

**CARACTERIZACIÓN DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD EN LA CIUDAD
CARTAGENA DE INDIAS, 2018**

ELBER DE JESÚS COBOS DIAZ

NÉSTOR ANTONIO MONTERROZA BARRETO

UNIVERSIDAD DEL SINÚ “ELIAS BECHARA ZAINUM”

FALCUTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OPTOMETRÍA

CARTAGENA DE INDIAS, D.T. Y C

2019

**CARACTERIZACIÓN DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD EN LA
CIUDAD CARTAGENA DE INDIAS, 2018**

ASESOR DICIPLINAR

KATERINE HERNANDEZ AYALA

ASESOR METOLOGICO

DIANA PAOLA RAMIREZ ARCOS

KATERINE HERNANDEZ AYALA

LINEA DE INVESTIGACION

ENTRENAMIENTO Y REHABILITACION VISUAL

UNIVERSIDAD DEL SINÚ “ELIAS BECHARA ZAINUM”

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OPTOMETRÍA

CARTAGENA DE INDIAS, D.T. Y C

2019

NOTA DE ACEPTACIÓN

DIRECTOR DE ESCUELA

JURADO 1

JURADO 2

Nota de Salvedad de Responsabilidad Institucional

La Universidad del Sinú, seccional Cartagena, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia.

Agradecimientos

Agradezco a Dios y a nuestra familia
por el apoyo durante la realización
de este proyecto

Contenido

1. Introducción	10
2. Planteamiento del problema	12
3. Objetivos.....	14
3.1. Objetivos generales	14
3.2. Objetivos específicos	14
4. Justificación	15
5. Marco referencial	17
5.1. Antecedentes.....	17
5.2. Aspecto histórico	18
5.3. Aspecto teórico	20
5.3.1. Definición y contexto histórico	20
5.3.2. Tipos de discapacidad con respecto a las funciones corporales.....	25
5.3.3. Tipo de discapacidad con respecto a las estructuras corporales	26
5.3.4. Actividad, participación e inclusión de personas con discapacidad.....	27
5.3.5. Factores ambientales de las personas con discapacidad	28
5.3.6. Desarrollo visual	29
6. Aspectos éticos y legales	32
7. Aspectos metodológicos	33
7.1. Línea de investigación	33
7.2. Tipo de estudio	33
7.3. Población.....	33
7.4. Variables	33
7.5. Plan de análisis	34
8. Cronograma	35
9. Presupuesto	36
10. Resultado	37
11. Discusión	40
12. Conclusión	43
13. Recomendaciones.....	45
Bibliografía.....	46

Índice de tabla

Tabla 1 Variables	34
Tabla 2 Cronograma.....	35
Tabla 3 presupuesto	36
Tabla 4 Edad y sexo	37
Tabla 5 Ubicación y edad.....	37
Tabla 6 Etnia y edad.....	38
Tabla 7 Discapacidad y edad	38
Tabla 8 Régimen y edad.....	39

Resumen

El objetivo de este proyecto es caracterizar la población infantil con discapacidad en la ciudad de Cartagena a corte del 2018. Para llevar a cabo el proyecto, se utilizó la base de datos del CUBO del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. Posteriormente, se realizaron una serie de tablas con la información obtenida para analizar estadísticamente los datos y, a partir de ellos, se detallan los resultados obtenidos durante el desarrollo del proyecto y se determinan las variables sociodemográficas y los tipos de discapacidad que presenta esta población infantil. Con lo anterior, se hicieron recomendaciones que proporcionarán información actualizada en la ciudad de Cartagena. La investigación permitió concluir que es de vital importancia implementar proyectos de desarrollo que puedan impactar positivamente a la población con discapacidad, teniendo en cuenta aspectos de interacción y movilidad.

Palabras claves: Discapacidad, población infantil, sociodemográficas, caracterización, cubo.

Abstract

The objective of this project is to characterize the child population with disability in the city of Cartagena at the end of 2018. In order to carry out the project, the CUBO database of the Location and Characterization Registry of Persons with Disabilities was used. Afterwards, a series of tables were made with the information obtained to statistically analyze the data and from that, detail the results obtained during the development of the project and thus determine the sociodemographic variables and types of disability that this child population presents. With the above, recommendations were made that will provide updated information in the city of Cartagena. The investigation made it possible to conclude that it is vitally important to implement development projects that can positively impact the population with disability, taking into account aspects of interaction and mobility.

Key words: Disability, child population, sociodemographic, cube.

1. Introducción

Visto que la discapacidad es única y diferente para cada individuo se puede definir según la organización mundial de la Salud, “como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación o situación heterogénea multifactorial que envuelve la interacción de una persona en sus dimensiones físicas o síquicas y los componentes de la sociedad de la que se desarrolla” (1,2)

La clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) (2) ordena la discapacidad por dos niveles el primero que determina las funciones y estructuras corporales en las que se encuentran, el funcionamiento mental, corporal, visual, sistema motor, el habla, entre otro. También están las actividades de participación y el factor ambiental como el aprendizaje, movilidad, entorno natural, productos y tecnologías etc. En el segundo nivel encontramos funciones mentales, funciones sensoriales, Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio, Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino. Aunque el más utilizado en la actualidad es el de primer nivel según el (DANE) (3)

Los factores que afectan a las personas con discapacitada no solo son propias del sujeto sino que también actúan directamente a la persona que lo rodean, puesto que la dependencia en ocasiones absolutas de otro individuo se es indispensable para que esta, pueda desarrollar sus actividades diarias. De aquí radica la importancia de generar independencia en cada uno de los afectados.

La finalidad de este proyecto en la ciudad de Cartagena (Bolívar) busca conocer estadísticamente cuantos niños tienen alguna discapacidad y cuantos de ellos están en rehabilitación integral ya que, según la organización mundial de la salud (OMS) los niños con discapacidad tienen menos oportunidad de recibir educación que los niños que no poseen

alguna discapacidad. Esta información permitirá realizar una sala multisensorial siendo este un “área física destinada a la estimulación del sistema nervioso central La recepción y asimilación de estímulos externos tales como los olores, sabores, colores y superficies que ayudan tanto al aprendizaje como a la ubicación espacio-temporal, por medio de la utilización de diversos materiales y herramientas, el acompañamiento psicológico a las familias y la orientación por parte de pedagogos”(4) (5) es necesario que el tratamiento y rehabilitación de los pacientes sea de manera especializada e individual. Se debe conocer el perfil epidemiológico que es de suma importancia para definir de manera clara y concisa las necesidades de estimulación de la población, que les impiden la plena integralidad y desarrollo multifuncional dentro la sociedad.

Se decide implantar un método de caracterización para tener datos confiables y actualizados, donde se determina. Cuántos son, donde están, cuáles son sus condiciones de vida, cual es la discapacidad y que tipo de rehabilitación requieren. Esta caracterización describe las diferentes variables epidemiológicas poblacionales donde se instalará de qué manera serán articulados estos pacientes en dicha sala multisensorial.

