

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CIEGO DE AVILA  
POLICLINICO UNIVERSITARIO DOCENTE SUR  
MORON



CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLOGICA DE LAS PERSONAS CON  
DISCAPACIDAD DE LA COMUNIDAD CARLOS LEM

AUTORA. DRA. DAILEN PÉREZ GUTIÉRREZ

AÑO 2018

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CIEGO DE AVILA

Policlínico Universitario Docente Sur

Morón

Caracterización clínico epidemiológica de las personas con discapacidad de la  
comunidad de Carlos Lem

“ Tesis para optar por especialista de primer grado en Medicina General Integral ”

Autora. Dra. Dailen Pérez Gutiérrez

Aspirante a especialista en Medicina General Integral

Tutora. Dra. Lourdes del Carmen Gutiérrez Franco.

Especialista en Medicina General Integral

Master en Atención Integral al Niño

Profesora Asistente

Asesora. Dra. Marlen Alvarez Delgado

Especialista en Medicina General Integral

Master en Longevidad Satisfactoria

Profesora Asistente

Año: 2018

## RESUMEN

La discapacidad ha pasado a ser uno de los componentes más inquietantes del estado de salud de la población del planeta, por lo que realizamos una investigación epidemiológica observacional descriptiva con el objetivo de caracterizar clínicamente a las personas con discapacidad de la Comunidad Carlos Lem, pertenecientes al consultorio 23 del Área Sur Morón, en la misma el universo estuvo constituido por 53 personas con discapacidad, utilizando variables demográficas como grupos de edad, sexo, color de la piel, Ocupación, amparo filial, estado nutricional, los tipos de discapacidad, las causas que la originaron, vínculos con los servicios de salud, y las necesidades de ayuda técnica, dentro de los principales resultados, tenemos que el grupo de 60 años y más fue el más afectado, con predominio del sexo masculino, siendo el color de piel blanco el que más predominó, con normal estado nutricional de las personas, los accidentes y las enfermedades fueron las principales causas que originaron las discapacidades, el tipo de discapacidad físico motor mayor fue de mayor incidencia, las personas de forma general necesitan lentes correctivos, bastones y silla de ruedas.

Palabras clave. Discapacidad.

## **INTRODUCCIÓN**

La discapacidad ha pasado a ser uno de los componentes más inquietantes del estado de salud de la población del planeta. Se integra a la llamada carga de enfermedad de una sociedad o forma parte de los aspectos que se consideran dentro de las enfermedades catastróficas, por su elevada presencia y costos económico, social, familiar e individual.

En nuestros tiempos, si bien el discurso desarrollado por organismos globales, organizaciones sociales o especializadas en salud abogan por los derechos humanos sobre esta adversa condición humana,<sup>(1)</sup> no existe correspondencia con el compromiso, la acción y las políticas que reduzcan la discriminación de estas personas o la exclusión que las afecta; que alivien sus penas, eleven sus condiciones de vida o apoyen sus esfuerzos, el de sus familias o de la sociedad donde intentan vivir una vida digna. Contradictoriamente, todo ello sucede en medio de un vertiginoso desarrollo de la tecnología y el conocimiento científico, que demora aún demasiado tiempo en llegar para evitar, curar o rehabilitar a las personas con discapacidad en la mayoría de los países.

La discapacidad, en términos socioeconómicos, contribuye a incrementar la pobreza, distingue brechas entre regiones, países y estratos sociales. Se inserta en un círculo vicioso desventajoso para el desarrollo humano y mucho menos sostenible. A mayor discapacidad, más pobreza, menos oportunidades, menos empleo real, menor desarrollo de los componentes sociales y económicos, menor productividad, más daños al estado de salud de la población que pasa en la mayoría de los casos de generación a generación y tras todo ello, definitivamente más discapacidad <sup>(2)</sup>

El aumento de la esperanza de vida, el incremento de las enfermedades no transmisibles, las enfermedades emergentes y reemergentes, la creciente violencia, los conflictos armados, el uso y abuso del alcohol, el tabaco y las sustancias prohibidas, los accidentes de todo tipo, los desastres naturales asociados a los cambios climáticos cada día más frecuentes, dan fuerza a la convicción de la envergadura de la masa poblacional creciente de personas con discapacidad, <sup>(3,4)</sup>

Elo explica la importancia que se le ha atribuido al tema en los diferentes ámbitos de atención. La discapacidad es un tema complejo del que se disponen tímidos e inseguros estimados, mayoritariamente indicadores compuestos y desagregados. Se carece de datos fidedignos y mucho menos particularizados; los estudios poblacionales son escasos, insuficientemente actualizados y limitados. <sup>(5,6)</sup>

La OMS cifro entre el 8 y 10% la proporción de personas con discapacidad por razones médicas. Estos cálculos son conservadores, si se considera la influencia indudable de factores socioeconómicos.

A mediados de la década de los 90 se estimó que la población con discapacidad a escala mundial tenía una cifra de 100 000 000 en los países industrializados y 200 000 000 en los países en vías de desarrollo.

Cada año se agregan a esta cifra 10 000 000 de personas con discapacidad moderada o severa, o sea 20 000 por día. Se estima que en el año 2025 habrá en el mundo 600 000 000 personas con discapacidad.

En Cuba, durante la etapa prerrevolucionaria, la atención a niños con discapacidad intelectual era muy limitada, pues sólo se contaba con escasos centros de carácter privado a los que no accedía la mayoría, por sus elevados costos.

En 1962, como prioridad del gobierno revolucionario, el Ministerio de Educación desarrolló la atención a niños con limitaciones intelectuales, sensoriales y motrices. Se crearon las escuelas especiales y se organizaron los Centros de Diagnóstico y Orientación (CDO),<sup>(7)</sup>

En 1963, el Ministerio de Salud Pública asumió la atención de las personas que padecían limitaciones intelectuales severas. Con este propósito se crearon centros a lo largo de todo el país, pero la institucionalización de estas personas era sólo parte del problema. Transcurrieron casi tres décadas con el mismo modelo de atención, hasta que en la década del 90 se implementó el programa comunitario y se logró una mayor cobertura en la atención de las personas con discapacidad, pero, ¿se había logrado la solución del problema?<sup>(7)</sup>

Aunque el acceso universal y gratuito a los servicios de salud y educación en Cuba, ha permitido alcanzar un elevado nivel de cobertura en los servicios y progresos en los indicadores sociodemográficos, todavía se trabaja para lograr un mayor nivel de excelencia en los servicios que se brindan. Por ello, la necesidad de estudiar en profundidad el universo de esas personas, era indispensable, si se considera tanto la magnitud del problema, como la situación de cada persona en particular, sus condiciones de vida, el entorno en que se desarrollan, así como las posibles causas que originaron la discapacidad.

La discapacidad es un fenómeno de incidencia cada vez mayor y aún sin resolver, de gran trascendencia social y económica que requiere atención a fondo para lograr su disminución. La discapacidad se puede considerar como un fenómeno universal, que se manifiesta en las personas en algún momento de su vida, sobre todo en la ancianidad,<sup>(7)</sup> se considera el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona, sus factores personales y los factores externos, significa

capacidades diferentes, implica necesidades especiales. La discapacidad es uno de los problemas emergentes que debe enfrentar la sociedad.

