. Criterios de inclusión.

- Niños(as) con discapacidad cuya edad oscile entre los 0 a 12 años.
- Niños(as) con discapacidad atendidos en tres centros de Chota: CEBE, PRITE Y OMAPED.
- Niños(as) con discapacidad, cuyos padres acepten la participación en este proyecto de investigación.

3.4.4. Criterios de exclusión.

- Niños(as) con discapacidad con más de 12 años,
- Niños(as) con discapacidad que no se encuentren registrados en las instituciones de OMAPED, PRITE Y CEBE.
- Niños(as) con discapacidad que no pertenezcan al distrito de Chota.
- Niños(as) con discapacidad, cuyos padres no acepten la participación en este proyecto de investigación.

3.5. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la recolección de datos se utilizara la técnica de la encuesta, cuyo instrumento será un cuestionario conformado por preguntas abiertas y cerradas. Los datos registrados serán producto del interrogatorio a los padres de los niños con discapacidad con los que se trabajará. La encuesta consta de:

- Perfil socioeconómico del niño con discapacidad a nivel familiar.

- Perfil socioeconómico del niño con discapacidad a nivel personal.
- Evaluación de la Discapacidad.

Para llevar a cabo el estudio se realizó trámites administrativos mediante un oficio múltiple dirigido a los directores de las Instituciones con las que se trabajó, estas son: Oficina Municipal de Atención a las Personas con Discapacidad (OMAPED), Centro de Educación Básica Especial (CEBE) y Programa de Intervención Temprana Estatal (PRITE) a fin de tener la información y autorización respectiva para poder encuestar a un sector de los padres de niños con discapacidad que representen la muestra de nuestro proyecto de investigación. Luego se coordinará con los padres de familia a encuestar para fijar un día y una hora en que se realice la recolección de datos, considerando 15 minutos para su aplicación.

La información acerca de la discapacidad de los niños fue brindada por las instituciones antes mencionadas a través de las nóminas de matrícula y folders informativos de cada niño.

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Luego de recolectar los datos, estos son procesados a través de una hoja de cálculo para luego pasar los datos al programa estadístico **Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)** versión 21, utilizando tablas simples. Los resultados son presentados en tablas y para su análisis se considerará el Marco Teórico.

3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La investigación debe ser ante todo respetuosa de las creencias, principios, cultura, conocimientos, mitos, tradiciones de las personas. No debe anteponer el bien general al individual.

En el desarrollo de este proyecto de investigación protegeremos no solo la autonomía y la forma de vivir de los pacientes con discapacidad, sino también su integridad física, psíquica y su mundo social.

Los aspectos éticos respecto a los pacientes con discapacidad, se contemplan de la siguiente manera:

- **Respeto a las personas y autonomía individual.** Con este principio debe obtenerse un consentimiento pleno e informado de los padres de Familia de los niños que van a participar en la investigación, la intencionalidad, y comprensión de la acción. Los niños, cuyos padres no estén de acuerdo con la investigación pueden abandonar el proceso de investigación en cualquier momento que crea por conveniente. El participante podrá negarse a proporcionar información cuando crea conveniente.

Se respetará totalmente el anonimato del participante, su nombre, ninguno de sus datos personales serán develados en los resultados. La información se manejará en forma confidencial y los resultados se presentarán en forma general. Además se protegerá la salud, intimidad y dignidad de la persona.

- **Beneficencia.** Mediante este principio se aplica la excelencia y calidad de la ejecución y atención a los niños con discapacidad, ya que el no dañarles, es siempre absoluto en tanto que es previo a la autonomía de las personas con discapacidad. Los padres del niño discapacitado que no tienen la voluntad de participar en esta investigación, no serán obligados en ningún momento.
- **No maleficencia.** Con este principio ético condenamos todo acto en que se infrinja daño en forma deliberada a los niños con discapacidad incluyendo a sus padres, se cumplirá con el principio de la proporcionalidad entre el bien buscado y el medio empleado, siempre debe obtenerse el consentimiento

informado de los padres de los niños con discapacidad en todo el proceso de la investigación.

- **Justicia:** con este principio buscaremos el bien común y la igualdad, poniendo especial atención a los sectores más vulnerables de la sociedad. Se tratará por igual a todas las personas con discapacidad por igual, excluyendo su condición social, raza o religión. (25)

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

Los resultados se presentan en tablas simples con el análisis e interpretación del contenido de las mismas.

Tabla 01. Procedencia de la familia del niño con discapacidad en el distrito de Chota, 2014

PROCEDENCIA	Nº	%
Rural	69	67.0
Urbana	34	33.0
Total	103	100.0

La presente tabla muestra que el 67% de las familias del niño con discapacidad proceden de la zona rural y el 33% de la zona urbana.

Los resultados muestran que existe un mayor porcentaje de niños con discapacidad que viven con sus familias en la zona rural, estos datos se confirman con los resultados que muestra el INEI 2007, respecto a la población por área de residencia del departamento de Cajamarca, en donde indica que el 67.3% son de la zona rural y el 32.7% de la zona urbana; y en la provincia de Chota, el 79.9% de la población son de zona rural y solo el 20.1% de la zona urbana. (24)

La mayoría de casos de niños con discapacidad son de zona rural los cuales se encuentran en desventaja debido a que los servicios de salud y los centros de atención especial donde obtendrían una atención adecuada para atender sus limitaciones se encuentran en la zona urbana y además estas familias no tienen acceso a la tecnología

que les pueda ayudar a su prevención y rehabilitación de la discapacidad, como el uso de ecografías, rayos X, conocimientos en el uso de métodos anticonceptivos, entre otros. Asimismo porque la geografía de la zona es accidentada, limita su desplazamiento y acceso a la atención.

Otra de las limitantes para el desarrollo del niño es el escaso acceso a una educación especial debido a que los centros educativos especiales se encuentran a nivel urbano. También existe dificultad para el desplazamiento en los alrededores de su domicilio ya que lo accidentado del suelo no le permiten desplazarse independientemente por lo que esto les genera un aislamiento social.

No existen datos respecto a la procedencia de los niños con discapacidad a nivel nacional, regional y local, debido a que para nuestra sociedad y el Estado aún no es una población prioritaria y al contrario son en muchos de los casos una población excluida. Otra de las limitantes es que la mayoría de estos niños no se encuentran registrados en el Consejo Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS) institución oficial que representa a las personas con discapacidad a nivel nacional.

Tabla 02. Tipo de familia en la que vive el niño con discapacidad en el distrito de Chota, 2014

TIPO DE FAMILIA	Nº	%
Nuclear	72	69.9
Extensa	19	18.4
Monoparenteral	12	11.7
Total	103	100.0

La tabla 02 nos muestra que el 69.9% son familias nucleares, el 18,4% son familias del tipo extensas y el 11.7% son monoparenterales.