2. Planteamiento del problema

La OMS define la discapacidad “como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación”, (1) (.2) entendida como una situación heterogénea multifactorial que envuelve la interacción de una persona en sus dimensiones físicas o síquicas y los componentes de la sociedad en la que se desarrolla.

Se estima que más de 1000 millones de personas (1) tienen alguna discapacidad en el mundo y de estos 200 millones corresponden a niños. Según la Comunidad Andina de Naciones, Colombia ocupa el primer lugar en prevalencia de discapacidad, según esta premisa se presenta en personas mayores de 80 años y en menores de 10 años de acuerdo con el reporte mencionado por el Sistema de Información de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) para el 2013 y actualmente se reporta a corte del 30 de junio de 2018 un total 1´418.065 personas con discapacidad registradas a nivel nacional en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. (6) (7) (8)

Sin embargo las tasas de discapacidad están aumentando debido en parte al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas. Así mismo mencionan que las personas con discapacidad tienen menos acceso a los servicios de asistencia sanitaria y, por lo tanto, necesidades insatisfechas a este respecto. (1)

Por esto la OMS enfatiza que varios factores en la actualidad entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a la integración social y de salud como sería la falta de realizar más investigaciones en torno a las necesidades, las barreras y los resultados sanitarios de las personas con discapacidad. (1)

De este modo, para Cartagena de Indias es de suma importancia reunir datos estadísticos e información que permita conocer la situación actual de la población en situación de

discapacidad, donde están, quienes son, que tipo de patología tienen y cuáles son sus características socio demográficas

Teniendo en cuenta lo anterior, surge la siguiente pregunta ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población infantil con discapacidad?

3. Objetivos

3.1. Objetivos generales

- Caracterizar a la población infantil con discapacidad en la ciudad de Cartagena de Indias, 2018

3.2. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de la población infantil con discapacidad en la ciudad Cartagena Bolívar, 2018
- Establecer el porcentaje de la población infantil según el origen de la discapacidad en la ciudad Cartagena Bolívar, 2018

4. Justificación

La OMS estimaba en 2005 que aproximadamente 600 millones de personas en el mundo presentaban algún tipo de discapacidad, de ellas el 80% vivía en países de bajos ingresos y la mayoría estaba expuesta a condiciones de vulnerabilidad como la pobreza y dificultades para el acceso a servicios básicos y de rehabilitación (1). En el informe mundial de discapacidad publicado por la OMS en 2011, se reportó que más de 1.000 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, esta cifra representa alrededor del 15% de la población mundial; de acuerdo con este informe, el panorama muestra que la proporción de la discapacidad está en aumento, que aproximadamente entre 110 y 190 millones de personas experimentan grandes dificultades para vivir en su entorno cotidiano y la discapacidad se relaciona de forma importante con situaciones de vulnerabilidad, pobreza, bajos ingresos socioeconómicos, menor escolaridad, mayor desempleo y dificultades para el acceso a servicios de salud, rehabilitación y vivienda (3).

El Censo del DANE 2005 ofrece información amplia sobre las condiciones de vida de la población con discapacidad, pero esta es una información que está desactualizada y no permite hacer una lectura consistente con la perspectiva de la CIF. (9)

El Censo General en Colombia para el 2005. De acuerdo con esta fuente, para dicho año existían 96.273 niños y niñas menores de 5 años con algún tipo de discapacidad, los cuales representaban el 2,0% de la población en esta edad. La distribución por zona geográfica mostraba entonces que dos terceras partes, es decir, el 66,4% de los niños y las niñas con discapacidad, vivían en cabeceras urbanas, mientras que el restante 33,6% habitaba en zona rural (9)

En la actualidad contamos con el Registro de Localización y Caracterización de personas con discapacidad (RLCPD) del Distrito de Cartagena. - Corte 31 de Diciembre de 2015, el cual

ofrece un conjunto amplio de variables así como un sistema de intercambio y actualización de la información Tiene una limitada cobertura poblacional y no permite dar cuenta de su situación global (6) (10) (24)

Otro estudio donde se arrojan datos es en el del Departamento Administrativo Distrital de Salud- DADIS estudios que a la fecha están desactualizados y además abarca de manera general a todos los pacientes con discapacidad, de este modo para Cartagena Bolívar es de suma importancia focalizar de manera específica a los pacientes pediátricos menores de 14 años, puesto que están en plena etapa de desarrollo, personal, morfo fisiológico, psicológico y social.

Con esto se busca poder tener información necesaria e importante de la población infantil con discapacidad donde se determinará sus funciones y necesidades primordiales. También se apunta generar nuevos conocimientos, para la academia, para la población en general y para entes gubernamentales que les permita tener base para crear planes que fomenten, programas, acciones y proyectos para la inclusión, habilitación y rehabilitación en la social de las personas en situación de discapacidad.

5. Marco referencial

5.1. Antecedentes

A nivel mundial (según la estimación de la población mundial en 2010) Se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; o sea, alrededor del 15% de la población mundial. Esta cifra es superior a las estimaciones previas de la Organización Mundial de la Salud, correspondientes a los años 1970, que eran de aproximadamente un 10%. Según la Encuesta Mundial de Salud, cerca de 785 millones de personas (15,6%) de 15 años y más viven con una discapacidad, mientras que el proyecto sobre la Carga Mundial de Morbilidad estima una cifra próxima a los 975 millones (19,4%). La Encuesta Mundial de Salud señala que, del total estimado de personas con discapacidad, 110 millones (2,2%) tienen dificultades muy significativas de funcionamiento, mientras que la Carga Mundial de Morbilidad cifra en 190 millones (3,8%) las personas con una “discapacidad grave” (el equivalente a la discapacidad asociada a afecciones tales como la tetraplejía, depresión grave o ceguera). Solo la Carga Mundial de Morbilidad mide las discapacidades infantiles (0-14 años), con una estimación de 95 millones de niños (5,1%), 13 millones de los cuales (0,7%) tienen “discapacidad grave”. (11), (12)

Para 2014 se realizó un estudio en América latina y el caribe en con el fin de preparar un informe regional sobre la medición de la discapacidad, dicha encuesta ya se había realizado en periodos anteriores en 2011-2012, en el cual se incluyeron 42 países de América latina de estos solo 36 mandaron la información en el tiempo establecido. Mientras que los que no presentaron la información, el estudio opto por tomar la ya establecida en 2000 como es el caso de Chile y Colombia. (12) para la recolección de datos de personas que tenían alguna discapacidad, se implementó un formato propuesto por Grupo de Washington sobre estadísticas de la discapacidad, teniendo en cuenta la CIF, gracias a la información recolectada, fue posible estimar que más de 70 millones de personas vivían con alguna discapacidad en América Latina

y el Caribe entre 2001 y 2013, lo que equivale a un 12,5% de la población regional, a un 12,6% de la población de América Latina y a un 6,1% de la población del Caribe, al comparar las cifras del estudio anterior se determinó un incremento significativo en el total de personas con discapacidad en la región con un incremento mayor al (de 66.121.596 personas en 2011 a 70.666.206). Esto equivale a un aumento de 0,2 puntos porcentuales en América Latina (12,4% en 2012) y de 0,7 puntos porcentuales en el Caribe (12)