En Cuba en 1995, se concluyó el estudio nacional de deficiencia, discapacidad y minusvalía el que determinó que el 7 % de la población tiene algún tipo de discapacidad; corresponde el 6.41 % al sexo masculino, y el 7.14 % al sexo femenino. Por grupos de edad es el de 60 años y más alcanza la mayor tasa con 18.2%. Las discapacidades con mayor prevalencia fueron las de deambulación, las de realizar actividades de la vida cotidiana y las de visión.<sup>(7)</sup>

En Cuba, cada año los estudiantes de Medicina realizan trabajos en la comunidad durante una parte de sus vacaciones. En julio de 2001 ellos recibieron la misión de visitar a todos los núcleos familiares de la capital del país, con el propósito de identificar preocupaciones individuales y familiares derivadas de la situación social y económica de las personas con discapacidad y de los adultos mayores.

En nuestro municipio, área de salud y consultorio médico de la familia, aun no se ha logrado realizar una adecuada caracterización clínico epidemiológica de las personas con discapacidad existiendo un subregistro de las mismas en la comunidad Carlos Lem, área sur, Morón, por ser una comunidad que presenta muchos factores de riesgos y malas condiciones de vida, lo que nos motivó a realizar esta investigación

**Problema Científico:** ¿Que caracteriza a las personas con discapacidad pertenecientes a la comunidad de Carlos Lem, del consultorio 23, área sur Morón?

**Hipótesis.** Si se caracteriza a las personas con discapacidades, teniendo en cuenta factores personales, ambientales y vinculación con los servicios de salud, lograremos mejor atención y calidad de vida de las mismas.

**Objetivo General.** Caracterizar clínico epidemiológicamente a las personas con discapacidades pertenecientes al CMF 23, área sur Morón

**Objetivos específicos.**

1-Distribuir las personas con discapacidades según:

- a) grupos de edad
- b) sexo
- c) raza
- d) amparo filial
- e) estado nutricional
- g) hábitos tóxicos
- h) ocupación

2- Clasificar las personas según diferentes tipos de discapacidades

3- Determinar las causas de las discapacidades.

4- Vinculación de las personas con discapacidades a los servicios de salud.

5- Determinar necesidades de implementos y ayudas técnicas en las personas con discapacidad.

## MARCO TEORICO

Se entiende por discapacidad "la condición compleja del ser humano, constituida por factores biopsicosociales, que evidencia una disminución o supresión temporal o permanente, de alguna de sus capacidades sensoriales, motrices o intelectuales, que puede manifestarse en ausencias, anomalías, defectos, pérdidas o dificultades para percibir, desplazarse sin apoyo, ver u oír, comunicarse con otros, o integrarse a las actividades de educación o trabajo, en la familia con la comunidad, que limitan el ejercicio de derechos, la participación social y el disfrute de una buena calidad de vida, o impiden la participación activa de las personas en las actividades de la vida familiar y social, sin que ello implique necesariamente incapacidad o inhabilidad para insertarse socialmente. , <sup>(8,12)</sup>

Diversos autores han identificado y descrito modelos en la evolución de las mentalidades sociales con respecto a su visión de la discapacidad.

Puig de la Bellacasa, <sup>(8)</sup> por ejemplo, concibió tres modelos:

1. Tradicional, asociado a una visión animista clásica.
2. Paradigma de la rehabilitación, en el cual prevalece la intervención médico-profesional sobre la demanda del sujeto.
3. Paradigma de la autonomía personal: con el logro de una vida independiente como objetivo básico.

Otro autor, Casado Pérez, <sup>(9)</sup> en su *Panorámica de la discapacidad* estableció cuatro modelos:

1. Integración utilitaria: se acepta a los sujetos "con resignación providencialista o fatalista".

2. Exclusión aniquiladora: al sujeto se le encierra y oculta en el hogar.

3. Atención especializada y tecnificada: dominan los servicios y los agentes especializados sobre los usuarios.

4. Accesibilidad: basado en el principio de "normalización": Las personas con discapacidad tienen derecho a una vida tan normal como la de los demás.

Los dos primeros modelos, reconocidos por ambos autores, se corresponden con las etapas de la prehistoria y la antigüedad, en las cuales, según Aguado en *Historia de las deficiencias*,<sup>(10.11.13)</sup> puede reconocerse un doble punto de vista ambivalente de "expresión del mal/manifestación de lo sagrado y rechazo/amor", que constituyeron lo que este autor denominó enfoque o actitud pasiva ante las "deficiencias", con acentuación del primero de los polos, o sea, la consideración de la deficiencia como fruto de causas ajenas al hombre ante las que no cabe ningún otro tipo de actuación distinto de la aceptación resignada, la súplica a los dioses y/o la eliminación del deficiente.

Durante la prehistoria, cuando las tribus y agrupaciones humanas se movilizaban para cazar o buscar tierras para cultivar, dejaban atrás a las personas con discapacidad para no entorpecer su desplazamiento. Por otra parte, los espartanos de la antigua Grecia arrojaban desde el Monte Taigeto a las personas con discapacidad, pues no querían que "en su bella y floreciente civilización" existieran personas diferentes. Los antiguos hebreos creían que los defectos físicos eran una marca del pecado.<sup>(13)</sup>

Fue en el siglo xx cuando los sujetos con discapacidad dieron origen a una industria floreciente en los países ricos, con la construcción de enormes edificios, llenos de pseudoespecialistas, donde se recluía a personas con discapacidad mental de por vida, olvidados de sus familias y de la sociedad,<sup>(14)</sup>

Puig de la Bellacasa y Casado,<sup>(8,9)</sup> han reconocido que estas formas sociales de enfocar la discapacidad coexisten con frecuencia en nuestros días, aunque afortunadamente se van imponiendo los enfoques más progresistas. La inserción de propuestas dirigidas a personas con discapacidad fue orientada inicialmente hacia sordomudos y ciegos. En

1841 Guggenbühl inició la educación de los que eran denominados cretinos, idiotas y atrasados mentales. <sup>(15,16)</sup>

Desde los países escandinavos, en las décadas de los años 50 y 60, Bank-Mikkelsen, <sup>(17)</sup> y Nirje, <sup>(18)</sup>, propusieron y aplicaron el principio de "normalización", enunciado como "*La posibilidad de que los deficientes mentales lleven una existencia tan próxima a lo normal como sea posible*", en virtud del cual todo el mundo tenía derecho a utilizar los servicios normales de la comunidad y a llevar una vida lo más normalizada posible, <sup>(15)</sup> es decir, "hacer accesibles a los deficientes mentales las pautas y condiciones de la vida cotidiana que sean tan próximas como sea posible a las normas y pautas del cuerpo principal de la sociedad", <sup>(16)</sup>

.Este movimiento se extendió por Europa y llegó hasta Estados Unidos y Canadá, donde Wolfensberger hizo un aporte didáctico a la definición y expresó que: "Normalización es la utilización de medios culturalmente normativos (familiares, técnicas valoradas, instrumentos, métodos, etc), para permitir que las condiciones de vida de una persona con discapacidad (ingresos, viviendas, servicios de salud, etc,) sean al menos tan buenas como las de un ciudadano medio y mejorar o apoyar en la mayor medida posible su conducta (habilidades, competencias, etc.), apariencia (vestido, aseo, etc), experiencias (adaptación, sentimientos), estatus y reputación (etiquetas, actitudes), <sup>(19)</sup>

.Al mismo tiempo que en España se introducía el principio de normalización, en el Reino Unido se publicaba el informe emitido por el comité presidido por Mary Warnock en 1978, que enunciaba el principio de la *integración* en el ámbito escolar y aportaba una nueva dimensión con la introducción de la terminología "necesidades educativas especiales", <sup>(20)</sup>

En la década de los 70 se encontró una solución al problema anterior que fue la "integración escolar". La responsabilidad pasó a la escuela, que debía ser tan flexible, tan enriquecida en medios personales y materiales, que pudiera acoger al mayor número de niños, permaneciendo en los centros especiales un pequeño número. <sup>(21)</sup>