Datos similares se muestran a nivel nacional: tipo de familia más común es la familia nuclear con un 59.9%, bastante lejos le sigue la familia extensa, representada en un 22.4%; datos que a pesar de pertenecer a las familias en general se asemejan enormemente a los resultados obtenidos en este estudio. (27)

Al analizar estos datos el porcentaje más alto son las familias nucleares, las cuales están compuestas de padre, madre e hijos, y sigue siendo el tipo de familia predominante, este tipo de familia genera cierta seguridad socioeconómica en sus miembros y concibe salud emocional en cada uno de ellos.

Con respecto al 18.4% que representa a las familias extensas, estas están integradas por los padres, los hijos y otros parientes como los abuelos, los tíos, primos, etc.; en nuestro medio es casi una costumbre mayormente en la zona rural. Este tipo de situación se considera un riesgo psicoemocional del niño con discapacidad, ya que el trato de los familiares no es el mismo como en una familia nuclear, algunas veces son los primos o los tíos los que discriminan o rechazan al niño con discapacidad y prefieren a sus hijos normales, de ese modo los sentimientos de inferioridad de esos niños salen a relucir, no pudiendo desarrollar adecuadamente su yo personal. Por otro lado se considera un tema de riesgo en cuanto a su salud, por el mismo hecho que el hacinamiento puede traer

como consecuencia enfermedades infecciosas en estos niños con discapacidad ya que su organismo es más vulnerable con respecto a otros niños.

Otro dato importante que apreciar es el porcentaje de las familias monoparentales (11.7%) que en este caso según las encuestas son mayormente las madres quienes se encuentran al frente de ese tipo de familia, las cuales en nuestro medio tienen que lidiar para criar a su niño con discapacidad de la mejor forma posible.

Tabla 03. Estado civil de los padres del niño con discapacidad en el distrito de Chota, 2014

ESTADO CIVIL	Nº	%
Conviviente	52	50.5
Casados	36	35.0
Soltero	13	12.6
Divorciados	1	1.0
Viudos	1	1.0
Total	103	100.0

En esta tabla se muestra el estado civil de los padres del niño con discapacidad y tenemos que el 50.5% son convivientes, el 35% son casados y el 12.6% solteros.

Estos datos muestran el estado civil de los padres de los niños con discapacidad donde observamos que la mayoría son convivientes, los cuales tienen relación con las cifras del INEI 2007 quien indica que en el departamento de Cajamarca existe un mayor porcentaje de mujeres en unión consensual con un 33.2%, seguido de los casados con 22.8% que al igual que en este estudio son quienes ocupan el segundo lugar con un 35%. Respecto al estado civil de las familias de la provincial de Chota, según INEI 2007, los resultados obtenidos en este estudio no tienen relación, ya que indica que la mayoría son casados con un 29.8% y en un porcentaje muy cercano se encuentran los convivientes con un 26.1%. (26)

El hecho de que la mayoría de padres de los niños con discapacidad sean convivientes muestra que este modo de vida en la actualidad es frecuente y puede repercutir en la economía de la familia del niño con discapacidad, ya que no existe una seguridad conyugal. En el caso de los padres casados esta es una situación que en nuestra sociedad permite tener cierta seguridad económica y social dentro y fuera del hogar, además garantiza un mejor estado emocional y afectivo en estos niños.

En lo referente a las madres solteras que en el estudio ocupan el tercer lugar podemos mencionar que están en mayor desventaja ya que éstas deben asumir totalmente solas la responsabilidad de manutención, educación y satisfacción de necesidades básicas del hogar y de sus niños con discapacidad.

Tabla 04. Grado de instrucción del jefe de la familia del niño con discapacidad en el distrito de Chota, 2014.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nº	%
Analfabeto	25	24.3
Primaria Incompleta	20	19.4
Primaria Completa	18	17.5
Secundaria Incompleta	16	15.5
Secundaria Completa	10	9.7
Superior Completa	8	7.8
Superior Incompleta	6	5.8
Total	103	100.0

La presente tabla muestra el grado de instrucción del jefe del hogar de los niños con discapacidad donde el 24.3% son analfabetos, 19.4% tienen primaria incompleta, 17.5% tienen primaria completa y solo un 7.8% son profesionales con superior completa.

Estos resultados muestran que los padres de los niños con discapacidad mayormente son analfabetos; esta realidad se torna negativa para estos niños ya que como se conoce a mayor grado de instrucción mejor cuidado de la salud, así como mejor calidad de vida de las personas. La comprensión de la discapacidad en los niños tal vez se ve afectada porque los padres desconocen la verdadera dimensión del problema el cual requiere estar informado sin embargo el no saber leer ni escribir se convierte en una limitante. Expertos afirman que el nivel de educación principalmente por los padres de familia de un niño con discapacidad, influye de manera importante en sus actitudes y prácticas relacionadas con la salud de ese niño, el comportamiento reproductivo, sus actitudes hacia la familia, la práctica los valores y contribuye a un mejor cuidado de la vida y la salud de los niños de esta población.

En cuanto al grado de instrucción de los padres de los niños con discapacidad existe una gran diferencia con los que muestra la ENDES 2012 para la población del departamento

de Cajamarca, ya que se indica que 40.2% de la población tiene primaria incompleta y el 15.8% primaria completa, mas no refiere datos de analfabetismo (27).

Sin embargo el INEI 2007 muestra resultados globales acerca del analfabetismo en el departamento de Cajamarca, donde indica que el 34% de la población es analfabeta y predomina más en las mujeres con un 25.5% que en los varones que solo muestran un 8.5%. (26)

Son muy pocos los niños con discapacidad que tiene padres con instrucción secundaria completa y superior por lo que en cierto modo tienen ventajas respecto a los otros niños, ya que en estos el acceso a un seguro médico, como a un colegio especial se torna más accesible, ya que el nivel de educación está positivamente asociado con la situación socioeconómica porque determina la demanda de los servicios de salud y planificación familiar.

Tabla 05. Religión que profesa la familia del niño con discapacidad en el distrito de Chota, 2014.

RELIGIÓN	Nº	%
Católica	69	67.0
Nazareno	16	15.5
Testigo de Jehová	11	10.7
Adventista	7	6.8
Total	103	100.0

La tabla 05 nos muestra que un gran porcentaje 67.0% familias son católicas, mientras que el 15.5% son nazarenos y el 10.7% son testigos de Jehová.

La mayoría de familias de los niños con discapacidad profesan la religión católica (67 %), proporción menor al porcentaje que según INEI 2007 muestra con respecto a la provincia de Chota, quien indica que el 79.9% de la población profesa esta ideología, y el 14.2% otras religiones. (26)

A pesar de estos datos, las familias del niño con discapacidad siguen creyendo que la limitación de sus hijos se debe a un castigo divino, muchas veces no aceptan esta realidad. La religión en estas familias cumple un papel importante, puesto que en muchos de los casos ellos no tienen los medios económicos para tratar estos problemas de salud de sus hijos; por lo que se aferran a la religión, buscando el apoyo o el perdón de Dios tratando de enmendar los pecados cometidos y que la discapacidad de sus hijos sea sanada por poder divino.

