

**Ministerio de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas José Assef Yara
Ciego de Ávila**

**CARACTERIZACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA EN EL ÁREA DE
SALUD FRATERNIDAD. PUERTO CABELLO. VENEZUELA.2007**

TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.

AUTOR: Dra. JOANNE PURÓN PRIETO.

TUTOR: Dra. AYLEMA MURSULÍ DE LA TORRE.

“Año 54 de la Revolución.”

2012

**Ministerio de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas José Assef Yara
Ciego de Ávila**

**CARACTERIZACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA EN EL ÁREA DE
SALUD FRATERNIDAD. PUERTO CABELLO. VENEZUELA.2007**

TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.

AUTOR: Dra. JOANNE PURÓN PRIETO.

Prof. Instructor. Especialista de primer Grado en Medicina General
Integral.

TUTOR: Dra. AYLEMA MURSULÍ DE LA TORRE

Msc. en atención integral al niño discapacitado. Especialista de primer Grado
en Medicina Física y Rehabilitación. Especialista de primer Grado en Medicina General
Integral.

“Año 54 de la Revolución.”

2012

PENSAMIENTO

No pases de largo por la puerta del afligido; entra, aunque sea una sola vez: si eres dichoso para ser bendecido: si eres infeliz, para ser consolado.

Concepción Arenal

DEDICATORIA

A MIS PADRES POR SU APOYO INCONDICIONAL

A MI PEQUEÑA HIJA POR SU ETERNA SONRISA

A MI ESOSO POR LAS HORAS DE DESVELO A MI LADO

AGRADECIMIENTOS

A Puerto Cabello que me enseñó el valor de la solidaridad y en especial a todos los discapacitados del Área de Salud Integral de Fraternidad y sus familiares que hicieron posible la realización de este trabajo.

RESUMEN

La discapacidad física, importante problema de salud contemporáneo indica la necesidad de su conocimiento sobre todo de los sistemas de salud nacionales que le permitan establecer sus políticas de salud de manera objetiva, atendiendo a esta problemática global se llevó a cabo un estudio observacional con diseño descriptivo transversal en un universo de 23247 habitantes del Área de Salud Integral de Fraternidad en el periodo de enero a diciembre de 2007, determinándose una población de estudio de 576 pacientes con discapacidad física, con el objetivo de caracterizar a dicha población dada la ausencia de estudios de este tipo que limitaban aplicar estrategias de salud. Se utilizaron diferentes métodos y técnicas para asegurar la validez de estudio, como aplicación de curso de capacitación, análisis y síntesis, entrevistas, Índice de Barthel y técnicas de procesamiento como el cálculo porcentual y la tasa de prevalencia. Entre los resultados fundamentales se destacan que dentro de la discapacidad física predomina el sexo masculino y el grupo etario de más de 60 años, el tipo de discapacidad físico motor por alteraciones Osteomioarticular fue la que más prevaleció asociado al envejecimiento poblacional y a los altos índices de accidentes en la zona, todo ello convergen en una tasa de prevalencia de discapacidad física de 24,7 por cada 1000 habitantes. Según la escala de Barthel que mide la gravedad de la invalidez, del total de las personas estudiadas con discapacidades predomina el Grado III (Dependencia moderada) con 198 pacientes seguido del Grado IV (Dependencia severa) con 114.

INDICE

• INTRODUCCIÓN.....	8
1	
• OBJETIVOS.....	7
7	
• MARCO TEÓRICO. ASPECTOS GENERALES DE LA DISCAPACIDAD.....	8
Epígrafe 1.1 Breve trayectoria histórica de la discapacidad.....	8
Epígrafe 1.2 Conceptos Básicos de Discapacidad.....	12
Epígrafe 1.3 Etiología de la discapacidad.....	14
Epígrafe 1.4 Estrategia de prevención de discapacidades.....	15
Epígrafe 1.5 Manifestaciones actuales de la discapacidad. Estudios realizados.....	18
• DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	27
• ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	35
• CONCLUSIONES	48
• RECOMENDACIONES.....	49
• REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
• ANEXOS	

INTRODUCCION

Se considera que entre los problemas más graves que tienen que enfrentar la humanidad en el presente siglo XXI ¹, se encuentran los relacionados con la restricción o falta de capacidad (resultante de una deficiencia) para enfrentar una actividad de la manera o dentro de los márgenes que se consideran normales ².

Las discapacidades físicas, mentales y sociales están íntimamente relacionadas con el incremento de la expectativa de vida, su evaluación es difícil, ya que éstas son consecuencia de interacciones entre alteraciones estructurales y funcionales del organismo, unido a una multitud de factores psicológicos y sociales ².