En la década de los 90 se adoptó la filosofía integradora, el reto de una escuela para todos, la lucha por una educación inclusiva. Desde la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos, celebrada en Tailandia en 1990, a las Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, en 1993, han sido fuertes las demandas internacionales para el cambio, como la incluida en la Declaración de Salamanca en 1994, <sup>(23)</sup>

Se podía hablar ya de una escuela abierta a la diversidad, una escuela comprensiva, una escuela para todos y, como en los pasos previos, se produjo una generalización del principio de "inclusión" y se le llevó a todos los planos sociales. <sup>(24)</sup>

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) recoge, en forma cronológica, su relación histórica con las personas con discapacidad. Su compromiso empezó con la asistencia a los heridos de la Segunda Guerra Mundial y su primera década de existencia estuvo centrada en la promoción de los derechos de las personas con discapacidades físicas, como ceguera o sordera, mediante proyectos dirigidos a la prevención de discapacidades y rehabilitación. <sup>(25)</sup>

También proclamó a 1981 como Año Internacional de los Impedidos, subrayando que ese año se dedicaría a la plena integración de las personas con discapacidad en la sociedad y a alentar los estudios y los proyectos de investigación pertinentes, destinados a educar a la opinión pública acerca de los derechos de las personas con discapacidad. <sup>(26)</sup>

Por otra parte, la XXIX Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 1976, adoptó la Resolución 29.35, mediante la cual se acordó la publicación, con propósito experimental, de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) o ICIDH, siglas del inglés. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps, la cual fue finalmente publicada por la OMS, en idioma inglés, en 1980. <sup>(27)</sup>

En las Naciones Unidas, la década de los años 80 se caracterizó por esfuerzos destinados a mejorar la situación de las personas con discapacidad mediante su

integración en la sociedad y su adaptación física y psicológica a sus comunidades. Se destacaron los años 1981 por la celebración de simposios y conferencias sobre el tema, con participación de expertos y organizaciones no gubernamentales, y 1982, cuando la Asamblea General aprobó el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, que planteaba la política de prevención, rehabilitación e igualdad de oportunidades. En ese año también se proclamó al periodo 1983-1992 como Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos. <sup>(28)</sup>

En 2006, las Naciones Unidas acordaron formalmente la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el primer tratado del sistema de derechos humanos del siglo XXI, para proteger y reforzar los derechos y la igualdad de oportunidades, marcando un "cambio paradigmático" de las actitudes y los enfoques respecto a las personas con discapacidad. <sup>(1)</sup>

En la quincuagésima cuarta Asamblea Mundial de la Salud se aprobó la nueva clasificación, con el título *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*, en su Resolución W HA 54.21 del 22 de mayo de 2001, con un nuevo acrónimo CIF, <sup>(28,29)</sup> distanciándose de la anterior clasificación (CIDDM) y aproximándose al otro componente de la "familia" de clasificaciones internacionales, la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE), <sup>(29)</sup>

En la literatura se encuentran advertencias sobre la necesidad innegable de las clasificaciones, que aumenta en relación directa con el conocimiento, pero tiene también peligros derivados del empleo de sistemas de clasificación y diagnóstico, que son muy resistentes al cambio. Lo que comienza por ser un modo de organizar la información, acaba convirtiéndose, en ocasiones, en un modo de comprender y reaccionar ante el fenómeno, así como en inercias en el trabajo dentro de las organizaciones e instituciones, asumiendo que la inclusión de la persona en una categoría diagnóstica constituye el fin del proceso de clasificación, sin llevar a cabo ningún tipo de cambio, ya sea organizacional o de cara a la intervención <sup>(40)</sup>

En la literatura se encuentran advertencias sobre la necesidad innegable de las clasificaciones, que aumenta en relación directa con el conocimiento, pero tiene también peligros derivados del empleo de sistemas de clasificación y diagnóstico, que son muy resistentes al cambio. Lo que comienza por ser un modo de organizar la información, acaba convirtiéndose, en ocasiones, en un modo de comprender y reaccionar ante el fenómeno, así como en inercias en el trabajo dentro de las organizaciones e instituciones, asumiendo que la inclusión de la persona en una categoría diagnóstica constituye el fin del proceso de clasificación, sin llevar a cabo ningún tipo de cambio, ya sea organizacional o de cara a la intervención<sup>(41,44)</sup>

“La discapacidad es el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona, sus factores personales y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona. A causa de esta relación, los distintos ambientes pueden tener efectos distintos en un individuo con una condición de salud. Un entorno con barreras, o sin facilitadores, restringirá el desempeño/realización del individuo; mientras que otros entornos que sean más facilitadores pueden incrementarlo. La sociedad puede dificultar el desempeño/realización de un individuo tanto porque cree barreras o porque no proporcione elementos facilitadores<sup>(41)</sup>

Un concepto interesante expresa que “la discapacidad puede considerarse como el reverso o uno de los aspectos de la salud, tomado en el sentido más amplio. Es en este sentido que la discapacidad incumbe a todos los seres humanos, en la misma medida que a todos nos incumbe la salud. Si la salud es la condición básica para poder disfrutar de la vida, la discapacidad resulta ser la presencia de obstáculos no esenciales que dificultan o impiden este disfrute”<sup>(42,46)</sup>

Se entienden por determinantes sociales de la salud, las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades <sup>(47)</sup>

La comisión de la O M S para los determinantes sociales de la salud, en su informe final afirma que la mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre estos, están provocados por una distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, a niveles mundial y nacional, y por las consiguientes injusticias que afectan las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible, así como a la posibilidad de tener una vida próspera. <sup>(2,48)</sup>

.Con anterioridad, ya la O M S aseveraba que “el 50% de las discapacidades se puede prevenir y está directamente em relación con la pobreza”. <sup>(48)</sup>

Entre las causas de la discapacidad relacionadas con factores sociales y ambientales pueden citarse: el envejecimiento de la población, las causas externas (accidentes de todo tipo, conflictos armados, inhalación y mala utilización de plaguicidas, uso y abuso de alcohol y drogas y la violencia social), además, la desnutrición, el abandono infantil y la marginación de grupos sociales como los pueblos indígenas, la pobreza extrema, el desplazamiento poblacional y los desastres causados por fenómenos naturales, todos los cuales, de una u otra manera, forman parte o están relacionados con los determinantes sociales de la salud <sup>(3,49)</sup>

La discapacidad intelectual, aislada o asociada a malformaciones adicionales, afecta entre el 2 y 3% de la población general. A pesar del gran número de estudios que existen, muchas de las causas que originan la discapacidad intelectual aún se desconocen, y tan sólo se identifica el diagnóstico de las causas en un 50% de los pacientes afectados. En la discapacidad intelectual grave se alcanza un diagnóstico causal del 64%. En la discapacidad intelectual leve, la proporción es

inferior. Las causas genéticas y exógenas de la discapacidad intelectual se presentan con una frecuencia muy similar y con un rango muy variable, desde el 17,4 hasta el 47,1% <sup>(49)</sup>

Aunque la etiología de la discapacidad intelectual responde a factores genéticos o ambientales, definir cada uno de ellos es a veces muy difícil, ya que si bien los primeros son siempre de origen prenatal, los segundos pueden estar presentes en las etapas prenatal, perinatal y postnatal <sup>(50)</sup>

La prevención, el diagnóstico y la rehabilitación no tienen una distribución uniforme a nivel mundial. El primer paso para brindar atención es la identificación de las personas que la requieren.