Uno de los estudios más grandes realizados como referente fue el del DANE, en el año 2005, Su objetivo fue promover información estadística sobre las personas en situación de discapacidad en apoyo al desarrollo de la Política Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad, de los programas y proyectos de prevención, atención, rehabilitación y equiparación de oportunidades quien de manera nacional realizo y transfirió al Ministerio de la Protección Social el Registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad. El cual proyecta que Colombia en a la actualidad existen a corte de 30 de junio de 2018 un total de 1´418.065 personas registradas (6)

El estudio más actual con el que se cuenta es el realizado por el DADIS denominado como Reportes del Registro de Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad del Distrito de Cartagena. (RLCPD) - Corte 31 de diciembre de 2015. Se utilizó como fuente el Cubo de Datos del Ministerio de Salud y Protección Social, con En el cual reposan 14.402 personas con discapacidad registradas en el Distrito de Cartagena, haciendo un estudio de datos y variables sociodemográficas, (8)

5.2.Aspecto histórico

Oficialmente Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias abreviado Cartagena de Indias, D. T. y C, es la capital del departamento de Bolívar, al norte de Colombia. Fundada el

1 de junio de 1533 por Pedro de Heredia. Desde 1991 Cartagena es un Distrito Turístico y Cultural. Cuenta con una población total de 971.700 habitantes, ocupando el quinto municipio más poblado de Colombia (14)

Cartagena está localizada en el norte del departamento de Bolívar a orillas del mar Caribe. Se encuentra a 10° 25' 30" latitud norte y 75° 32' 25" de longitud oeste. Ha desarrollado su zona urbana, conservando la arquitectura del centro histórico y convirtiéndose en uno de los puertos en Colombia de mayor importancia, el Caribe y el mundo, así como célebre destino turístico más importante de Colombia y América Latina. El turismo se ha convertido en una de sus principales cualidades de la ciudad gracias a sus atractivos naturales y su rica historia, de manifiesto en la variedad de estilos arquitectónicos. El centro histórico, la Ciudad Amurallada, fueron declarado Patrimonio Nacional de Colombia en 1959 y por la Unesco Patrimonio de la Humanidad en 1984, además su arquitectura militar fue nominada como la cuarta maravilla de Colombia. (14)

Cartagena de Indias posee una economía polifacética puesto que cuenta con una productividad diversificada en sectores como la industria, turismo, comercio y la logística para el comercio marítimo internacional que se facilita debido a su ubicación estratégica sobre el Mar Caribe al norte Suramérica y en el centro del continente americano.

La industria es una de las principales actividades económicas de la ciudad aportando el 10% de los empleos, la mayoría de industrias se encuentran en el Parque Industrial de Mamonal, considerado una de las zonas industriales más importantes de Colombia (14)

Cartagena es una de las ciudades de Colombia con mayor incidencia de pobreza y corrupción política. Según el DANE, Cartagena es la segunda ciudad en Colombia con mayor pobreza monetaria, únicamente detrás de Quibdó en el Chocó. Además, es la segunda ciudad en donde se presenta la exclusión social y el 29.1% de los cartageneros vive en condiciones de pobreza,

y el 5,5% en condición de pobreza extrema. En 40 de los barrios más pobres, donde el 80% de la población no tiene acueducto, 82% no poseen alcantarillado, y el 70% de los niños en edad escolar no asisten a clases. (14)

5.3.Aspecto teórico

El Registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad (RLCPD), implementado en Colombia desde el año 2002 es un mecanismo oportuno de captura y sistematización de información que da respuesta a las necesidades de información que tiene el país sobre aspectos esenciales de las personas con discapacidad (PcD) y la situación en que viven (3)

5.3.1. Definición y contexto histórico

Dado que el enfoque central de este perfil epidemiológico estará puesto en la caracterización de la población infantil con discapacidad, es necesario la recolección de información con el fin de determinar, examinar y reconocer en el momento dado las características de la población a estudiar. El RLCPD, aborda la discapacidad en un enfoque biopsicosocial en donde resalta lo importante de comprender la discapacidad como un resultado de la interacción compleja entre las condiciones de salud, los factores personales y contextuales. (15)

La discapacidad históricamente se ha abordado desde varias perspectivas, desde el punto de vista médico biológico, esta se considera como un problema individual que es causado por una enfermedad, trauma o alguna condición de salud, en donde se busca tratar desde el campo de la salud la discapacidad. Desde el punto de vista social la discapacidad es producida por un conjunto de condiciones las cuales estas están relacionadas con el entorno, produciendo una dificultad o impedimento en la participación de las personas con diferentes capacidades en diferentes actividades de la vida social (16) (17)

Los estudios de la discapacidad distinguen tres modelos que coinciden, en donde estos tres se relacionan con períodos históricos: el primer modelo es el de la prescindencia, característico de la Antigüedad y de la edad media; el segundo modelo es el de médico o de rehabilitación, propio de la primera mitad del siglo XX y el tercer modelo es el social, aparece a partir de los años 1960 del siglo XX. (16)

- Modelo de prescindencia: En este modelo se consideraba que una persona tenía discapacidad por un castigo de los dioses o bien por considerarse que las personas con discapacidad no aportaban nada a la sociedad, por lo tanto, se asumían que sus vidas no tenían sentido y no valían la pena que vivieran. En ese sentido se considera que el origen de la discapacidad era por motivos religiosos, ya sea por un castigo de los dioses o por un pecado cometido por los padres de la persona con discapacidad. Teniendo en cuenta lo anterior, se identificaba el rol de la persona con respecto a su utilidad, se parte de la idea de que el discapacitado no tenía nada que aportar a la sociedad, que era un ser improductivo y, por consiguiente, terminaba siendo una carga tanto para sus padres como para la misma comunidad
- Modelo médico o rehabilitador: En el modelo medico los impedimentos físicos y mentales dejaron de ser considerados como castigos divinos y comenzaron a entenderse como enfermedades en donde están podían recibir algún tipo de tratamiento, por lo tanto, las personas que se quejaban de alguna dolencia, no necesitaban ser marginadas de la sociedad. En ese sentido las causas de discapacidad ya no son de origen religiosas sino científicas y las personas con discapacidad dejan de ser consideradas inútiles respecto de las necesidades de la comunidad y, siempre que sean rehabilitadas o reciban algún tratamiento, pueden tener algo que aportar a la sociedad.

Fue así como el modelo de prescindencia pasó a ser sustituido por el modelo médico o de rehabilitación.

- **Modelo Social:** En este modelo no se toma la discapacidad como una carencia de la persona que se debe remediar, sino que se pasa a mirar las deficiencias como un producto social, las cuales resultan en las interacciones entre un individuo y un entorno en donde este no es concebido para él. Por lo tanto, el modelo social atenúa fuertemente los componentes médicos de la discapacidad y resalta los sociales. Además, se considera que las causas que están en el origen de la discapacidad son sociales.