En el mundo, 600 millones de personas tienen algún tipo de discapacidad y el 70 por ciento vive en países en desarrollo; cada año se agregan 10 millones de personas con discapacidad moderada o severa, o sea, 25000 cada día. En Europa, el 10 por ciento de la población tiene algún tipo de discapacidad; sin embargo, en Bélgica, según Eurotast, la tasa es de 12 por ciento; en Italia y Alemania del 13 por ciento, y en España del 15 por ciento. Se considera que 1 de cada 4 familias tiene un miembro discapacitado ^{3,4}.

En América Latina existen alrededor de 60 millones de discapacitados. Se han encontrado cifras de prevalencia de discapacidad muy variadas, por ejemplo en Perú, las cifras reportadas por el estudio de prevalencia nacional está por el orden de 32 por ciento, mientras que en otros países como Ecuador y Colombia se encuentra entre un 10 y 13 por ciento. En Centroamérica, la cifra de prevalencia de discapacidad está alrededor del 18 por ciento ⁵.

En ellos se resalta, la heterogeneidad en las definiciones de discapacidad física utilizadas, la que es considerada por algunos, si el sujeto está incapacitado para realizar al menos una actividad instrumentada de la vida diaria (AIVD), en tanto que otros señalan como discapacitados físicos los imposibilitados para la realización de dos AIVD. Un tercer grupo de autores fija tres AIVD como número mínimo de afectaciones para clasificar a un individuo en el grupo de discapacitados ^{6,7-9}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que las Actividades de la Vida Diaria (AVD), constituyen el indicador más importante para medir el funcionamiento de una persona ¹⁰. Varias son las definiciones que a las AVD se les ha dado. *Gallagher y Thompson* ¹¹ las definen como la capacidad del individuo para llevar a cabo las actividades cotidianas esenciales; *Fillembaun* ¹² como la capacidad de valerse por sí mismo y desarrollar las actividades propias de la vida diaria. *Patterson y Eberly* ¹³ como un conjunto de conductas, cuya ejecución regular y apropiada es necesaria para el cuidado personal y el mantenimiento de una vida independiente ².

La capacidad de realización de las AVD es resultante del funcionamiento de las áreas de la salud física, mental y socioeconómica, contemplada en la evaluación de las personas dentro de una población determinada ¹⁴. Las AVD se dividen, de manera general, en básicas (AVDB) e instrumentadas (AIVD). Las AVDB son aquellas habilidades esenciales para llevar a cabo las actividades de autocuidado: alimentación, vestirse, aseo personal, necesidades fisiológicas y otras; mientras que las AIVD son aquellas más complejas y necesarias para desarrollar una vida independiente: uso del teléfono, realización de compras, preparación de comidas, mantenimiento de la casa, lavado de la ropa, uso del transporte público, autoadministración de medicamentos y capacidad para manejar sus finanzas ¹⁴.

Para medir las AVD se han utilizado diferentes instrumentos, dentro de los que se destacan por su uso, el Índice de Barthel (IB), para las AVDB, confeccionado en 1955 ¹⁵ y el Índice de Lawton (IL), para las AIVD, que data de 1969 ¹⁴. Este último introduce un nivel más complejo en la evaluación, ya que a través de él se pueden medir aspectos que van más allá del autocuidado ¹⁵.

Las investigaciones que abordan el tema de discapacidad física, medida a través de las AVD son de aparición relativamente reciente. *Inkster*, en 1977, *Patterson y Eberly*, en 1982, estudiaron las AVD en pacientes rehabilitados, con la finalidad principal de identificar déficit en habilidades específicas para la vida diaria, que proporcionen la base para definir las conductas ¹⁶.

Otro enfoque del estudio de la discapacidad física es el relacionado con los factores de riesgo de ésta. En relación con este aspecto, ha aparecido en la literatura un grupo de investigaciones a partir de las cuales ha emergido un conjunto de variables biológicas, psicológicas y sociales, a las que se les atribuye un incremento de la probabilidad de aparición de este tipo de discapacidad en un grupo de personas ^{17, 18, 19}.