Muy frecuentemente la discapacidad está oculta tras la pobreza, por lo que es necesario promover acciones que permitan hacerla visible para concretar de qué forma podemos realizar una cooperación eficaz, cómo llegar a las personas que más necesitan de apoyo para subsistir, para disfrutar de los derechos humanos fundamentales. <sup>(51)</sup>

En América Latina y el Caribe, la mayor parte de las personas con discapacidad no tiene acceso a los servicios de salud y de rehabilitación. Las tasas elevadas de desempleo en la mayoría de esos países las privan de cobertura, pues el acceso al seguro médico y a la seguridad social está condicionado por el estado ocupacional <sup>(52,55,56)</sup>

En Cuba, el empleo asegurado, la legislación laboral que brinda protección, prevención, asistencia médica y rehabilitación a los trabajadores, así como la fortaleza del Sistema Nacional de Salud, con programas dirigidos a la población en general <sup>(57,58)</sup> y a grupos vulnerables en particular, <sup>(59,60)</sup> ofrece un panorama diferente al de muchos países de la región y del mundo.

La Constitución de la República de Cuba<sup>(61)</sup> en su Capítulo VII, artículo 48, estableció que el Estado garantiza el derecho a la protección, seguridad e higiene del trabajo, lo cual quedó explícito en la Ley No. 13 para la Protección e Higiene del Trabajo, promulgada en 1977 y el Decreto Ley 101 de 1982 que la complementa.<sup>(62,63)</sup>

Otra muestra de la atención y el apoyo que brinda la sociedad cubana a las personas que puedan presentar alguna discapacidad, independientemente de su causa, es la Ley No. 24 de Seguridad Social,<sup>(64)</sup> en cuyo artículo 3 sobre minusvalía se plantea que: "el régimen de asistencia social protege especialmente a los ancianos; a las personas no aptas para trabajar y, en general, a todas aquellas personas cuyas necesidades esenciales no estén aseguradas o que, por sus condiciones de vida o de salud, requieran protección y no puedan solucionar sus dificultades sin ayuda de la sociedad". Mediante el Decreto Ley No. 59,<sup>(65)</sup> aprobado también en 1979, se establecieron las regulaciones que permitieron su aplicación armoniosa.

La educación de las personas con discapacidad también ha sido objeto de atención en la legislación, lo cual se reflejó en el Código de la Niñez y la Juventud<sup>(66)</sup> en su artículo No. 29. Para el cumplimiento de lo dispuesto se han desarrollado las escuelas especializadas para niños con limitaciones físicas, mentales o con problemas de conducta, con la finalidad de facilitarles, según sus aptitudes individuales, que puedan valerse por sí mismos y se incorporen a la vida en sociedad.<sup>(66)</sup>

## M É T O D O

**Tipo de investigación:** Se realizó una investigación epidemiológica observacional descriptiva retrospectiva, con el objetivo de caracterizar clínico epidemiológicamente a las personas con discapacidades pertenecientes a la comunidad Carlos Lem del consultorio 23 del área sur de Moron, durante el período de septiembre 2017 a septiembre 2018.

**El universo de estudio:** Estuvo constituido por las 53 personas con discapacidad pertenecientes a la comunidad de Carlos Lem.

### **Criterios de inclusión:**

1. Población del consultorio 23 area sur Moron
2. Que las personas residan en esa comunidad y se atiendan en dicho consultorio
3. Que se acepte por parte de las personas, participar en la investigación mediante consentimiento informado (anexo1) o de sus representantes legales (padres o tutores) si son menores de edad o tienen algún grado de discapacidad mental.
4. Que presenten algún tipo de discapacidad.

### **Criterios de exclusión:**

- 1- Que sean residentes temporales en esa comunidad.
- 2- Que no deseen participar de la investigación.

### **Criterios de salida:**

- 1- Todas las pacientes que por voluntad propia o de sus representantes legales decidieron abandonar el estudio.

## **Métodos utilizados**

### **Métodos Teóricos.**

**Método histórico-lógico:** Se emplea para conocer los antecedentes y evolución de las personas con discapacidad en el Mundo y en Cuba. En el caso que se estudia, se han analizado determinados ejemplos que son representativos en el mundo y Cuba partiendo de un ordenamiento cronológico, hasta llegar a nuestros días en Cuba.

**Método de análisis y síntesis:** Se emplea para el estudio del entorno nacional e internacional y para hacer valoraciones que posibiliten establecer criterios para el desarrollo de medidas anticipadas y así poder practicar la medicina preventiva, y eliminar o disminuir factores de riesgo. Permite interpretar los resultados, separar lo esencial de lo secundario y extraer lo necesario para la solución del problema.

**Método de inducción y deducción:** Permite llegar a generalizaciones y nuevos conocimientos a partir de los ya establecidos y establecer las conclusiones.

### **Métodos Empíricos**

La **observación:** Mediante la misma se conoce la realidad del proceso.

Para la recogida de la información se confeccionó una **guía de observación** de datos (Anexo 2), la cual fue previamente diseñada. En esta se incluyeron todos los tipos de discapacidades así como los datos epidemiológicos y sociales recogidos en las mismas. Además se obtienen los datos primarios de la **historia clínica y la ficha familiar**

### Operacionalización de variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Grupo de Edad	Cuantitativa continua	0-4 años 5-14 años 15-19 años 20-29 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años 60 y mas	Edad en años según carnet de identidad.	Número y por ciento.
Sexo	Cualitativa Nominal dicotomica	Masculino Femenino	Según categoría biológica	Número y por ciento.
Color de la piel	Cualitativo Nominal politómica	Blanco Negro Mestizo	Según guía de observación	Número y por ciento
Amparo Filial	Cualitativa Nominal dicotomica	SI NO	Según guía de observación	Número y por ciento.
Estado Nutricional	Cualitativa Nominal politomica	Normal: Entre 18.5 y 24.9 Desnutrido: Inferior a 18.5	Según	Número y por ciento.

		Obeso: Igual o superior a 30.0	$IMC = \frac{\text{Peso en Kg}}{\text{Talla}(m^2)}$	
Ocupación	Cualitativa nominal politómica	Estudiante Ama de casa Trabajador Jubilado Pensionado Desempleado Asistenciado Sin Asistencia	Según la actividad donde está insertado	Número y porcentaje
Tabaquismo	Cualitativa nominal dicotómica	Fuma  No Fuma	Según guía de observación	Número y porcentaje.
Alcoholismo	Cualitativa nominal dicotómica	Consume alcohol  No consume alcohol	Según guía de observación	Número y porcentaje.
Discapacidad físico motoras mayores	Cualitativa Nominal politómica	Hemiplejia . Amputación de miembros Movimientos voluntarios Tono muscular Trastorno en la marcha	Según guía de observación	Número y porcentaje

		Alteraciones del SOMA Deformidades columna vertebral Enanismo		
Discapacidades visuales	Cualitativa Nominal	Ceguera total  Baja visión	Según guía de observación	Número y porcentaje
Discapacidad auditiva	Cualitativa Nominal	Sordera  Hipoacusia	Según guía observación	Número y porcentaje
Discapacidad Mental	Cualitativa Nominal	Psicosis crónica  Demencias	Según guía observación	Número y porcentaje
Discapacidad orgánicas o viserales	Cualitativa Nominal	Insuficiencia renal crónica con criterio diálisis	Según guía observación	Número y porcentaje
Discapacidad intelectual	Cualitativa Ordinal politómica	Ligero. (Posee potencialidades de escolaridad hasta noveno grado en educación especial, Susceptible de formación laboral, Capaz de integrarse social y laboralmente)  Moderado: (Capaz de integrarse social y laboralmente con	Según guía observación	Número y porcentaje