Fue así como surgió un nuevo concepto de la discapacidad que intenta cambiar la visión tradicional, cambiando el foco de lo individual a lo social

Este modelo surgió en el movimiento de vida independiente, en los Estados Unidos en la universidad de Berkeley, California, en los años 1960 del siglo XX, en donde el alumno Ed Roberts con discapacidad entra a la universidad derribando barreras arquitectónicas y sociales, abriendo camino a otras personas con discapacidad en donde se fueron organizándose para ingresar a la universidad. (18)

En ese sentido es necesario aclarar algunos conceptos. En primer lugar, tener en cuenta el concepto de discapacidad, que, según el DANE “la discapacidad refleja las deficiencias a partir del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; las discapacidades representan, por tanto, trastornos en nivel de la persona (dimensión individual). Por ejemplo: disminución en el rendimiento o en la destreza al momento de realizar una actividad” En el 2005 el DANE informa que existían 2.624.000 personas con discapacidad, correspondientes al 6,3% de la población del mismo año (3)

Según la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad plantea que “la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas

con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” Dentro de la convención se definieron conceptos con respecto al entorno de la discapacidad, como lo son. (18)

- **Comunicación:** Hace referencia a la forma en cómo se comunica la persona con discapacidad, en donde se incluye los lenguajes, la visualización de textos, el Braille, la comunicación táctil, los macro tipos, los dispositivos multimedia de fácil acceso, así como el lenguaje escrito, los sistemas auditivos, el lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otros modos, medios y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso.
- **Lenguaje:** se entiende como cualquier tipo de lenguaje, incluyendo el lenguaje oral, de señas y otras formas de comunicación no verbal;
- **Discriminación por motivos de discapacidad:** Se refiere a cualquier exclusión o restricción que son producidas a las personas con discapacidad impidiendo la igual de condiciones, vulnerando los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo.
- **Ajustes razonables:** Son las modificaciones y adaptaciones adecuadas en donde no se imponga una carga desproporcionada para garantizar a las personas con discapacidad la igual de condiciones con respecto a los demás.
- **Diseño universal** Es el diseño de productos, programas y servicios en donde todas las personas puedan utilizar, sin necesidad de un diseño especial

Según Clasificación Internacional del Funcionamiento la Salud y la Discapacidad. CIF “define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado)” (2)

Discapacidad visual: Se presenta una dificultad en la función visual se puede clasificar en categorías principales donde se basan en la agudeza visual y dependiendo de esta se clasifican:

- Visión normal
- Discapacidad visual moderada
- Discapacidad visual grave
- Ceguera

Teniendo esto presente la discapacidad visual moderada y la discapacidad visual grave se reagrupan comúnmente bajo el término baja visión; la baja visión y la ceguera representan la no percepción de luz (19)

Discapacidad auditiva: Se presenta una dificultad para percibir a través de la audición los sonidos del ambiente y dependiendo del grado de pérdida auditiva, los sonidos del lenguaje oral, (20)

Discapacidad cognitiva: Se presenta dificultad en lenguaje y tener dificultades en motricidad; debido a factores biológicos, sociales o culturales. Lo importante es reconocer que existen particularidades que fundamentan las diferencias individuales. (21)

Discapacidad motora: Se presenta dificultad para la participación en la vida cotidiana que surge como consecuencia de la interacción entre una dificultad específica para manipular objetos

o acceder a diferentes espacios, lugares y actividades que realizan todas las personas y las barreras presentes en el contexto en el que se desenvuelve la persona.

Además, dentro de la CIF hay varios conceptos los cuales son fundamentales, como lo son:

- **Funciones corporales:** Son aquellas funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).
- **Estructuras corporales:** Son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.
- **Deficiencias:** Son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida.
- **Actividad:** Es la realización de una tarea o acción por parte de un ser humano con dificultades que un individuo.
- **Participación:** Es el acto de un individuo al involucrarse en una situación vital.
- **Limitaciones en la Actividad:** Esta puede tener en el desempeño/realización de actividades.
- **Restricciones en la Participación:** Son aquellos problemas en donde un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.
- **Factores Ambientales:** Estos constituyen en el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven normalmente.

5.3.2. Tipos de discapacidad con respecto a las funciones corporales

- **Mentales:** Este tipo de discapacidad abarca aquellas funciones del cerebro, en la que se encuentran las funciones mentales, las emocionales, psicosociales, intelectuales y la personalidad.
- **Sensoriales y dolor:** En este tipo de discapacidad se encuentran las funciones de los sentidos, donde se encuentra la parte visual, auditiva, gustativa, olfativa y táctil.

- Voz y habla: En esta discapacidad abarca las funciones del habla donde esta se encuentra alterada la fluidez y el ritmo del habla o ya sea la vocalización.
- Cardiovascular, hematológico, inmunológicos y respiratorios: En este tipo de discapacidad se encuentra alteradas las funciones del corazón, vasos sanguíneos, presión arterial, sistema inmunológico y respiratorio.
- Digestivo, metabólico y endocrino: Se encuentra alteradas las funciones de ingestión, digestión, mantenimiento de peso, glándula endocrina y el balance hídrico; mineral y electrolítico.
- Genitourinaria y reproductoras: Las funciones urinarias, sexuales, menstruación y procreación se encuentran comprometidas.
- Neuroesqueleticas y relacionadas con el movimiento: Discapacidad que afecta la movilidad, las articulaciones, huesos, músculos y reflejos.
- Piel y estructuras relacionadas: Se encuentran alteradas las funciones relacionadas con la piel, el pelo y las uñas.

5.3.3. Tipo de discapacidad con respecto a las estructuras corporales

- Mentales: Del sistema nervioso, cerebro, medula espinal y meninges
- Sensoriales y dolor: El ojo, el oído, el gusto, el olfato, el tacto y estructuras relacionadas.
- Voz y habla: Estructuras involucradas la nariz, la boca, la faringe y las cuerdas vocales
- Cardiovascular, hematológico, inmunológicos y respiratorios: De los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio.

- Digestivo, metabólico y endocrino: De los sistemas digestivo, metabólico y endocrino.
- Genitourinaria y reproductoras: Del sistema genitourinario y reproductor.
- Neuroesqueleticas y relacionadas con el movimiento: Estructuras que están relacionada con la cabeza, cuello, hombro, extremidad superior, extremidad inferior y tronco.
- Piel y estructuras relacionadas: La piel y estructuras que se encuentran relacionadas con estas.

5.3.4. Actividad, participación e inclusión de personas con discapacidad

La actividad es la realización de una tarea o acción de una persona lo cual le conlleva participar e involucrase en una situación vital.