Varios son los estudios que, sobre la discapacidad se han realizado en Cuba. En uno se intentó caracterizar la población anciana residente en el área de salud del Policlínico “Santiago de las Vegas”, en el Municipio Boyeros, en relación con un grupo de presuntos factores de riesgo ²⁰. En otro se estudiaron algunos factores biológicos y sociales que supuestamente influyen sobre el estado de salud de la población anciana de un área de salud del Municipio Playa ²¹. Más recientemente, entre 1995 y 1999, un grupo de investigadores de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) y del Centro Iberoamericano para la Tercera Edad (CITED) realizó varias investigaciones sobre este objeto de estudio en el ámbito comunitario. Así, se estimó la prevalencia de discapacidad física y mental, y los factores de riesgo de discapacidad física en ancianos del Municipio Playa ²², en el área de salud “26 de Julio” ²³ del mismo municipio y en el área de salud “Ramón González Coro” del Municipio Marianao ²⁴. Además, se efectuaron dos investigaciones en municipios de la provincia Las Tunas ^{25, 26} y una en el municipio “Pedro Betancourt” de la provincia Matanzas ²⁷. Más recientemente se realizaron estudios en cinco provincias: Ciudad de La Habana, Camagüey, Las Tunas, Granma y Holguín, que permitieron mensurar los niveles de discapacidad física en estos territorios. Estos estudios han permitido estimar la prevalencia de las discapacidades físicas y mentales. Las primeras se encuentran entre 24.9 por ciento y 45.3 por ciento, en tanto que las segundas se sitúan entre 13 por ciento y 26.2 por ciento²⁸.

También se realizó en Cuba un estudio nacional aplicado en los años 2001, 2002 y 2003 a personas con retraso mental y otras discapacidades, demostrándose que el 52,27 % de las personas con discapacidad son mayores de 60 años ²⁹.

En el informe memoria y cuenta del año 2006 presentado en la Asamblea Nacional por el Ministro de Salud y Desarrollo Social en Venezuela, se estima según el Programa de Atención al Discapacitado que el 10 por ciento de la población presenta algún tipo de discapacidad. Ésta tiende a incrementarse debido al envejecimiento, a los accidentes de todo tipo y a las enfermedades degenerativas ³⁰. En el estado Carabobo y específicamente en el municipio Puerto Cabello según la literatura consultada no existe ningún trabajo de investigación científicamente fundamentado que haya estudiado la prevalencia de discapacidad física, así como los factores de riesgo asociados, ni el grado de discapacidad de estos pacientes. Pero si se realizó un estudio en municipio Coro del estado Falcón que demostró que el 15 por ciento de los ancianos presentaron discapacidad mental y el 42 por ciento una discapacidad física ^{8, 31,32}.

Con relación a la discapacidad física también se han identificado varios factores de riesgo, dentro de los que aparecen: la edad avanzada, la baja escolaridad, la desocupación, la insatisfacción con las actividades cotidianas, la pérdida de roles sociales, la pérdida de familiares, amigos, cónyuge, los sentimientos de soledad, la ausencia de confidente, las condiciones materiales de vida inadecuada, las enfermedades crónicas, las secuelas posfractura de cadera, las amputaciones, la sensación de inactividad, la inadaptación a la jubilación y el sexo femenino ³³⁻³⁶. Ello ha permitido la construcción de modelos matemáticos útiles para el abordaje preventivo de la discapacidad física, tanto en el nivel individual como en el familiar y el comunitario ³³.

Es necesario realizar una valoración exhaustiva de la capacidad de funcionamiento en cada una de las áreas que determinan que una persona pueda llevar una vida autónoma. La capacidad funcional refleja la habilidad de los individuos para desarrollar actividades y papeles que son parte de la vida independiente y productiva. Estas habilidades influyen notablemente en la calidad de vida, tan importante para la salud y bienestar de las personas ³⁷.

La capacidad funcional de una persona incluye una compleja mezcla de factores psicopatológicos, de comportamiento, cognitivos y sociales. El estado

económico, el bienestar social y la salud mental y física están interconectados y las relaciones entre ellas son cada vez más estrechas conforme aumenta la edad. Hay acuerdo en que lo esencial para una valoración global incluye tres áreas: actividades de la vida diaria, salud mental y salud física. Además el soporte social y los recursos económicos, tienen su importancia como parte del ambiente en que la gente vive ³⁷.

Los sujetos que envejecen adecuadamente utilizan y disfrutan de todas las posibilidades que existen en su entorno social y en sus propias personas, y están preparados para aceptar, sin claudicar, las propias limitaciones, la disminución de sus fuerzas y la necesidad de recibir algún tipo de ayuda; pero no renuncian a mantener, dentro de rangos razonables y posibles, determinados niveles de independencia y autodeterminación ³⁸.

En las personas, la pérdida de función corresponde a la principal manifestación de la enfermedad. Esta pérdida de función se puede detectar clínicamente por la pérdida de la autonomía y la aparición de dependencia que, poco a poco, va a limitar la calidad de vida. Esta pérdida de autonomía, afecta inicialmente a las actividades complejas avanzadas, pero si se mantiene en el tiempo y no se actúa sobre ella, progresa y llega a afectar la autonomía para actividades más elementales o clásicas ³⁹.