		<p>ayuda).</p> <p>Severo:(Capaz de integrarse laboralmente con ayuda en un medio protegido).</p> <p>Profundo:(No se comunica verbal o extraverbalmente y Dependiente en actividades de la vida diaria).</p>		
Causa referida de la discapacidad	Cualitativa Nominal politómica	<p>Infecciones</p> <p>Accidentes</p> <p>Enfermedades</p> <p>Psicotrumas</p> <p>Adicciones</p> <p>Otras</p>	Según guía observación	Número y porcentaje
Vínculo con los servicios de salud	Cualitativa Nominal dicotómica	<p>Si</p> <p>No</p>	Según guía de observación	Número y porcentaje
Necesidad de ayudas técnicas	Cualitativa nominal politómica	<p>Sillon de ruedas</p> <p>Bastón</p> <p>Muletas</p> <p>Protesis auditivas</p> <p>Lentes correctivos</p> <p>Calzado ortopédico</p> <p>Protesis de miembros</p>	Según guía observación	Número y porcentaje

		Cam a Fowler		
		O rtesis		

**Técnicas y procedimientos para dar salida a los objetivos:** Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizó de la estadística descriptiva las frecuencias absolutas y relativas y se presentan en tablas de distribución de la frecuencia.

**Ética**

Es respetado el código ético de la profesión que se extiende desde el respeto de los profesionales de salud hacia el paciente, de si desea o no participar en la investigación o abandonarla cuando lo desee, sin que su decisión pueda afectar. Además de ayudar, apoyar y brindar satisfacción a todas las personas que participen y estén afectados con la discapacidad.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla. 1 Distribución de las personas con discapacidad del consultorio 23 área sur Morón según grupos de edad y sexo.

Grupos de Edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
0 a 4 años	1	1.8	1	1.8	2	3.7
5 a 14 años	-		-			
15 a 19 años	2	3.7			2	3.7
20 a 29 años	2	3.7	3	5.6	5	9.4
30 a 39 años	2	3.7	1	1.8	3	5.6
40 a 49 años	3	5.6	1	1.8	4	7.5
50 a 59 años	2	3.7	4	7.5	6	11.3
60 años y mas	18	33.9	13	24.5	31	58.4
<b>Total</b>	30	56.6	23	43.3	53	100.0

**Fuente: Historia clínica y Ficha familiar**

En la tabla 1 se observa que el grupo de personas con más discapacidades es el grupo de 60 años y más con un 58.4 %, siendo el sexo masculino que más predominó con el 33.9% ,

En Venezuela se realizó un estudio en el 2010, que coincide con nuestro estudio, predominando el grupo de 60 años y más y el sexo masculino, no siendo así un estudio realizado por Gispert y Graciani.

Tabla. 2. Distribución de las personas con discapacidad según color de la piel y sexo.

Color de la piel	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Blanca	13	24.5	10	18.8	23	43.4
Negra	9	16.9	7	13.2	16	30.2
Mestiza	8	15.0	6	11.3	14	26.4
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>56.6</b>	<b>23</b>	<b>43.4</b>	<b>53</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Historia clínica y Ficha familiar

En esta tabla predomina el color de piel blanca con un 43.4% , coincidiendo con nuestro estudio se encuentra el realizado em Venezuela por la Dra. Marcia Cobas.

Tabla. 3. Distribución de las personas con discapacidad según amparo filial y sexo.

Amparo filial	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Si	9	16.9	4	7.5	13	24.5
No	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>16.9</b>	<b>4</b>	<b>7.5</b>	<b>13</b>	<b>24.5</b>

Fuente: Historia clínica y Ficha familiar

El 24.5 % de las personas con discapacidad en nuestra investigación tienen amparo filial, según las bibliografías, coincide con el nuestro un estudio realizado por Collado Hernández.

Tabla .4. Distribución de las personas con discapacidad según estado nutricional y sexo.

Estado Nutricional	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Normal	2	3.7	12	22.6	32	60.4
Desnutrido	8	15.0	9	16.9	17	32.1
Obeso	2	3.7	2	3.7	4	7.5
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>56.6</b>	<b>23</b>	<b>43.3</b>	<b>53</b>	<b>100.0</b>

Fuente. Ficha familiar y Historia clínica

En esta tabla se demuestra que el 60,3% de las personas con discapacidad tienen un estado nutricional normal a pesar de ser una comunidad de malas condiciones de vida, solamente el 7.5% son obesos y el 32.1% desnutridos, no encontramos estudios similar al nuestro.

Tabla. 5. Distribución de las personas con discapacidad según Ocupación y sexo.

Ocupación	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Estudiante	5	9.4	4	7.5	9	16.9
Ama de casa	-	-	8	15.0	9	16.9
Trabajador	4	7.5	2	3.7	6	11.3

Jubilado	9	16.9	3	5.6	11	20.7
Pensionado	2	3.7	3	5.6	5	9.4
Desempleado	10	18.8	3	5.6	13	24.5
<b>Total</b>	30	56.6	23	43.3	53	100.0

Fuente: Historia clínica y Ficha familiar

En esta tabla se demuestra que el 24,5% de las personas con discapacidad son los desempleados, seguidos de los jubilados con el 20.7 %, no coincidiendo con nuestro trabajo, un estudio realizado en Colombia y Venezuela, donde el mayor número de discapacidades se observaron en amas de casas.

Tabla .6. Distribución de las personas con discapacidad según hábitos tóxicos y sexo

N - 53

Hábitos tóxicos	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Tabaquismo	12	22.6	11	20.7	23	43.3
Alcoholismo	6	11.3	1	1.8	7	13.2
<b>Total</b>	18	33.9	12	22.6	30	56.6

Fuente: Historia clínica y Ficha familiar

Podemos apreciar que en nuestro estudio el 43,3 % son fumadores y el 13.2 % son alcohólicos, esto se debe al bajo nivel cultural que presenta las personas de mi comunidad.

Tabla 7. Distribución de las personas con discapacidad según tipo de discapacidad y sexo.

Tipo de discapacidad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Físico motor mayor	11	20.8	6	11.3	17	32.2
Visual	8	15.1	6	11.3	14	26.4
Auditiva	2	3.8	-	-	2	3.8
Mental	4	7.5	5	9.4	9	16.9
Orgánica y visceral	2	3.8	-	-	2	3.8
Intelectual	3	5.6	6	11.3	9	16.9
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>56.6</b>	<b>23</b>	<b>43.4</b>	<b>53</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Historia clínica y Ficha familiar

En esta tabla que hace referencia a los tipos de discapacidad, se aprecia que la discapacidad que mayormente afecta nuestra comunidad es la discapacidad físico motor mayor con un 32.2 % a predominio del sexo masculino con 20.8 %, aquí los pacientes presentan deformidades a nivel de la columna vertebral, no encontramos estudios similares al nuestro, en una investigación realizada en Venezuela arroja que el mayor número de discapacidad se encuentra en la intelectual, aquí le sigue la discapacidad visual con 26.4 %.

Tabla. 8. Distribución de las personas con discapacidad según causas referidas de la discapacidad y sexo.

Causas referidas	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Infecciones	2	3.7			2	3.7
Accidentes	12	22.6	6	11.3	18	33.9
Enfermedades	9	16.9	6	11.3	15	28.7
Psicotraumas	-					
Adicciones	3	5.6	6	11.3	9	16.9
Otras	4	7.4	5	9.4	9	16.9
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>56.6</b>	<b>23</b>	<b>43.4</b>	<b>53</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Historia clínica y Ficha familiar

Aquí podemos apreciar que el mayor porcentaje de personas con discapacidad fueron debido a accidentes con 33.9 % seguido de las enfermedades con 28.7 % , esto coincide con un estudio realizado por Hernandez Callado.