Tabla 06. Ocupación del jefe de la familia del niño con discapacidad en el distrito de Chota, 2014

OCUPACIÓN	Nº	%
Ama de casa	51	49.5
Comerciante	21	20.4
Agricultor	21	20.4
Profesor	6	5.8
Otros	4	3.8
Total	103	100.0

La mayoría de jefes de familia son “amas de casa” con 49.5%, el 20.4% son comerciantes y agricultores respectivamente y un 5.8% refieren ser profesores.

La mayoría de jefes de familia se dedican a las labores del hogar y son comerciantes y agricultores situación que les genera un escaso ingreso económico que no les permite satisfacer necesidades básicas de ellos y de sus familias; mucho más si se considera que tienen un integrante con discapacidad el mismo que necesita de cuidados especiales en centros especializados que le permitan desarrollarse adecuadamente y superar sus limitaciones.

La ocupación obtenida de los padres del niño con discapacidad, tiene cierta relación con los datos obtenidos por el INEI 2007, quien indica que 41.1% de la población se dedica a actividades agrícolas y agropecuarias y un 33% a trabajos no calificados es decir, como ambulantes, vendedores, peones y otros trabajos afines. (26)

Esto refleja que la mayoría no contribuye económicamente a sus familias de la mejor manera posible y con un sueldo fijo; situación que no permite una buena calidad de vida en esos niños.

Tabla 07. Número de integrantes de la familia del niño con discapacidad en el distrito de Chota, 2014

INTEGRANTES	Nº	%
2 – 3	57	55.3
4 – 5	30	29.1
6 a más	16	15.6
Total	103	100.0

Un 55.3% de familias de estos niños tiene entre dos a tres integrantes, seguido del 29,1% con cuatro a cinco integrantes y 15,6% con seis o más integrantes.

Estos resultados se relacionan con lo que dice el Instituto Nacional de Estadística e Informática, que en el periodo 2000-2012, existe un aumento significativo de hogares con menos de 3 miembros y que disminuyeron aquellos con más de 5 integrantes, aunque el cambio más importante ha sido para los hogares numerosos o sea los de 8 a más miembros (27).

Esta situación en el país tiene que ver con la planificación familiar, paternidad responsable y el uso adecuado de los métodos anticonceptivos, ya que en la década del 90 hubo políticas públicas que incentivaron la disminución de la población; la falta de conocimientos y el arraigo del analfabetismo de esta población cuya mayoría es de procedencia rural, hace que la paternidad responsable sea poco frecuente o no exista. Asimismo tiene que ver con la situación económica de estas familias las cuales son adversas para la satisfacción de necesidades básicas si estas son numerosas ya que a mayor número de integrantes menores ingresos y bajo nivel de educación, lo cual es muy negativo para los integrantes de la familia.

Tabla 08. Ingreso económico de la familia del niño con discapacidad en el distrito de Chota, 2014

INGRESO MONETARIO	N°	%
Menos de 775 NS	41	39.8
776 - 1460 NS	36	35.0
1461 – a más NS	26	25.2
Total	103	100.0

El cuadro representa el ingreso monetario del jefe de familia, según monto de la canasta familiar, y se observa que el 39.8% de familias tiene un ingreso menor a S/. 775.00 Nuevos soles, el 35.0% tienen un ingreso entre S/. 776.00 y S/. 1,460.00 Nuevos soles, y un 25.2% de S/. 1,461.00 nuevos soles a más.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática considera que un hogar en extrema pobreza es cuando la familia tiene un ingreso menor a S/. 775.00 nuevos soles, si observamos los resultados del presente estudio, vemos que los ingresos de estas familias están muy por debajo de las cifras consideradas por el Estado debido a que estos datos son por familia y no por integrante. Situación que muestra la paupérrima vida que llevan estas personas y la severidad de la pobreza extrema en la que viven.

Un hogar en pobreza tiene un costo promedio mensual de la canasta familiar que oscila entre S/. 775.00 y S/. 1,460.00 nuevos soles por debajo de la línea de pobreza y por debajo del costo de la canasta básica de alimentos, las familias pobres de los niños con discapacidad que están entre estos rangos y según observamos en la tabla tienen un porcentaje similar al de los pobres extremos, situación que muestra las necesidades de estas familias al no poder satisfacer de la mejor manera las necesidades básicas de sus miembros.

Por otro lado, las familias no pobres son aquellas que si pueden satisfacer todas sus necesidades básicas, y cuentan con una canasta familiar mayor a S/. 1,460.00 nuevos

soles, según los resultados encontrados en este estudio, un 25.2% pertenece a las familias no pobres de los niños con discapacidad, lo que indica que estas familias pueden satisfacer a todos los miembros de la familia, tanto en sus necesidades básicas como comida, transporte, vestido y comunicaciones, como en educación, recreación, salud y vivienda, entre otras necesidades secundarias. (16)

Según el estudio realizado, en nuestro medio hay más familias de los niños con discapacidad en extrema pobreza que en pobreza, datos que no concuerdan con estudios realizados en el Perú, donde se afirma que hay más pobres (7.3 millones de personas) que pobres extremos que abarca 1.4 millones de personas, datos que en este estudio sucede lo contrario como observamos en la presente tabla. Dicho ente Estadístico también reveló que el departamento de Cajamarca ocupa el primer lugar en pobreza con un 52.9% de su población situación que se ve reflejada en las familias cajamarquinas por el grado de desigualdad del gasto y del ingreso que existe. (8)

INEI considera que la extrema pobreza y pobreza, afecta más a la población infantil, 35.5% de los niños(as) menores de cinco años de edad, 33.6% de los que tienen de 5 a 9 años de edad, 33.9% de los de 10 a 14 años y a los adolescentes, debido a que la incidencia de pobreza y extrema pobreza es alta, pues la falta de recursos en los hogares suele estar asociada a situaciones de riesgo específicas para esta población, tales como la desnutrición, el abandono escolar o la falta de acceso a servicios médicos; en las familias de los niños con discapacidad estas circunstancias afectan las oportunidades que tienen estos niños para desarrollarse y mejorar su limitación, puesto que los padres al no tener recursos suficientes, no pueden trasladar a sus niños con discapacidad a centros especiales para su tratamiento y terapias para que así le ayuden a llevar una vida adecuada, por otro lado la alimentación no es la mejor para el desarrollo de esta población vulnerable lo que afecta al organismo del niño e impide desarrollarse adecuadamente generando así la desnutrición crónica.

Tabla 09. Propiedad de la vivienda donde habita el niño con discapacidad en el distrito de Chota, 2014

PROPIEDAD	N°	%
Propia	63	61.2
Alquilada	22	21.4
De los padres	18	17.5
Total	103	100.0

En cuanto a la propiedad o tenencia de la vivienda, tenemos que el 61.2% es propia, el 21.4% es alquilada y el 17.5% es de los padres. Estos resultados tienen relación con los datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (2007) donde se indica que las familias de la provincia de Chota, el 87.5% tienen vivienda propia totalmente pagada, incluyendo a las donadas por los padres y solo un 8% viven en viviendas alquiladas. (26)

Si observamos los datos del presente estudio, vemos que tienen relación con estudios y censos anteriores, cuyos resultados se reflejan en las familias de los niños con discapacidad.