- Aprendizaje y aplicación de conocimientos: Son experiencias sensoriales intencionadas, en donde se encuentra el aprendizaje básico; mirar, escuchar, escribir, calcular y aprender a leer y de esto se deriva la aplicación del conocimiento: centrar la atención, pensar, leer, calcular, resolver problemas y tomar decisiones.
- Tareas y demandas generales: Es la realización de llevar a cabo tereas únicas, múltiples, ruinas, control del estrés y otras demandas psicológicas.
- Comunicación: Por un lado, se entiende por la recepción de mensajes hablados, no verbales, lenguajes de signos y escritos. Por otro lado, se entiende por la producción de mensajes, conversación, utilización de dispositivos y técnicas de comunicación.
- Movilidad: Se entiende por cambiar y mantener la posición del cuerpo, además llevar a cabo realización tereas como, por ejemplo, mover y usar objetos. También hace referencia la acción de andar y moverse.

- Autocuidado: Son los cuidados de las partes del cuerpo, higiene personal, vestirse. Comer, beber y cuidado de su cuerpo.
- Vida doméstica: Hace referencia a la adquisición de lo necesario para vivir, adquisición de bienes y servicios, además hace referencia a las tareas del hogar y cuidado de los objetos
- Interacciones y relaciones interpersonales: Se entiende por las interrelaciones interpersonales generales e interrelaciones.
- Áreas principales de la vida: Hace referencia a la educación, trabajo, vida social y a la vida económica.
- Vida comunitaria, social y cívica: Hace referencia a la religión y espiritualidad, además a los derechos humanos, vida política y vida comunitaria social y cívica.

5.3.5. Factores ambientales de las personas con discapacidad

Estos factores se relacionan con el ambiente físico, social y actitudinal en que la persona vive

- Productos y tecnología: Son los productos o sustancias para el consumo personal y la utilización de tecnología en la vida cotidiana para la movilidad y el transporte en espacios cerrados y abiertos. Además se emplean los productos y tecnologías en la comunicación, educación, empleo y para las actividades.
- Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana: Hace referencia a la geografía física, a la población, calidad del aire, luz, sonido, clima, desastres naturales, desastres causados por el hombre y cambios en el entorno derivados de la actividad humana,
- Apoyo y relaciones: Son las relaciones que se tiene con los familiares cercanos, amigos, conocidos, compañeros, colegas, cuidadores y personal de apoyo.

- Actitudes: Son aquellas actitudes individuales de miembros de la familia cercana, amigos, conocidos, compañeros, colegas, cuidadores y personal de ayuda.
- Servicios, sistemas y políticas: Son los servicios, sistemas y políticas de producción de artículos de consumo, arquitectura, construcción, planificación de los espacios abiertos y vivienda.

Para el diseño de clasificación de este estudio se escogió el enfoque teórico de la discapacidad recomendado por la Organización Mundial de la Salud. (1) En ese sentido la CIF posee dos niveles de clasificación, en donde el primer nivel contiene de manera íntegra, las características relacionadas con las funciones y estructuras corporales, también está relacionado el entorno en el cual la persona con discapacidad se encuentra relacionado, mientras que el segundo nivel se basa en los factores ambientales y factores personales. Según el DANE recomienda utilizar la clasificación de primer nivel ya que esta posee o abarca mejor los tipos de discapacidades como lo son:

- Cognitivo: Discapacidad que abarca las funciones del cerebro.
- Sensoriales: Discapacidad que abarca las funciones de los sentidos
- Voz y habla: Discapacidad que altera la fluidez y el ritmo del habla
- Física: Discapacidad que afecta la movilidad

5.3.6. Desarrollo visual

El ser humano al nacer no tiene por completo el sistema visual desarrollado, por el contrario, está completamente inmaduro en donde se irá desarrollando a medida que la corteza occipital reciba estímulos apropiados.

El globo ocular se forma a partir de 3 fuentes diferentes:

- Ectodermo superficial: a partir del cual se originan: cristalino, epitelio de la córnea y de la conjuntiva, glándula lagrimal, párpados, las vías excretoras;

- Ectodermo neural: origina las capas de la retina, la cara posterior del iris y el cuerpo ciliar, esfínter pupilar, dilatador de la pupila, capas internas de la membrana de Bruch, vítreo y nervio óptico;
- Mesodermo: es responsable por la formación de la esclera, capas posteriores de la córnea, la parte anterior del iris, estroma de la conjuntiva, coróides, vítreo, músculos extraoculares, párpados, tejido conectivo y vascularización del ojo y otros.

La primera evidencia de la formación del ojo ocurre después de la segunda semana de gestación cuando aparecen los pliegues neurales y en la tercera semana surgen las vesículas ópticas. A partir de los 4 meses de gestación la estructura general fundamental del ojo está determinada. Las suturas cristalinas se completan a los 7 meses de gestación, como así también la capa nuclear externa de la retina, las células ganglionares, bipolares y fibras del nervio óptico. El nervio óptico se forma a partir de la séptima semana y su modulación se completa a los 3 meses de edad. El músculo esfínter de la pupila y el dilatador se desarrollan entre los 5 y 6 meses de gestación. Entre la tercera y décima semana de gestación aparecen el vítreo, las células endoteliales de la córnea, la cámara anterior del globo ocular, el canal de Schlemm, la esclera, los músculos extraoculares, los párpados y el sistema lagrimal

Durante los primeros seis meses de vida se presenta un cambio anatomofisiológico en todo el sistema visual. En donde la visión tiene un papel imprescindible para el desarrollo perceptivo, cognitivo y social del niño. En sí misma la visión no está completamente desarrollada al nacer, aunque ésta sea a término. El ojo alcanza su tamaño adulto a los 7 u 8 años de edad. (22)

Al nacer la fovea, y por tanto la agudeza visual., no se ha desarrollado por completo. Así mismo para alcanzar el máximo nivel de agudeza visual (20/20) es necesario que la estimulación visual sea la apropiada. Factores como el estrabismo, las ametropías altas no corregidas, la catarata o cualquier patología que impida la llegada de un estímulo visual adecuado. Cuando se presenta

estos factores en el período de plasticidad o en el de estabilización, puede conllevarse al desarrollo de la ambliopía.

6. Aspectos éticos y legales

Para efectos del presente estudio según la resolución 8430 de 1993 se considera una investigación sin riesgo ya que “Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”.(16) Así mismo se tuvo en cuenta la ley de propiedad intelectual, acogido por el artículo 61 de la Constitución Política, en concordancia con el artículo 2 numeral 8 del Convenio que establece la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual, en el que se denomina el derecho de autor, que, aunque comparten su naturaleza especial o sui generis, se ocupan de materias distintas. Mientras que la primera trata principalmente de la protección de las invenciones, las marcas, los dibujos o modelos industriales, y la represión de la competencia desleal, el derecho de autor recae sobre obras literarias, artísticas, musicales, emisiones de radiodifusión, programas de ordenador, etc. (23)

7. Aspectos metodológicos

7.1. Línea de investigación

Este estudio se realizará bajo la línea de investigación de entrenamiento y rehabilitación visual atribuida a la escuela de optometría de la universidad del Sinú Elias Bechara Zainum seccional Cartagena

7.2. Tipo de estudio

Será un estudio longitudinal retrospectivo.