Tabla. 9. Distribución de las personas con discapacidad según vínculo con los servicios de salud y sexo.

Vínculo con los servicios de salud	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Si	10	18.8	8	15.0	18	33.9
No	20	37.7	15	28.3	<b>35</b>	<b>66.0</b>
<b>Total</b>	30	56.6	23	43.3	53	100.0

Fuente: Historia clínica y Ficha familiar

En esta tabla predomina los que no tienen vínculos con los servicios de salud en ambos sexos con un 66.0%, esto es debido a que es una comunidad rural con bajos ingresos económicos, que se les dificulta el acceso a los servicios de salud.

Tabla. 10. Distribución de las personas con discapacidad según necesidad de ayuda técnica y sexo.

Necesidad de ayuda técnica	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Silla rueda	7	13.2	4	7.5	11	20.7
Baston	5	9.4	6	11.3	11	20.7
Muletas	4	7.5			4	7.5
Protesis auditivas	2	3.7			2	3.7
Lentes correctivos	8	15.0	5	9.4	13	24.5
<b>Total</b>						

Fuente: Historia clínica y Ficha familiar

En la tabla 10 observamos que el 24,5 % de las personas con discapacidad necesitan lentes correctivos, el 20.7% bastones, al igual que el 20.7% necesita silla de ruedas, esto coincide con estudio realizado en el 2010 en Venezuela.

## **CONCLUSIONES**

El grupo de edad de 60 años y mas, fue el más afectado, siendo el sexo masculino de mas incidència, el mayor número de personas con discapacidad son de color de piel blanca, su estado nutricional es normal, el mayor porcentaje son desempleados, solamente el 24.5 % tiene amparo filial, existen fumadores y 7 personas alcoholicas, el tipo de discapacidad que afecta a la gran mayoría es el físico motor mayor, seguido de la discapacidad visual, la causa fundamental es por accidentes, seguidos de las enfermedades, el mayor numero de las personas no tienen vinculo con los servicios de salud y la ayuda técnica que mas necesitan son los lentes correctivos , bastones y sillas de rueda.

## RECOMENDACIONES

1. Mantener activos y actualizados los registros de personas con discapacidad por todos los medios y vías posibles, especialmente a través de la pesquisa activa comunitaria con la consecuente dispensarización y atención integral de las distintas disciplinas y los sectores implicados.
2. Establecer mecanismos de control que aseguren la sostenibilidad de las acciones de mejoramiento de las condiciones de vida de las personas con discapacidad, en especial a aquellas contenidas en las políticas públicas y la atención especial a las comunidades con elevada prevalencia de discapacidad.
3. Intensificar el programa de formación de recursos humanos necesarios para dar continuidad y sostenibilidad al proceso de atención a las personas con discapacidad, con énfasis en la formación de trabajadores sociales, genetistas clínicos, másteres en asesoramiento genético, citogenetistas, rehabilitadores y neurofisiólogos

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- <sup>1</sup> Naciones Unidas [Sitio Web en la Internet]. Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/> Acceso 12/01/2010.
- <sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). Comisión de determinantes sociales. Resumen analítico del informe final, 2008 [Sitio Web en la Internet]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf) Acceso 20/01/2010.
- <sup>3</sup> Vázquez A. La discapacidad en América Latina [Sitio Web en la Internet]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Discapacidad-SPA.pdf> Acceso 11/01/2010.
- <sup>4</sup> Liendo L. El desafío del reordenamiento urbano. [Sitio Web en la Internet] Sociedad Central de Arquitectos, "Corriente de la Dignidad", Buenos Aires caótica, 2007. Disponible en: <http://luisliendo.galeon.com/aficiones1448715.html> Acceso 30/03/2010.
- <sup>5</sup> Collado Hernández H. Las personas con discapacidad en Centro América. En: Seminario Iberoamericano Accesibilidad al Medio Físico, Guatemala, 2007. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/bns/discapacidad/docs/epidemiolo/La%20discapacidad%20en%20Centro%20America.pdf> Acceso 12/01/2010.
- <sup>6</sup> BID Estadísticas sobre discapacidad en América Latina y el Caribe. [Sitio Web en la Internet] Disponible en: [http://www.iadb.org/sds/SOC/site\\_6190\\_e.html](http://www.iadb.org/sds/SOC/site_6190_e.html) Acceso 14/01/2010.
- <sup>7</sup> Colectivo de autores. Estudio psicosocial de las personas con discapacidad. En: Por la vida. La Habana. Casa Editora Abril, 2003..
- <sup>8</sup> Puig de la Bellacasa R. Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad. Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. Madrid, 1987. p. 2. Ref.: 7445.

- <sup>9</sup> Casado Pérez D. Panorámica de la discapacidad. INTRESS. Barcelona, 1991.
- 
- <sup>10</sup> Hernández E. Capacidad de trabajo intelectual. En: Propuesta de un sistema para la evaluación psicológica. Capítulo III del libro: Métodos, técnicas y enfoques en la atención psicológica. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 2010.
- <sup>11</sup> Data-Red Capacidad de trabajo Intelectual. Publicidad, promoción y medios. Disponible en: [http://diccionario.babylon.com/capacidad\\_intelectual/](http://diccionario.babylon.com/capacidad_intelectual/). Diccionario de marketing español-español. acceso 26/07/2010.
- <sup>12</sup> Artículo 5. Definición de discapacidad. Ley para las personas con discapacidad. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela No. 38 598, nov. 15/2006.
- <sup>13</sup> Aguado Díaz AL. Historia de las deficiencias. Escuela Libre, Editorial Fundación Once, Madrid, 1995. p. 34-39. Disponible en: [http://sid.usal.es/idocs/F8/8.1-5051/librohistoriade las\\_deficiencias.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/8.1-5051/librohistoriade las_deficiencias.pdf). Acceso 12/01/2010.
- <sup>14</sup> Cinchilla Fallas C. Discapacidad y familia [Sitio Web en la Internet]. Disponible en: <http://www.inco.cr.org/biblioteca/0027.PDF> Acceso 12/01/2010.
- <sup>15</sup> Abagnano N, Visalberghi A. Historia de la pedagogía. Fondo de Cultura Económica. México, 1974.
- <sup>16</sup> Vygotski LS. Obras Escogidas, Tomo V. Fundamentos de defectología. Visor, Madrid, 1997.
- <sup>17</sup> Bank-Mikkelsen N. El principio de normalización, Revista Siglo Cero 1975; (37): 16-21.
- <sup>18</sup> Nirje B. The normalization principle: implications on normalization. Symposium on Normalization SIIS. Madrid, 1969.
- <sup>19</sup> Wolfensberger W. The principle of normalization in human services. National Institute on Mental Retardation. Toronto, 1975.
- <sup>20</sup> Warnock HM. Special educational needs. Report of the Committee of Enquiry

into the Education of the Handicapped Children and Young People, HMSO.  
London, 1978.