En Chota si bien la gran mayoría de pobres y pobres extremos son propietarios de su vivienda, sin embargo son viviendas precarias y muchas de ellas sin servicios básicos adecuados, ya sea porque la gran mayoría habita en la zona rural, o en zonas de vulnerabilidad de la ciudad, lo que afecta al niño con discapacidad, por el mismo hecho que su entorno no sería adecuado para su desarrollo.

Tabla 10. Material de la vivienda donde habita el niño con discapacidad en el distrito de Chota, 2014

MATERIAL DE LA VIVIENDA	N°	%
Adobe	48	46.6
Ladrillo	43	41.7
Tapial	11	10.7
Otro	1	1.0
Total	103	100.0

Los resultados muestran que el 46.6% tienen su vivienda de material adobe, 41.7% ladrillo y 1.7% viviendas de tapial.

La mayoría de las viviendas donde habitan los niños con discapacidad, están construidas de adobe (46.6%) y un porcentaje considerable (10.7%) de tapial, proporción menor a los resultados que muestra el Instituto Nacional de Estadística e Informática 2007, con respecto al material de las viviendas de la provincia de Chota, donde se indica que un gran porcentaje 77.8% son de adobe o tapial y solo el 10.9% están construidas de ladrillo o bloques de cemento, porcentaje que este caso es menor y poco relacionado a lo encontrado en este estudio, donde el resultado de viviendas de ladrillo es casi similar a las construidas de adobe con un 41.7%. (26)

Los resultados obtenidos en este estudio, reflejan que las viviendas construidas tanto de adobe como de ladrillo son casi similares en datos porcentuales; sin embargo hay que tener en cuenta que hace siete años atrás la realidad fue diferente ya que hoy en día muchas viviendas de la zona rural están construidas con adobe y ladrillo pero en su mayoría muestran situaciones precarias y poco seguras en cuanto a los entornos donde habita el niños con discapacidad; asimismo es necesario mencionar que éstas carecen de acabados que ayuden a eliminar situaciones de riesgo como la frecuente humedad, la falta de tarrajeo, pisos desnivelados; lo cual se traduce en posibles accidentes de estos niños y enfermedades infecciosas entre otras.

Tabla 11. Niveles de la vivienda del niño con discapacidad en el distrito de Chota, 2014

NIVELES	N°	%
Un nivel	49	47.6
Dos niveles	47	45.6
Tres a más niveles	7	6.8
Total	103	100.0

Los resultados muestran que el 47.6% de los niños con discapacidad, tienen viviendas de un nivel; seguido del 45.6% con dos niveles y el 6.8% con más de tres niveles.

La mayoría de las viviendas donde habitan los niños con discapacidad, están construidas de un solo nivel, y las viviendas con estas características mayormente las encontramos en la zona rural, este tipo de viviendas constituyen un menor peligro para estos niños, ya que sería más accesible para ellos entrar y salir de su vivienda con un menor riesgo de caer o rodar.

Por otro lado observamos un gran porcentaje de niños con discapacidad que viven en viviendas de dos y tres a mas niveles, lo que se considera un gran riesgo sobre todo para aquellos niños que tienen discapacidad motriz o física ya que podrían accidentarse al bajar o subir al segundo o tercer nivel, además estarían más al cuidado de la familia para conservar su integridad física y mental.

Tabla 12. Servicios básicos de la vivienda del niño con discapacidad en el distrito de Chota, 2014

SERVICIOS BÁSICOS	N°	%
Agua, desagüe y electricidad	45	43.7
Agua y electricidad	34	33.0
Solamente Agua	7	6.8
Solamente Electricidad	5	4.9
Ninguno	12	11.7
Total	103	100.0

Los resultados muestran que la mayoría de las viviendas de los niños con discapacidad, tienen todos los servicios básicos, pero un porcentaje considerable no poseen ningún servicio básico, estos datos se relacionan parcialmente con lo que muestra el INEI 2007, respecto a los servicios básicos de las viviendas en la provincia de Chota, donde indica que el 44.4% de las familias tienen agua proveniente de red pública, mientras que el 3% de las familias se abastecen de agua proveniente de pozos, acequia o manantial. Respecto al servicio de desagüe y electricidad el INEI indica que la mayoría de las viviendas de Chota no tienen desagüe ni electricidad, ya que el 51.4% poseen letrinas y solo el 18.5% tienen desagüe conectado a una red pública; y el 40.7% cuenta con alumbrado eléctrico proveniente de una red pública, lo que refleja que más de la mitad de las viviendas no cuentan con este servicio. (26)

Gran parte de las viviendas en la que habita el niño con discapacidad no cuentan con todos los servicios básicos, existiendo así inequidad de los servicios que reflejaría la situación precaria y extrema pobreza en la que viven estas familias, considerando que la tenencia de agua, luz y desagüe son componentes esenciales para el desarrollo humano y social y que actualmente se reconocen como derechos humanos según UNICEF, son estas familias a quienes se les ha vulnerado tales derechos y por lo tanto no pueden satisfacer otras necesidades básicas de salud y una buena alimentación, ya que los niños

con discapacidad que habitan en estas viviendas están más propensos a sufrir enfermedades infecto contagiosas de diversa índole así como parasitosis y por ende la desnutrición.

Tabla 13. Nivel de ubicación de la habitación del niño con discapacidad en el distrito de Chota, 2014

NIVEL	N°	%
Primer Nivel	68	66.0
Segundo Nivel	33	32.0
Tercero Nivel	2	1.9
Total	103	100.0

Los resultados muestran que el 66% de los niños tienen sus habitaciones en el primer nivel de la vivienda; seguido del 32% que habitan en el segundo nivel y solo 1,9% restante corresponde a niños que habitan en el tercer nivel.

Los datos reflejan que la gran mayoría de los niños con discapacidad habitan en el primer nivel de la vivienda lo cual demuestra una ventaja frente a los demás niños que habitan en el segundo y tercer nivel respecto al riesgo de accidentes.

A pesar de que el habitar en un segundo nivel constituye un riesgo de accidentes de altura para el niño con discapacidad, muchos padres suelen colocar a sus hijos en estos porque para ellos representa una reducción a los accidentes de tránsito o porque les brinda cierta seguridad debido al riesgo de que estos salgan a la calle y se extravíen.

Otra de las razones por las que viven en un segundo o tercer nivel es por un tema netamente económico puesto que algunas familias no cuentan con los recursos disponibles para poder rentar la habitación de los primeros pisos las cuales son más caras y recurren a lo más cómodo, aunque esto implique un riesgo para la vida de su hijo con discapacidad.

Tabla 14. Distancia de los servicios higiénicos a la habitación del niño con discapacidad en el distrito de Chota, 2014.

DISTANCIA	N°	%
10 metros a más	51	49.5
A 10 metros	32	31.1
A 5 metros	20	19.4
Total	103	100.0

Un 49.5% de los niños con discapacidad tienen sus servicios higiénicos a más de 10 metros de sus habitaciones, seguido de un 31.1% a solo 10 metros y un 19.4% a tan solo 5 metros.