7.3. Población

- Población menor de 14 años de la ciudad de Cartagena de Indias

7.4. Variables

- Recolección de la información se realizará por medio de una tabla en Excel donde se incluirán las variables sociodemográficas; edad, sexo, nivel educativo, etnia, residencia y origen de discapacidad en las que se clasifica en: mentales, cognitiva, voz y habla, y neuroesqueletica.

Tabla 1 Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIA DE LA VARIABLE	MEDICIÓN
SOCIODEMOGRAFICAS				
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos
Sexo	Condición orgánica masculina o femenina	Cualitativa	Nominal- Dicotómica	Femenino / Masculino
Residencia	Lugar donde se reside o vive	Cualitativa		Rural / Urbana /centro
Etnia	Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas y culturales.	Cualitativa	Nominal- Politomica	Indígena, negro mulato, palenquero de san Basilio , raizal del archipiélago,
Seguridad Social	Cobertura de las necesidades reconocidas socialmente	Cualitativa	Nominal - Politomica	Subsidiado/contributivo/especial
Discapacidad	Término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado)	Cualitativa	Nominal - Politomica	Cognitiva/ Sensorial (visual , auditiva, gusto, olfato, tacto) múltiple/ Voz y habla/ Física /psicosocial / piel, uñas y cabello

7.5. Plan de análisis

- Para el análisis de la información se realizará a través de estudio bivariado por razón y porcentajes, las variables cualitativas de la población con discapacidad relacionadas con el origen y el desarrollo de la misma.

8. Cronograma

Tabla 2 Cronograma

	Agosto 2018	Septiembre 2018	Octubre 2018	Noviembre 2018	Febrero 2019	Marzo 2019	Abril 2019	Mayo 2019
Revisión de literatura	X	X	X	X				
Realización de anteproyecto	X	X	X	X				
Presentación de anteproyecto al comité de investigación				X				
Desarrollo de resultado, discusión y conclusión				X	X	X	X	
Realización de artículo científico							X	X
Presentación de resultados, discusión y conclusiones								X
Sustentación final y correcciones								X

9. Presupuesto

Tabla 3 presupuesto

	Unisinu Cartagena		COFINANCIACIÓN				TOTAL
			Entidad 2		Entidad 3		
	Especie	Efectivo	Especie	Efectivo	Especie	Efectivo	
EQUIPOS	-	-	-	-	-	-	-
BIBLIOGRAFÍA	-	-	-	-	-	-	-
PERSONAL CIENTÍFICO	-	-	-	-	-	-	-
MATERIALES, INSUMOS Y REACT	-	-	-	-	-	-	-
SERVICIOS TÉCNICOS	-	-	-	-	-	-	-
SALIDAS DE CAMPO	-	-	-	-	-	-	-
COMPRA DE SOFTWARE	-	-	-	-	-	-	-
SUBTOTAL	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL		0.00		-		-	0.00

10. Resultado

Esta información fue tomada del cubo de registro de localización y caracterización de las personas con discapacidad a corte de 2018. La población total registrada fue de 2642 los cuales se reunieron por edades entre 0-14 años y estas se agruparon en los rango de edad de 0-04 años, 05-09 años y 10-14 años, en donde el 62,7% de la población es de sexo masculino, y esta se encuentra localizada en la zona urbana con un porcentaje del 87.5% con una vinculación al régimen de salud del 42.3% en subsidiado mientras que el 41.1% no se encuentran en ningún régimen, en donde la etnia más prevalente son las de negro (a) con un porcentaje del 48.4% y la discapacidad más prevalente fue la mental cognitiva con un porcentaje de 43.5%.

Tabla 4 Edad y sexo

Sexo	De 0 a 04 años	% De 0 a 04 años	De 05 a 09 años	% De 05 a 09 años	De 10 a 14 años	% De 10 a 14 años	Total general
HOMBRE	5	31%	952	62%	702	64%	1.659
MUJER	11	68%	580	38%	392	35%	983
Total general	16		1.532		1.094		2.642

En la tabla se encuentra la variable sexo y el rango de edad con un total de 2642 niños con discapacidad, en donde el sexo más prevalente fue el masculino con un total 952 correspondiente a la categoría de 5-9 años con un porcentaje de 62%.

Tabla 5 Ubicación y edad

Ubicación	De 0 a 04 años	% De 0 a 04 años	De 05 a 09 años	% De 05 a 09 años	De 10 a 14 años	% De 10 a 14 años	Total general
CENTRO POBLADO	21	11%	102	11%	201	13%	324
ZONA RURAL		0%	5	1%		0%	5
ZONA URBANA	167	89%	781	88%	1.365	87%	2.313
Total general	188		888		1.566		2.642

Del total de la población de 0-14 años con discapacidad ubicados en la tabla por variables de ubicación geográfica y edad se puede determinar que de un total de 2642 niños, en la zona

donde más se encuentra la población infantil con discapacidad es en la urbana en rango de 10-14 años con un total de 1365 equivalente al 87 %, seguida de centro poblado en la categoría de 10-14 años con un total de 210 niños con discapacidad que representa el 13%.

Tabla 6 Etnia y edad

Etnia	De 0 a 04 años	% De 0 a 04 años	De 05 a 09 años	% De 05 a 09 años	De 10 a 14 años	% De 10 a 14 años	Total general
INDIGENA	5	3%	16	2%	27	2%	48
NEGRO(A), MULATO(A), AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	94	50%	436	49%	751	48%	1.281
NINGUNO DE LOS ANTERIORES	71	38%	266	30%	364	23%	701
OTRA ETNIA	16	9%	164	18%	416	27%	596
PALENQUERO DE SAN BASILIO		0%	3	0%	4	0%	7
RAIZAL DEL ARCHIPIELAGO	2	1%	3	0%	4	0%	9
Total general	188		888		1.566		2.642

En la tabla se encuentra la variable tipo de etnia y rango de edad, con un total de 2642 niños con discapacidad, en donde la etnia más prevalente fue la negro (a) con un total de 751 correspondiente a la categoría de 10-14 años con un porcentaje del 48% seguida de otra etnia con un total de 416, perteneciente a la categoría de 10-14 años con un porcentaje del 27%.