- 
- <sup>21</sup> Ortiz C. Hacia una escuela para todos. En: P. Arnaiz y R. de Haro. 10 años de integración en España: análisis de la realidad y perspectivas a futuro: Universidad de Murcia, 1997.
- <sup>22</sup> Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos (LISMI) España, 1982.
- <sup>23</sup> UNESCO. Declaración de Salamanca. Conferencia mundial sobre necesidades educativas especiales: acceso y calidad. Salamanca, 1994.
- <sup>24</sup> Casado Pérez D, Egea García C. Las estrategias para el cambio proinclusión de las personas con discapacidad. Ponencia presentada en el IV Congreso Internacional: Unidos por la discapacidad. Actas del Congreso, Ciudad México, 2002. p. 63-9.
- <sup>25</sup> ONU [Sitio Web en la Internet]. Historia de la discapacidad y las Naciones Unidas. Las Naciones Unidas y las personas con discapacidad. Los primeros cincuenta años. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/esa/soci al/disabled/dis50v01.html> Acceso 13/01/2010.
- <sup>26</sup> ONU [Sitio Web en la Internet]. Historia de la discapacidad y las Naciones Unidas. Cronología: 1945 a 1980 Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=522> Acceso 13/01/2010.
- <sup>27</sup> World Health Organization. International classification of impairments, disabilities and handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva: WHO, 1980.
- <sup>28</sup> ONU [Sitio Web en la Internet]. Historia de la discapacidad y las Naciones Unidas. Cronología: 1980 al presente. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=523> Acceso 13/01/2010.
- <sup>29</sup> Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IM S E R S O). Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Manual de

clasificación de las consecuencias de la enfermedad. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid, 1983.

- 
- <sup>30</sup> Egea García C, Sarabia Sánchez A. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Real Patronato sobre Discapacidad. Diciembre, 2001. Boletín No. 50, p. 16. Disponible en: <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/art/ClasificacionesOMSdiscapacidad.pdf> Acceso 31/03/2018.
- <sup>31</sup> Cáceres Rodríguez C. Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS [en línea]. Auditio: Revista electrónica de audiolología 2004; 2(3):75. Disponible en: <http://discseminari3.files.wordpress.com/2008/11/sobre-el-concepto-de-discapacidad.pdf> Acceso 31/03/2018.
- <sup>32</sup> Egea García C, Sarabia Sánchez A. Experiencias de aplicación en España de la Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad, 2001; Doc. No. 58. Disponible en: [http://sid.usal.es/idoocs/F8/8.1-2803/experiencias\\_aplicacion.pdf](http://sid.usal.es/idoocs/F8/8.1-2803/experiencias_aplicacion.pdf) Acceso 31/03/2018.
- <sup>33</sup> Uriarte Ituiño M et al. Diferencias lingüísticas en lengua española en el área de las discapacidades: la aplicación de métodos multifásicos interactivos de traducción. MAPFRE MEDICINA 2001; 12(3):184-97. Disponible en: <http://sid.usal.es/idoocs/F8/8.2.6-6101/diferencias.pdf> Acceso 01/06/2018.
- <sup>34</sup> World Health Organization (WHO) Prefinal draft. ICIDH-2: International classification of functioning, disability and health. Confidential Draft for Madrid Meeting Participants only. 2000.
- <sup>35</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Borrador final. Versión completa, 2001. Disponible en: <http://www.inclusion-ia.org/espa%F1o/Norm/icidh-2.pdf> Acceso 13/01/2018.
- <sup>36</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF). Ministerio de

Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales.  
Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IM SERSO), Madrid, 2001.

- 
- <sup>37</sup> Vázquez-Barquero JL. La familia internacional de clasificaciones de la OMS (FIC-OMS): una nueva visión. Pap Med 2001; 10(4):184-7 Disponible en: [http://www.sedom.es/3\\_papeles/10\\_4/pm-10-4-004.pdf](http://www.sedom.es/3_papeles/10_4/pm-10-4-004.pdf) Acceso 14/01/2018.
- <sup>38</sup> Naciones Unidas [Sitio Web en la Internet]. Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, 1993. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/standardrules.pdf> Acceso 30/03/2010.
- <sup>39</sup> Jiménez Buñuales MT. Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 271-9. Disponible en: [http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/vol76/vol76\\_4/RS764\\_271.pdf](http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol76/vol76_4/RS764_271.pdf) Acceso 30/03/2018.
- <sup>40</sup> World Health Organization (WHO). The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: WHO; 2001. [Citado 7 de octubre de 2001]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001> Acceso 30/03/2018.
- <sup>41</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). Conferencia de la OMS sobre salud y discapacidad. Dictada por la Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General de la OMS. Trieste, Italia, 2002. Disponible en: <http://www.inclusion-ia.org/espa%F101/Norm/conf-oms.htm> Acceso 12/01/2018.
- <sup>42</sup> Organización Mundial de Personas con Discapacidad (OMPD). Posición sobre una definición de discapacidad. Comunicación. 2005-05-19. Disponible en: <http://y1.dpi.org/lang-sp/resources/details.php?page=74> Acceso 14/01/2018.
- <sup>43</sup> OMS/OPS/IM SERSO Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud 2001. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/desarrollohumano/oms-clasificacion-01.pdf> Acceso 14/01/2018.

- <sup>44</sup> Navas P, Verdugo MA, Gómez LE. Diagnosis and classification on intellectual disability [Revista en la Internet]. *Intervención Psicosocial* 2008 18; 17(2):143-52 [citado 2010 Ene] Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&versuspid=S113205592008000200004&versuslng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&versuspid=S113205592008000200004&versuslng=es) Acceso 30/03/2018.
- <sup>45</sup> De Lorenzo R. Reflexiones sobre desarrollo humano y discapacidad. Propuestas sobre el futuro de las personas con discapacidad en el mundo. *Documentación Social* 2003:130; pp. 129-44.
- <sup>46</sup> Del Águila LM. El concepto de discapacidad como problema. En pos de un término más universal, neutro e inclusivo. [Sitio Web en la Internet] (2001). Disponible en: <http://usuarios.discapnet.es/lavoz/LaVoz2/problema.htm> Acceso 12/01/2018.
- <sup>47</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). Determinantes sociales de la Salud [Sitio Web en la Internet] Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/theCommission/finaleReport/keyconcepts/es/index.html](http://www.who.int/social_determinants/theCommission/finaleReport/keyconcepts/es/index.html) Acceso 11/01/2018.
- <sup>48</sup> United Nations. Department for International Development (DFID). Disability, poverty and development, 2000. Disponible en: <http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications/disabilitypovertydevelopment.pdf> Acceso 30/03/18.
- <sup>49</sup> Flint J, Knight S. The use of telomere probes to investigate submicroscopic rearrangements associated with mental retardation. *Curr Opin Genet Dev* 2003; 13: 310-6.
- <sup>50</sup> Colectivo de autores. Clasificación de los factores causales de retraso mental En: *Por la Vida. Estudio clínico genético de las personas con retraso mental*. pp. 115-6. Casa Editora Abril. La Habana, 2003.
- <sup>51</sup> Egea García C, Sarabia Sánchez A. Epidemiología de la discapacidad en Gran Bretaña. Artículos y notas. [Sitio Web en la Internet] 2000. Disponible en: <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/art/EpiDisGB.pdf> Acceso 12/01/18.