Los resultados indican que el 50.5% de niños con discapacidad tienen sus habitaciones a menos de 10 metros y el 49.5% restantes más lejos de lo habitual. Según el CONADIS, mediante la ley n° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad 2014 se contempla que las personas con discapacidad tienen derecho a la accesibilidad a los entornos físicos, dentro y fuera de su hogar, y a una igualdad en condiciones que las demás personas. (28)

Por otro lado la Ley N° 27050, establecen las medidas del entorno físico accesible para las personas con discapacidad, y considera que la distancia de los servicios higiénicos al dormitorio del niño con discapacidad, debe ser entre 5 a 10 metros, y debe contener rampa, piso deslizante y señales de acceso y ayudas pasivas situados dentro del local de servicios higiénicos. (29)

Situación que en nuestra realidad no se cumpliría ya que el porcentaje más alto esta en los niños con discapacidad cuyos servicios higiénicos están a más de 10 metros de su dormitorio, esta población estaría referida mayormente a la población rural, por lo mismo que son ellos quienes tienen sus letrinas no construidas como la norma refiere y están alejadas de sus hogares, lo que se consideraría un riesgo para los niños con

discapacidad, y aún más si la zona es accidentada, los niños pueden sufrir caídas y por ende corren el riesgo de aumentar su discapacidad.

Para prevenir estos accidentes, los padres deben ser capacitados para acondicionar estas letrinas de tal manera que el niño con discapacidad se sienta cómodo al realizar sus necesidades básicas.

Tabla 15. Edad del niño con discapacidad en el distrito de Chota, 2014

EDAD	Nº	%
0- 4 años	47	45.6
5 - 9 años	29	28.2
10 - 12 años	27	26.2
Total	103	100.0

En la presente tabla se observa que el 45.6% tienen una edad entre 0 y 4 años, seguido del 28.2% que tienen una edad de 5 y 9 años y un 26.2% tienen una edad entre 10 y 12 años. Los resultados indican que cerca del 50% de niños con discapacidad están dentro de una edad inferior a 4 años, estos datos no guardan relación con los resultados obtenidos por el INEI y el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, ya que según la Primera Encuesta Nacional Especializada Sobre Discapacidad realizada en el 2011, muestra datos de manera general hacia los niños con discapacidad, la cual indica que en el Perú el 8,2% de las personas con discapacidad son niños menores de 10 años, mas no muestra resultados específicos con respecto a los niños menores de 5 años. (30)

Estas cifras reflejan que en los últimos tiempos tenemos más niños con discapacidad menores de 5 años, a pesar que las madres tienen mayor acceso a los controles prenatales, sin embargo al parecer no son detectados a tiempo.

Una de las causas de que estos niños tengan discapacidad se debe a un origen genético el cual debería ser evitado por los padres a través del uso de métodos anticonceptivos como una forma de prevención; pero no son usados en muchos de los casos por desconocimiento y por un escaso nivel de información.

Lamentablemente los costos que generan la rehabilitación de estos niños son costosas y no accesibles a estas familias por lo que en muchos de los casos no son atendidos a tiempo.

Tabla 16. Sexo del niño con discapacidad en el distrito de Chota, 2014

SEXO	N°	%
Masculino	65	63.1
Femenino	38	36.9
Total	103	100.0

Los resultados muestran que el 63.1%, son niños con discapacidad y el 36.9% son niñas. Estos resultados muestran que hay más niños con discapacidad que niñas, lo cual tiene cierta relación con los datos obtenidos por INEI 2007, donde dice que la discapacidad de los niños de la provincia de Chota, en relación a género, prevalece más en los varones con un 27% a diferencia de las niñas que muestran un 13%.

Estos datos reflejan que la discapacidad afecta más a la población masculina, esta explicación ha sido realizada por científicos del Hospital Infantil de Philadelphia, quienes comprobaron que son los niños los más propensos a padecer enfermedades, malformaciones congénitas (discapacidad), e incluso a fallecer y las niñas están menos propensas a tales circunstancias. Según el doctor Chris Feudtner esto se debería a la biología de cada sexo y a la genética como causa más probable. El autor explica que la discapacidad es mayoritaria en los niños y se debe a condiciones ligadas al cromosoma X, ya que en éste se fijan las enfermedades genéticas que puedan tener los padres o los parientes más cercanos. Las niñas tienen dos cromosomas que son XX y los niños tienen un cromosoma X y un cromosoma Y; dado que los niños sólo tienen un cromosoma X, cualquier anomalía en el cromosoma se expresa clínicamente, por el contrario, porque las niñas tienen dos cromosomas X, una anomalía puede ser realizado en un cromosoma X, pero no es clínicamente evidente por el otro cromosoma X normal que la niña tiene.

**Tabla 17. Grado de instrucción del niño con discapacidad en el distrito de Chota
2014**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Inicial	45	43.7
Ninguno	42	40.8
Primaria incompleta	16	15.5
Total	103	100.0

Respecto al grado de instrucción de los niños con discapacidad, el 43.7% tienen nivel inicial, 40.8% ningún grado de instrucción y 15.5% tienen primaria incompleta.

Estos resultados muestran que hay muchos niños con discapacidad que tienen grado de instrucción inicial y que también en gran número se encuentran niños con discapacidad que no tienen ningún grado de instrucción, estos datos se relacionan con los resultados obtenidos por la ENEDIS 2012 la misma que en su informe muestra preocupantes cifras de exclusión educativa hacia los niños con discapacidad, el 23.6% de los niños con discapacidad menores de 15 años, no tiene nivel educativo, pese a que el Estado cuenta con Centros de Educación Básica Especial para niños con discapacidad. Este problema radica en que los padres de familia de estos niños no matriculan en estas instituciones, por vergüenza o por miedo a cómo estos serán tratados, por otro lado hay personas en las que existe la creencia que las discapacidades son un “castigo de Dios” y ese sería un motivo por el cual no envían a sus niños a estudiar. (30)

La falta de conocimiento de los padres acerca de la discapacidad de sus niños hace que ignoren la importancia de la educación en los mismos, sea esta en centros especiales o en centros de educación regular, ya que según el tipo de discapacidad que el niño presente, puede ser asignado a un centro de educación especial (en caso de niños con retardo mental o discapacidad motora severa) o a colegios regulares, como es el caso de personas sordas o con ceguera pero con capacidad motora; sin embargo en muchos de

los casos estos niños son sujeto de discriminación en los colegios regulares por lo que es necesario que los docentes sean capacitados en esta área para poder orientar a sus alumnos. El grado de instrucción inicial, se considera como tal siempre y cuando el niño este matriculado y asista a un centro especial, porque el niño con discapacidad debe ir desde el inicial hasta lo superior en un centro especial. Los datos de este estudio se han recolectado de inscritos en centros especiales como CEBE Y PRITE, y en estos casos si se considera al nivel inicial como grado de instrucción.

Tabla 18. Enfermedades complementarias a la discapacidad del niño en el distrito de Chota 2014.