Tabla 7 Discapacidad y edad

categoria discapacidad	rango de edad						Total general
	De 0 a 04 años	% De 0 a 04 años	De 05 a 09 años	% De 05 a 09 años	De 10 a 14 años	% De 10 a 14 años	
Enanismo	1	0,5%	2	0,2%	6	0,4%	9
Mental Cognitivo	66	35,1%	367	41,3%	717	45,8%	1.150
Mental Psicosocial	1	0,5%	19	2,1%	68	4,3%	88
Movilidad	38	20,2%	125	14,1%	241	15,4%	404
Múltiple	48	25,5%	175	19,7%	167	10,7%	390
No la sabe nombrar	10	5,3%	11	1,2%	14	0,9%	35
NO REPORTADO	4	2,1%	4	0,5%	11	0,7%	19
Piel, Uñas y Cabello		0,0%	2	0,2%	3	0,2%	5
Sensorial Auditiva	8	4,3%	55	6,2%	82	5,2%	145
Sensorial Gusto-Olfato-Tacto		0,0%	5	0,6%	2	0,1%	7
Sensorial Visual		0,0%	39	4,4%	49	3,1%	88
Sistematica	9	4,8%	46	5,2%	98	6,3%	153
Voz y Habla	3	1,6%	38	4,3%	108	6,9%	149
Total general	188		888		1.566		2.642

En la tabla se encuentra la categoría tipo de discapacidad y rango de edad con un total de 2642 niños con discapacidad, la discapacidad con mas alta prevalencia es en mental y cognitiva en

el rango de 10-14 años con un total de 717 niños equivalente al 45.8 % del total de la población, seguido de la discapacidad movilidad con un total de 241 niños con discapacidad pertenecientes a la categoría 10-14 años con un 15.4%.

Tabla 8 Régimen y edad

Rango de edad	CONTRIBUTIVO	%CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	%SUBSIDIADO	Ningun regimen	%Ningun remi	Total genera
De 0 a 04 años	47	11%	117	10%	350	32%	514
De 05 a 09 años	143	33%	349	31%	267	24%	759
De 10 a 14 años	245	56%	654	58%	470	43%	1.369
Total general	435		1.120		1.087		2.642

En la tabla se encuentra la variable régimen y rango de edad con un total de 2642 niños con discapacidad en donde el régimen más prevalente fue el subsidiado con un total de 654 correspondiente a la categoría de 10-14 años con un porcentaje del 58% seguido de ningún otro régimen perteneciente a la categoría de 10-14 años con un total de 470 niños equivalentes al 43%

11. Discusión

Según el ministerio de salud en el informe Sala situacional de las personas con discapacidad, septiembre 2018 se dan cifras del reporte entregado por el Dane en el censo realizado en 2005 donde se evidenciaban un total de 2.624.898 personas con discapacidad, mientras que en el Registro de localización y caracterización de las personas con discapacidad RLCPD a corte de septiembre 2018 se tenía un total de 1.418.065 personas con discapacidad dejando claro que en la actualidad no se cuenta con una cifra específica del total de dicha población, debido a la falta de registro de muchas personas, puesto que 58% de las personas registradas son mayores a 50 años y solo el 12 % son menores de edad, también se dice que de 100 adultos solo 33 son registradas lo que permite visualizar que existe un sub registro entre las dos bases de datos, cabe resaltar que el RLCPD es la única base de datos confiable como referencia de estudios. (25)

En el Reportes del Registro de Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad del Distrito de Cartagena. Corte 31 de diciembre de 2015. Se obtuvo una totalidad de 2.035 niños de 0-14 años (8) con discapacidad estableciendo así que la población al año 2018 aumento con un total de 607 personas más, al igual que en los datos actuales el sexo con mayor población es masculino, esto comprendido desde los 0-40 años, (4) a partir de aquí empieza a ser más predominante en mujeres por diversos factores como el envejecimiento por características morfo fisiológicas que conlleva a generar discapacidades atribuidas a enfermedades crónicas no transmisibles (26), (27) además se puede reconocer los diferentes condiciones de vulnerabilidad que pueden afectar a una mujer empezando desde la discriminación, la violencia intrafamiliar, conflicto armado entre otros.

A nivel Colombia se tiene según el Boletín n 14 del observatorio asuntos géneros, para el año 2012 que el 73.6 % de la población con discapacidad se encontraba ubicada en la zona urbana,

zona rural 17,7 % y en el centro poblado un 8,6 % respectivamente. Mientras que en Cartagena para 2015 en el Reporte de Registro de personas con discapacidad se tiene una alta tasa de personas en el centro poblado aun por encima de la zona rural. Aunque en esta información no hay un dato específico de la localización infantil, se establece la concordancia en el presente estudio puesto que predomina zona urbana con 87.5% luego centro poblado con 12.2% y por último zona rural 0,1%. Esto está ligado al aumento de personas de la zona rural que se ha visto obligado a desplazarse del campo para las ciudades por causa del conflicto armado, a esto no solo se le atribuye el aumento de la población con discapacidad en la zona urbana también el incremento de morbilidad de los mismos, debido a la situación precaria en la que viven con múltiples deficiencias como de atención en salud, alimentación, educación, discriminación e incluso falta de vivienda digna, todos estos factores juegan un papel importante para el desarrollo multifuncional y óptimo de las personas en condición de discapacidad a su vez se ha comprobado que la falta de educación sexual reproductiva y una mala nutrición conlleva a ser un factor determinante para el aumento de patologías intrauterinas. (8) (26) (27) (28)

Según el reporte del Registro de Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad para 2018 obtuvo que la discapacidad más prevalente fue movilidad con un 34.2% en donde esta prevalencia también coincidió con el Boletín n 14 del observatorio asuntos géneros, para el año 2012 en el cual la discapacidad más prevalente fue la movilidad con un 16,4% Aunque en esta información no hay un dato específico de la discapacidad infantil, el adulto mayor por alcanzar su edad es doblemente vulnerable; en primer lugar, el envejecimiento fisiológico y la mala alimentación conduce a deterioro de las funciones del cuerpo y en segundo lugar por las condiciones socioeconómicas y el entorno donde este se encuentre. Dicho lo anterior, estas prevalencias no coinciden con nuestro estudio puesto que la discapacidad más prevalente fue la mental cognitiva con un 43,5% y esto se da por embarazo adolescente ligada a la frecuencia del parto prematuro y el estado de pre-eclampsia influyen en

la aparición de enfermedades cognitivas las cuales conlleva a que se produzca una discapacidad dado el caso que esta no sea tratada a tiempo, (25) (27) (28)

A partir de los datos obtenidos se pudo determinar que el mayor número de la población infantil con discapacidad se encuentra en el régimen subsidiado con un 42,3% coincidiendo con el Boletín n 14 del observatorio asuntos género, para el año 2012 puesto que la población con discapacidad también se encuentra dentro del régimen subsidiado con un 55,3% aunque en esta información no hay datos específicos del régimen infantil (27), esta población con discapacidad es más vulnerable socioeconómicamente y por lo cual deben tener acceso a la salud a través del subsidio que ofrece el estado

El ministerio de salud reporta en el documento de sala situacional de las personas con discapacidad del año 2018 evidencia que del 100% de las personas con discapacidad solo el 11% reporta identificarse en alguna etnia y de ese 11% el 71% equivalen a afrocolombianos en donde la mayor cantidad se encuentra ubicada en el valle del cauca así mismo se puede denotar que en nuestro estudio en Cartagena la mayor población de niños con discapacidad son afrocolombianos con un total del 48.4 % aun por encima de las personas que no se identifican con rasgos étnicos, esto se debe a que la mayoría de las personas que viven en estas poblaciones son de rasgos afrocolombianos y o palanqueros y que una gran cantidad de estos se encuentran en situación de pobreza.(25)