- 
- <sup>52</sup> Castillo Arenal T. Discapacidad, pobreza y objetivos del milenio. [Sitio Web en la Internet] 2007 Disponible en: <http://www.eldiariomontanes.es/prensa/20071203/opinion/articulo>. Acceso 12/01/2018.
- <sup>53</sup> RIADIS. La situación de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe 2008 [Sitio Web en la Internet]. Disponible en: <http://www.riadis.net/situacion-discapacidad-america-latina-y-caribe/>. Acceso 14/01/2018.
- <sup>54</sup> MINSAP. Anuario Estadístico de Salud. 2008 ISSN: 1561- 4425, p. 20.
- <sup>55</sup> La discapacidad en Venezuela. Censo de Población y Vivienda 2001. Disponible en: <http://venezuelacensodiscapacidadpres>. Acceso 12/01/2018.
- <sup>56</sup> Naciones Unidas. Asamblea General. Realización de los objetivos de desarrollo del milenio para las personas con discapacidad mediante la aplicación del Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad y la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2009 Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/64/180>. Acceso 12/01/2018.
- <sup>57</sup> MINSAP. El plan del médico de la familia en Cuba. La Habana, 1981.
- <sup>58</sup> MINSAP. Departamento Nacional Materno Infantil. Programa Nacional Materno Infantil. Cuba, 1988.
- <sup>59</sup> MINSAP. Centro Nacional de Genética Médica. Programa para la prevención de malformaciones congénitas y enfermedades hereditarias. Cuba, 1986.
- <sup>60</sup> MINSAP. Dirección Nacional Materno Infantil. Programa de Prevención de Accidentes en menores de 20 años. Cuba, 1995.
- <sup>61</sup> Ley de Constitución de la República de Cuba. [Sitio Web en la Internet] 1976. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/insat/temas.php?idv=12950>. Acceso 14/01/2018.
- 
- <sup>62</sup> Ley No. 13 de Protección e Higiene del Trabajo [Sitio Web en la Internet] 1977 Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/insat/l-13-1977.pdf>

Acceso 14/01/2018.

<sup>63</sup> Reglamento General de la Ley No. 13 de Protección e Higiene del Trabajo.

Decreto Ley 101. [Sitio Web en la Internet] 1982. Disponible en:

[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/insat/decreto\\_lev\\_101.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/insat/decreto_lev_101.pdf). Acceso  
[12/01/2018](#).

<sup>64</sup> Ley No. 24 de Seguridad Social [Sitio Web en la Internet] 1979 Disponible en:

<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/insat/l-24-1979.pdf> Acceso 12/01/2010.

<sup>65</sup> Decreto Ley No. 59. Reglamento de la Ley No. 24 de Seguridad Social, 1979

Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/insat/decreto-lev-59.pdf>

Acceso 14/01/2018.

<sup>66</sup> Código de la niñez y la juventud. Editorial Ciencias Sociales, La Habana, 1984,

p. 37.

GUIA DE OBSERVACION.

Policlínico: \_\_\_\_\_

CMF \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

EDAD: 0-4 \_\_\_ 5-14 \_\_\_ 15-19 \_\_\_ 20-29 \_\_\_ 30-39 \_\_\_ 40-59 \_\_\_ y 60 y + \_\_\_ Amparo filial

Si \_\_\_ No \_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

-----

Estado nutricional: Normal \_\_\_ Desnutrido \_\_\_ Obeso \_\_\_ Hábitos tóxicos Cigarro \_\_\_

Alcohol \_\_\_ Drogas \_\_\_ Ocupación: Estud \_\_\_ A de Casa \_\_\_ Trab \_\_\_ Jubil \_\_\_ Pensionado \_\_\_

Desempleado \_\_\_ Asistenciado: \_\_\_ S/Asistencia \_\_\_

**Discapacidad:** Toda limitación para realizar las actividades de la vida diaria. (Se incluyen las personas que han atenuado o eliminado su discapacidad con el uso de ayudas técnicas externas)

**Discapacidades físico-motoras mayores.**

Hemiplejia, paraplejia o tetraplejia. SI \_\_\_ No \_\_\_

Amputación de miembros superiores o inferiores. SI \_\_\_ No \_\_\_

Movimientos involuntarios, temblores. SI \_\_\_ No \_\_\_

Aumento o disminución del tono muscular. SI \_\_\_ No \_\_\_

Distrofias musculares, SI \_\_\_ No \_\_\_ trastornos graves de la marcha). SI \_\_\_ No \_\_\_

Alteraciones del sistema osteomioarticular. SI \_\_\_ No \_\_\_

Ausencias de miembros u otra región anatómica: SI \_\_\_ No \_\_\_

Deformidades graves de la columna vertebral: SI \_\_\_ No \_\_\_

Enanismo: SI \_\_\_ No \_\_\_

**Visuales.** Se consideró esta condición cuando la persona presentaba:

Ceguera total: persona que no tiene percepción de luz en ninguno de los dos ojos: SI \_\_\_ No \_\_\_.

Baja visión: persona con una deficiencia visual no susceptible a tratamiento quirúrgico, y que para ver requiere el uso de gafas. SI \_\_\_ No \_\_\_

**Auditivas:**

Sordera (discapacidad para percibir cualquier sonido). SI \_\_\_ No \_\_\_

Hipoacúsicos: (disminución de la audición que requiere del uso de audífonos. SI \_\_\_ No \_\_\_

**Mentales.**

Psicosis crónica: esquizofrenia SI \_\_\_ No \_\_\_ Parafrenias SI \_\_\_ No \_\_\_ Trastornos bipolares SI \_\_\_ No \_\_\_.

Demencias: Alzheimer SI \_\_\_ No \_\_\_ Demencias vasculares SI \_\_\_ No \_\_\_ Mixtas SI \_\_\_ No \_\_\_.

**Discapacidades orgánicas o viscerales:**

Insuficiencia renal crónica con criterio de diálisis. SI \_\_\_ No \_\_\_

**Discapacidades mixtas o múltiples:**

Presencia de dos o más discapacidades mayores. SI \_\_\_ No \_\_\_

La sordo-ceguera se define cuando la persona es ciega o débil visual, asociado con una pérdida auditiva moderada o profunda demostrada. SI\_\_ No\_\_

**Discapacidad intelectual:** Nivel de funcionamiento intelectual significativamente inferior al de la media. SI\_\_ No\_\_

**Niveles de funcionamiento de la discapacidad intelectual**

Ligero. SI\_\_ No\_\_ (Posee potencialidades de escolaridad hasta noveno grado en educación especial, Susceptible de formación laboral, Capaz de integrarse social y laboralmente)

Moderado:SI\_\_ No\_\_ (Capaz de integrarse social y laboralmente con ayuda).

Severo:SI\_\_ No\_\_ (Capaz de integrarse laboralmente con ayuda en un medio protegido).

Profundo:SI\_\_ No\_\_ (No se comunica verbal o extraverbalmente y Dependiente en actividades de la vida diaria).

Causa referida de la discapacidad: infecciones\_\_\_ accidente\_\_\_ enfermedades\_\_\_sistémicas\_\_\_psicotraumas\_\_\_ adicciones\_\_\_ otras\_\_\_\_\_

**Vinculación a los servicios de salud.** Si... .. No... ..

**NECESIDAD DE AYUDAS TECNICAS:** sillón de ruedas\_\_\_ bastón\_\_\_ muletas\_\_\_ prótesis auditivas\_\_\_ lentes correctivos\_\_\_ calzado ortopédico\_\_\_ prótesis de miembros\_\_\_ cama Fowler\_\_\_ortesis\_\_\_\_\_

Evaluación funcional antes\_\_\_\_\_ Evaluación funcional después\_\_\_\_\_

**ANEXO 1. Acta de Consentimiento informado**

Yo: \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo con participar en el estudio sobre la Discapacidad

Se me ha explicado que:

1. Mi participación es voluntaria y mi no aceptación o el retiro del estudio cuando yo lo considere no afectará mis relaciones con el médico y la institución que me seguirán atendiendo según las normas del Estado Cubano.

Y para que así conste y por mi libre voluntad, firmo este documento de consentimiento informado, junto con el médico que me brindó las explicaciones, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigador

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente















---

## INDICE

Introducción .....	
Objetivos .....	
Material y Métodos .....	
Resultados y Discusión .....	
Conclusiones .....	
Recomendaciones .....	
Revisión Bibliograficas .....	
Anexos .....	