ENFERMEDADES	N°	%
Afecciones respiratorias	47	45.6
Convulsiones	15	14.6
Raquitismo	14	13.6
Diarreas frecuentes	13	12.6
Otros	14	13.6
Total	103	100.0

Los porcentajes muestran que el 45.6% de los niños con discapacidad sufren de afecciones respiratorias, 14.6% sufren convulsiones, 13.6 sufren de raquitismo y otras enfermedades.

Estos datos muestran que la gran mayoría de niños con discapacidad sufren de afecciones respiratorias, algunos resultados de este estudio tienen relación con los datos de la ENEDIS 2012, donde se indica que el 39.2% de los niños con discapacidad son afectados por problemas respiratorios; 21.3% padecen de diabetes, alteraciones neurológicas como las convulsiones, 18.2% problemas digestivos en donde prevalece las diarreas frecuentes, 17.2% problemas del sistema óseo, entre otros. (30)

Estas cifras reflejan que las personas con discapacidad incluidos los niños de este estudios, están más propensos a sufrir otras enfermedades a parte de su discapacidad, esto se debería a que no tienen suficientes defensas para afrontar los diferentes cambios de su vida, estas enfermedades dificultan que los niños con discapacidad se desarrollen plenamente y afectan su actividad diaria, aumentando así sus limitaciones tanto físicas como intelectuales, disminuyendo sus potenciales emocionales y autoestima.

Tabla 19. Tipo de discapacidad más frecuente en los niños de 0 a 12 años en el distrito de Chota 2014.

Tipo	Nº	%
Discapacidad Física- Motriz	45	43.7
Discapacidad Sensorial	24	23.2
Discapacidad Intelectual	18	17.5
Discapacidad Psíquica	13	12.6
Discapacidad Sensorial, Motriz e Intelectual	1	1.0
Discapacidad Sensorial e intelectual	1	1.0
Discapacidad Motriz e Intelectual	1	1.0
TOTAL	103	100.0

La presente tabla respecto a los tipos de discapacidad más frecuentes en los niños, se observa que en primer lugar se encuentra la discapacidad física – motriz con un 43.7%, en segundo lugar la discapacidad sensorial con 23.2%, seguido de la discapacidad intelectual 17.5% y la discapacidad psíquica con un 12.6%.

Según resultados la discapacidad física – motriz, es la discapacidad más frecuente en los niños, cabe indicar que la discapacidad física abarca a la discapacidad motriz y también a aquellos niños que no tienen control voluntario de su aparato muscular así como también la nula sensibilidad de alguna o varias partes de su cuerpo, como labio leporino, paladar hendido, luxación de cadera, secuelas de enfermedades, entre otras más y la discapacidad motriz se refiere a los problemas que tienen los niños relacionados con el movimiento de brazos y piernas o falta de los mismos.

Los datos del presente estudio guardan relación con los datos encontrados en la ENEDIS PERÚ 2012, quien reveló que la discapacidad motora (dificultad para moverse o caminar y/o para usar brazos o piernas) es la que más afecta, alcanzando el 59.2%, de la población total con discapacidad. Por otro lado se estima que más del 30% está en condiciones de discapacidad física más o menos severa. (30)

Este tipo de discapacidad no debe ser un obstáculo para el éxito y desarrollo de los niños con discapacidad, y los padres de estos niños deben saber que esta población debe ser educada adecuadamente, ya que son estos niños los que corren mejor suerte de ser aceptados en colegios regulares a diferencia de aquellos que padecen deficiencias intelectuales o sensoriales, además los padres deben de adecuar el hogar y entorno físico para que estos niños con este tipo de discapacidad, se movilicen sin ningún peligro y les resulte más accesible para poder crecer sanamente.

En segundo lugar se encuentra la discapacidad sensorial que afecta a los niños de Chota en un 23.2%; cabe mencionar que este porcentaje se fraccionó en el estudio, en los tipos de discapacidad sensorial y tenemos que la discapacidad de lenguaje afecta más a estos niños con un 10.6%, seguido de la discapacidad visual con un 6.8% y la discapacidad auditiva con un 5.8%. Estos datos encontrados acerca de la discapacidad sensorial, no se relacionan con los resultados de la ENEDIS (INEI 2012), en la cual se indica que en primer lugar se encuentra la discapacidad visual con el 50.9%, sin embargo en el presente estudio este tipo de discapacidad ocupa el segundo lugar con un 6.8%, según la ENEDIS el tipo de discapacidad que se encuentra en segundo lugar es la auditiva con un 33.8%, y en tercer lugar con un 16.6% se encuentra la discapacidad de lenguaje. (30)

Comparando estos últimos datos observamos que en este estudio sucede al contrario, la discapacidad auditiva se encuentra en tercer lugar (5.8%) y es la discapacidad de lenguaje quien ocupa el primer lugar con un 10.6%, afectando de manera más frecuente a los niños de 0 a 12 años en el distrito de Chota. Por otro lado indica que la discapacidad auditiva y la de lenguaje guardan cierta relación, ya que si el niño no escucha, no podrá aprender el lenguaje lo que le imposibilita la comunicación.

El tercer lugar de las discapacidades más frecuentes en los niños de Chota lo ocupa la discapacidad intelectual con un 17.5% que abarca a los niños con retardo mental y Síndrome de Down, este resultado se relaciona con ENEDIS 2012, donde este tipo de discapacidad también ocupa el tercer lugar a nivel del total de la población con

discapacidad en el Perú, con un 32.1%. Los niños con este tipo de discapacidad son seres capaces de pensar, tienen valores morales y emociones complejas, dotes que serán visibles con una asistencia especializada para poder hacer de esos niños seres humanos capaces de pensar acerca de su vida, de sus deseos, de sus emociones y de sus valores.

Por último en cuarto lugar se encuentra la discapacidad psíquica con un 12.6%, este tipo de discapacidad abarca a aquellos niños con oligofrenia, alteraciones neurológicas y trastornos cerebrales. Porcentaje similar a este estudio muestra el INEI según la primera encuesta sobre discapacidad en el año 2012, donde dice que el 9.22% del total de personas con discapacidad en el Perú, presentan una discapacidad psíquica, incluyendo los trastornos de la conducta. Según la revista *Pediatrics* difundido por pediatras estadounidenses, indica que estos niños deben ser tratados con sumo cuidado y enseñarles al control de sus emociones y nerviosismo, caso contrario deben tratarse debidamente mediante fármacos ya que son estos niños con más tendencia a llegar a ser pacientes psiquiátricos.

CONCLUSIONES

- ✓ El perfil socioeconómico de los niños con discapacidad de 0 a 12 años a nivel familiar fue: la mayoría de las familias proceden de zona rural, son familias nucleares, de estado civil convivientes, estas familias son analfabetas, de religión católica, de ocupación ama de casa, las familias tiene de dos a tres integrantes, y son familias de extrema pobreza aunque tienen viviendas propias, construidas de adobe, de un solo nivel y con todos los servicios básicos aún no tan accesibles a los niños con discapacidad.

- ✓ Respecto al perfil socioeconómico de los niños con discapacidad a nivel personal encontramos que la gran mayoría tienen una edad 0 y 4 años, hay más varones que mujeres, un gran porcentaje tienen nivel inicial. Tienen sus habitaciones en el primer nivel de la vivienda y sus servicios higiénicos a más de 10 metros de sus habitaciones, muchos de los niños con discapacidad sufren de afecciones respiratorias.