12. Conclusión

Mediante los datos e información recolectada en este actual estudio se puede concluir que a nivel nacional existe un déficit de información con respecto a entes gubernamentales que dejan un sesgo de la totalidad de personas con discapacidad no obstante la nueva implementación del cubo de registro de localización y caracterización de personas con discapacidad da una perspectiva alentadora ya que la cantidad de personas que en este se encuentran son personas reales que si tienen alguna limitación en la interacción y participación en la comunidad, al ser auto diligenciado solo a expensas de que esta población utilicen las herramientas para ser incluidos dentro de ella, por ende la utilización de estos datos son confiables aunque no abarque la totalidad de la población, datos que permiten hacer énfasis en las necesidades primordiales de las personas con discapacidad y en dicho caso en niños, con alto grado de vulnerabilidad en plena etapa de desarrollo psicológico, morfológico, social y en estado de habilitación y rehabilitación de patologías y así poder tener el desarrollo óptimo de sus habilidades

Cabe resaltar que el déficit económico, la falta de educación en general, la falta de oportunidades laborales, la violencia en general, el desconocimiento de las herramientas actuales, la falta de investigación con respecto a esta población, la falta de políticas públicas y la limitación de acceso a la participación en la sociedad tanto en tema de movilidad como en tema de interacción conllevan a el aumento no solo de discapacidad si no vulnerabilidad en estas personas que bien pueden explotar sus habilidades en su desarrollo personal y comunitario. Por ende acciones de las diferentes entidades que generan empleo, interacción mediante al deporte y la comunicación son vistas como un gran paso para el avance social y la igualdad

La discapacidad en Colombia debe ser más atendida mediante al crecimiento de planes tanto de entidades públicas y privadas que pueden disponer de múltiples herramientas que permitan una solución a la falta de desarrollo de esta población en todos los ámbitos generales.

Los planes tomados por las diferentes universidades desde las áreas de promoción social, llevan a cabo servicios de atención en comunidades altamente vulnerables por medio de brigadas e intervención social, que generan un impacto positivo con respecto a la promoción y prevención en salud, puesto que al atacar los diferentes determinantes en salud, se impacta directamente al problema del aumento de discapacidad; no obstante cabe resaltar que al ser importante y al generar un gran impacto, así mismo debe ser en mayor medida y con mayor frecuencia, no solo desde áreas específicas sino desde la interdisciplinariedad, para así generar una intervención completa y seguir fomentando el desarrollo social

13. Recomendaciones

- Se recomienda hacer un estudio más detallado tomando el total de la población con discapacidad en Bolívar y Cartagena.
- Se recomienda hacer proyectos de desarrollo que permitan impactar de manera positiva a la población con discapacidad, donde se tengan en cuenta los aspectos de interacción y de movilidad.
- Se recomienda actualizar de manera periódica con documentos de información la cantidad y las necesidades de las personas con discapacidad.
- Se recomienda realizar intervenciones sociales con más frecuencia, como charlas educativas y brigadas interdisciplinarias, donde participen las diferentes escuelas del área de la salud de la Universidad del Sinú: Medicina, Nutrición, Odontología, Enfermería y Optometría, pues un abordaje integral de cada individuo permitirá una mejor promoción de la salud y prevención de enfermedades que puedan desencadenar una discapacidad.
- Realizar conversatorios en las diferentes escuelas de las universidades públicas y privadas con el fin de generar una mayor sensibilidad y de instruir a los estudiantes sobre las diferentes plataformas de intervención y registro de las personas con discapacidad, y con ello lograr una mayor cobertura poblacional y disminuir barreras sociales.

Bibliografía

- 1) Organización Mundial de la Salud, nota descriptiva n.º352, diciembre 2014 [consultado 28 Dic 2014] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
- 2) Organización mundial de la salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. (CIF-OMS, 2001)
- 3) Dane. Trabajo orientado a implementar en todo el país el Registro continuo para la localización y caracterización de las personas con discapacidad. 2010
- 4) Ministerio de Salud y Protección Social Oficina de Promoción Social Grupo de Gestión en Discapacidad. Política pública nacional de discapacidad e inclusión social 2013-2022. Diciembre de 2014
- 5) SNOEZELLEN®. Sensory World Visit the fascinating, captivating, intriguing, and absolutely sense-sational SNOEZELLEN Sensory World. Consultado 10 de enero de 2008 en: www.flaghouse.com/SnoezelenAL.asp
- 6) Ministerio de salud y proteccion social. Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad – RLCPD. 2013
- 7) Ayres J. La integración sensorial y el niño. Eduforma, 2006. Capítulos 1,2.
- 8) Dadis. Reportes del Registro de Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad del Distrito de Cartagena. - Corte 31 de Diciembre de 2015
- 9) Departamento administrativo nacional de estadística. (DANE).censo general. 2005
- 10) Sistema Integral de Información de la Protección Social. Ministerio de salud. 2013
- 11) Disability prevention and rehabilitation: report of the WHO expert committee on disability prevention and rehabilitation. Geneva, World Health Organization, 1981 (Technical Report Series 668)
- 12) Organización mundial de la salud. Informe mundial la discapacidad. 2011
- 13) Naciones unidas. informe regional sobre la medición de la discapacidad una mirada a los procedimientos de medición de la discapacidad en américa latina y el caribe. Santiago, 14 agosto de 2014.
- 14) DANE Pobreza Monetaria y Multidimensional en Colombia Año. 2017
https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/bol_pobreza_17.pdf

- 15) Registro para la localización y caracterización de discapacidad. Marzo 2017
- 16) Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad
- 17) Discapacidad en la primera infancia: una realidad incierta en Colombia .marzo 2013
- 18) Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico. VALENTINA VELARDE LIZAMA. Enero 2012
- 19) Ceguera y discapacidad visual. OMS. 2017
- 20) La sordera y los defectos de audición. OMS
- 21) Discapacidad cognitiva. instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)
- 22) El sistema visual en lactantes y niños. (Eloisa & benazzi,2005
- 23) Ministerio de salud. Resolución número 8430. 1993
- 24) Ministerio de Salud y Protección Social. Política de atención integral en salud. Bogotá D.C., Enero de 2016
- 25) Ministerio de Salud y Protección Social Oficina de Promoción Social. Sala situacional de las Personas con Discapacidad, septiembre 2018
- 26) Gallardo,L. Cordoba,I. Piña,M. Urrutia, B. Diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores del norte de Chile. Revista Latinoamericana, N° 49, 2018, p. 153-175
- 27) Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujeres y discapacidad en Colombia,Junio de 2012
- 28) Brenda M.Y. Leung,Gerald F. Giesbrecht,Nicole Letourneau, Perinatal nutrition in maternal mental health and child development: Birth of a pregnancy cohort. Early Human Development. February 2016
- 29) Deterioro cognitivo en niños y adolescentes. Lina María Hurtado, universidad cooperativa de Colombia. Santa Marta. 2018