- ✓ El tipo de discapacidad más frecuente en los niños de 0 a 12 años en el distrito de Chota – 2014, fue la discapacidad física – motriz, en segundo lugar la discapacidad sensorial, luego la discapacidad intelectual y finalmente la discapacidad psíquica.

RECOMENDACIONES

Que, el **equipo de trabajadores de las instituciones CEBE, PRITE y OMAPED**, gestionen la construcción de un local con aulas adecuadas para cada tipo de discapacidad y se elabore un trabajo conjunto con los padres de familia para que se diseñen y/o implementen planes de educación dirigidos exclusivamente a las madres o encargadas del cuidado de los niños con discapacidad sobre una buena alimentación y cuidado en el hogar donde los padres ayuden a la rehabilitación de sus hijos.

A los trabajadores de los gobiernos locales, que deben tener iniciativas para promover e implementar ayudas sociales a las familias de los niños con discapacidad, en especial a aquellos en situación de extrema pobreza; asimismo realizar edificaciones donde se tenga en cuenta el desplazamiento de las personas y en especial de los niños con discapacidad facilitando de esta manera la convivencia de estas personas en una sociedad inclusiva.

A los trabajadores del Ministerio de Salud, fomentar programas y capacitaciones para profesionales de salud que ayuden a la rehabilitación del niño con discapacidad puesto que en la actualidad no existe este apoyo. Los resultados de este estudio han demostrado que la gran mayoría pertenecen a familias pobres o extremadamente pobres, los cuales no cuentan con recursos para ser rehabilitados en centros especiales.

A los docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca, en coordinación con los establecimientos de salud y alumnos, elaborar programas orientados a la educación de las familias que tengan integrantes con alguna discapacidad puesto que la mayoría de ellos desconoce lo que deben hacer para contribuir a su rehabilitación. Además que en el curso de pediatría los alumnos tengan conocimientos acerca de los tipos de discapacidad y su cuidado pues en la actualidad esta es un área donde no se trabaja.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barrera Ormeño P. y Fritz reboledo M. Integración laboral de personas con discapacidad física pertenecientes a agrupaciones de la red provincial de y para la discapacidad de concepción que se encontraban trabajando durante el año 2008 (tesis doctoral). Universidad de concepción de Chile. Publicado en marzo del 2009. Fecha de acceso 20/06/2014. Disponible en:
http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.fnd.cl%2FTESIS_Int...doc&ei=OKeou2VKrHLsAT9vIKwDw&usg=AFQjCNEZ_wBSbE40IDQGpIHOervrqyVs0w&bvm=bv.69411363,d.b2U
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Informe de Alejandro Vílchez. Reducción de la pobreza en el Perú. Mayo del 2013. Informe en línea. Fecha de acceso: 22/06/2014. Disponible en:
<http://gestion.pe/economia/inei-pobreza-se-reduce-258-peru-y-509-mil-personas-dejaron-pobres-2012-2065578>
3. Diario el comercio. “Informe de pobreza en el Perú” Ente Estadístico INEI 2013. Publicación web. Publicado el día viernes 02 de mayo del 2014. Fecha de acceso: 22/06/2014. Disponible en: <http://elcomercio.pe/economia/peru/inei-pobreza-peru-bajo-239-durante-2013-noticia-1726749>.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Informe Técnico: Evolución de la Pobreza Monetaria 2009-2013. Publicación web: Lima, mayo 2014. Fecha de acceso: 22/06/2014. Disponible en:
http://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/informetecnico.pdf
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Evolución de la Pobreza Monetaria en el Perú al 2013. Publicación web: Mayo del 2014. Fecha de acceso: 22/06/2014. Disponible en:

http://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/evolucion_de_la_pobreza_2013.pdf

6. Gobierno Regional de Cajamarca. Programa Regional de Población de Cajamarca 2012-2016. Revista en Línea: año 2012. Fecha de acceso: 29/06/2014. Pag 17- 20. Disponible en:http://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/sispod/PROGRAMAS%20REGIONALES/Cajamarca/PROG_CAJAMARCA.pdf

7. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). PERÚ: CIFRAS DE POBREZA E INDICADORES. Publicación web: Mayo del 2014. Fecha de acceso: 29/06/2014. Disponible en:
https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&cad=rja&uact=8&ved=0CE4QFjAJ&url=http%3A%2F%2Fwww.snip.gob.pe%2Fcontenidos%2Fpoliticas%2Festadisticas%2Festadisticas_locales%2Fpobreza_e_indicadores%2FCAJAMARCA_pobreza_e_indicadores.xls&ei=PYewU87qE8XmsASnk4HYCQ&usg=AFQjCNHVT_WnkBiUJtK55xVAoc5xOZMI4A&bvm=bv.69837884,d.b2k

8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Discapacidad. Informe producido por la OMS y el Grupo del Banco mundial en línea: publicado el 9 de junio del 2011. Fecha de acceso: 20/06/2014. Disponible en:
<http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Discapacidad. Informe producido por la OMS y el Grupo del Banco mundial en línea: Publicado el 25 de Septiembre de 2012. Fecha de acceso: 11/06/2014. Disponible en:
http://www.nl.gob.mx/?P=info_discapacidad

10. Ciuffardi M. Estadísticas sobre Personas con Discapacidad a nivel mundial. Publicación periódica en línea: 2012 Junio 1. Pag. 3- 19. Fecha de acceso:

09/06/2014. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/ Estad%C3%A Dsticas-De-Personas-Con-Discapacidad-/3326877.html>

11. Vásquez A. La Discapacidad en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo 2003. Publicación periódica en línea. Pag. 12-13. Fecha de acceso: 20/06/2014. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dd/pub/discapacidad-spa.pdf>
12. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). “Informes latinoamericanos” Discapacidad y trabajo. Revista CEPAL (Revista en internet). 2011 Octubre. (acceso: 16/06/2014). Vol (98). Disponible en: <http://biblioguias.cepal.org/content.php?pid=263260&sid=2173599>.
13. Félix Tapia C. A. Discapacidad en el Perú. Publicación periódica en línea. Publicado en Diciembre 2006. Fecha de acceso: 20/06/2014. Disponible en: <http://blog.pucp.edu.pe/discapacidad>.
14. Diccionario de la Lengua Española (22ª ed.). Madrid: Real Academia Española; 2001. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=incapacidad>
15. Alvares Q. Perfil Socioeconómico. Ed. 13a. Bogotá Colombia: El Ateneo 2008.
16. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS). Revista de Pobreza. (revista en Internet). LIMA PERÚ 2013 (acceso: 01/07/2014). 1a ed. Tiraje: 1000 ejemplares. Disponible en: <http://www.midis.gob.pe/dgsye/documentos/Publicaci%C3%B3n%20PEPI%20final%20220713.pdf>.
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Características Socioeconómicas de los Hogares Lima, noviembre de 2007. Centro de Investigación y Desarrollo (CIDE). Fecha de acceso: 04/07/2014. Disponible en:

http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0744/Libro.pdf

18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Artículo de discapacidad. Publicado el 25 de Septiembre del 2012. Fecha de acceso: 10/05/2014. Disponible en:
<http://www.definicionabc.com/general/perfil.phpy>
http://www.nl.gob.mx/?P=info_discapacidad.
19. Gonzales Z. Tratamiento de la deficiencia auditiva. (Revista en Internet). México 2012 (Acceso 10/03/14). Vol. 23. Disponible en: <http://zoita.wordpress.com/>
20. Velez D. Discapacidad del lenguaje. Publicación periódica en línea: 2010 noviembre. Pag. 2 -21. Fecha de acceso: 29/09/2014. Disponible en:
<http://www.buenastareas.com/ensayos/Discapacidad-Del-Lenguaje/1115526.html>
21. Celdran C.M. y Zamorano F. trastornos de la comunicación y el lenguaje. Publicación periódica en línea: 2012 marzo 15. Pag. 6- 41. Fecha de acceso: 29/09/2014. Disponible en:
<http://diversidad.murciaeduca.es/orientamur/gestion/documentos/unidad23.pdf>
22. Sierra C.O. discapacidad, tipos y características. Artículo en línea: 2012 febrero 11. Pag. 3 de 9. Fecha de acceso: 29/09/2014. Disponible en:
<http://atendiendonecesidades.blogspot.com/2012/11/distintos-tipos-de-discapacidad-y-sus-caracteristicas.htm>
23. Fundación homero. Discapacidad psíquica. Publicación en línea: Valparaiso Chile 2013. Fecha de acceso 28/09/2014. Disponible en:
<http://fundacionhomero.webnode.es/las-discapacidades/discapacidad-psiquica/>
24. HERNÁNDEZ, R. y COLS. Metodología de la Investigación Científica. 5ta Ed. Bogotá Colombia: McGraw- Hill; 2010.

25. Cardozo de Martínez C.A. “Consideraciones éticas de la investigación – generalidades”. Ética en Investigación Biomédica y Sicosocial Fogarty International Center OPS/OMS U de Chile 2011/ (Publicación Periódica en Línea). Disponible en: www.unal.edu.co/bioeticaredb_bog@unal.edu.com
26. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Indicadores Demográficos, Sociales y Económicos a nivel Provincial y distrital Cajamarca 2007. 1^{ra} Ed. Lima 2008.
27. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Informe Nacional: Lima Perú, Abril 2013. Fecha de acceso: 27/09/2014. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/Libro.pdf>
28. Consejo Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS Perú). Ley General de la Persona con Discapacidad, Ley 29973. Lima 2012. Capítulo III, Accesibilidad, artículos del 16 al 20.
29. Consejo Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS Perú). Ley General de la Persona con Discapacidad, Ley N° 27050 y su Modificatoria Ley N° 28164. Lima 2007 – 2016.
30. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad. Informe nacional: Lima, 15 de Julio 2013. Fecha de acceso: 13/09/2014. Disponible en: <http://sodisperu.org/2013/08/01/encuesta-nacional-especializada-sobre-discapacidad-boletin-sodis-no-3/>
31. My Child Without Limits ORG. “Efectos de la discapacidad y el desarrollo psicomotor” (Revista en Internet). 2014 Enero. Fecha de acceso 28/09/2014. Vol. (96). Disponible en: <http://www.mychildwithoutlimits.org/understand/developmental-delay/who-does-developmental-delay-affect/?lang=es>

ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la Bachiller en Enfermería, de la Universidad Nacional de Cajamarca. He sido informado(a) de que la meta de este estudio es conocer y analizar el nivel socioeconómico de cada familia de los niños con discapacidad y ver los tipos de discapacidad más frecuentes en el distrito de Chota.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una encuesta, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

FIRMA Y HUELLA

ANEXO II

ENCUESTA: PERFIL SOCIOECONÓMICO Y DISCAPACIDAD DE LOS NIÑOS DE 0 – 12 AÑOS DEL DISTRITO DE CHOTA - 2014.

I. INSTRUCCIONES:

A continuación se le presenta una serie de preguntas por lo que se le solicita responder y/o marcar con un aspa (x) la respuesta que considera correcta y completar la información que se le solicita en los espacios en blanco.

II. DATOS DEL PERFIL SOCIOECONÓMICO DE LA FAMILIA

a. Lugar de procedencia:

Urbana ()

Rural ()

b. Tipo de familia:

Nuclear ()

Extensa ()

Monoparenteral ()

c. Estado Civil de los padres:

Soltero ()

Convivientes ()

Casados ()

Divorciados ()

Viudos ()

d. Grado de Instrucción del jefe de la familia:

Analfabetos ()

Primaria incompleta ()

- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Superior incompleta
- Superior completa

e. Religión:

- Católica
- Nazareno
- Testigo de Jehová
- Adventista

Otro.....

f. Ocupación del jefe de la familia:

- Ama de casa
- Comerciante
- Agricultor
- Profesor/a

Otros.....

g. ¿Cuántos integrantes componen la familia que vive en su hogar?:

- 2 – 3
- 4 – 5
- 6 a más

h. ¿Cuál es el ingreso monetario que percibe su hogar por mes?

- Menos de S/. 775.00 nuevos soles
- De S/. 776.00 a S/. 1,460.00 nuevos soles
- De S/. 1,461.00 nuevos soles a más.

i. La vivienda en la que vive es:

Propia

Alquilada

De los padres

Otro:

j. ¿De qué material se ha edificado su vivienda?

Adobe

Ladrillo

Tapial

Otro:

k. ¿De Cuántos niveles consta su vivienda?

Un nivel

Dos niveles

Tres a más

l. ¿Con cuál de los siguientes servicios básicos cuenta su vivienda?

Agua

Desagüe

Electricidad

Ninguno

III. DATOS DEL PERFIL SOCIOECONÓMICO DEL NIÑO CON DISCAPACIDAD:

a. ¿En qué nivel queda la habitación del niño(a) con discapacidad?

Primer nivel

Segundo nivel

Tercer nivel

b. ¿A qué distancia de la habitación de niño(a) con discapacidad se encuentran los servicios higiénicos?

A 05 metros

A 10 metros

De 10 metros a más

c. Edad del niño(a):

0 – 4

5 – 9

9 – 12 años

d. Sexo del niño(a):

Masculino

Femenino

e. Grado de instrucción del niño(a):

Inicial

Primaria Incompleta

Ninguno

f. Que otra enfermedad complementaria presenta su niño (a):

Afecciones respiratorias

Convulsiones

Raquitismo

Diarreas frecuentes

Otros.....

IV. EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD DEL NIÑO:

a. ¿Su niño tiene discapacidad física – motriz?

Si No

b. ¿Su niño tiene discapacidad sensorial?

Si No

¿De qué tipo?

Auditiva

Visual

De lenguaje

c. ¿Su niño tiene discapacidad intelectual?

Si No

d. ¿Su niño tiene discapacidad psíquica?

Si No

MUCHAS GRACIAS!!!