Las salas de rehabilitación surgen en Venezuela para darle cumplimiento a los acuerdos del ALBA y lograr solucionar la situación de rehabilitación que presentaba este hermano país, es en el año 2006 que se funda la sala de rehabilitación integral de Fraternidad enclavada en la parte central del municipio Puerto Cabello perteneciente al estado de Carabobo, solo existía hasta ese momento en el municipio otro centro con iguales características pero poco accesible, la población del área no estaba totalmente dispensarizada por los médicos de la familia ya que se estaban inaugurando no solo la sala de rehabilitación si no también los módulos de Barrio Adentro, en el aquel momento sólo se conocía que existía un predominio de las enfermedades crónicas no trasmisibles, que predominaban los accidentes automovilísticos dentro de las causas de accidentes, que el seguimiento prenatal no era

adecuado, que existía desempleo y mucha violencia en la zona datos aportados por la alcaldía del municipio, pero se carecía de datos sobre el comportamiento de la discapacidad física en el área de salud, no se conocían los principales factores de riesgo que estaban incidiendo en la zona, lo que provocaba dificultades para la intervención tanto del personal de rehabilitación como de los médicos de la familia del área así como de la dirección y organizaciones que querían apoyar el desempeño profesional de la misión Barrio Adentro.

Todos estos argumentos son el motivo para la realización de este estudio el cual está en correspondencia con las políticas y estrategias de los principales programas del Ministerio de Salud Pública y Desarrollo Social en Venezuela, lo que garantiza la factibilidad y el beneficio social consiguiente ¿Qué tendencia de comportamiento tiene la tasa de incidencia de la discapacidad física en la zona atendida por la sala de rehabilitación integral Fraternidad? Constituye este el problema objeto de estudio.

Con la respuesta al mismo se espera contribuir al perfeccionamiento y actualización de los conocimientos existentes sobre el tema, con vistas a mejorar la calidad de vida de este grupo, y el bienestar de manera general, lo que sería posible si con el estudio se respondieran las siguientes interrogantes:

- 1- ¿Cómo se manifiesta la discapacidad física según variables sociodemográficas en el Área de Salud Integral Fraternidad, municipio Puerto Cabello, Estado Carabobo?
- 2- ¿De un conjunto de factores etiológicos, cuáles están asociadas a la discapacidad física por grupos étnicos y sexo?
- 3- ¿Cuál es el grado de discapacidad física de los pacientes discapacitados del área?
- 4- ¿Cuál es la tasa de prevalencia de discapacitados en el Área de Salud de Fraternidad en el 2007?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Caracterizar la discapacidad física en la población del Área de Salud Integral Fraternidad, Municipio Puerto Cabello, Estado Carabobo en el año 2007.

Objetivos específicos:

1. Identificar las manifestaciones de la discapacidad física en correspondencia con variables sociodemográficas de estudio en la población en el Área de Salud Integral Fraternidad en el año 2007.
2. Determinar la asociación de los factores etiológicos con la discapacidad física en la población del Área de Salud Integral Fraternidad en el año 2007.
3. Evaluar el grado de discapacidad física de la población objeto de estudio en el Área de Salud Fraternidad año 2007.
4. Conocer la tasa de prevalencia de discapacidad física como indicador de salud.

Objeto de investigación: Discapacidad física en residentes del Área de Salud Integral de Fraternidad.

MARCO TEORICO
ASPECTOS GENERALES DE LA DISCAPACIDAD

Las personas con discapacidad constituyen la minoría más numerosa y más desfavorecida del mundo. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad señala que este grupo de la población incluye a las personas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás ⁴⁰.

Las discapacidades se reconocen desde el surgimiento mismo de los seres vivos. Hasta en el Olimpo, los dioses creados a imagen y semejanza de los hombres, también asumieron la existencia de minusvalías, recordemos al dios Hefestos, «cojo de ambos pies» ⁴¹.

Cada etapa del devenir de la humanidad la han enfrentado de manera distinta: desde la crueldad de la selección natural en la antigua Esparta, hasta el desarrollo de innumerables modalidades terapéuticas, que han tenido lugar con el auge científico y tecnológico de finales del siglo XIX hasta la actualidad ⁴¹.

Epígrafe 1.1: Breve trayectoria histórica de la discapacidad.

En la prehistoria, a medida que las distintas tribus y agrupaciones humanas se movilizaban buscando mejores cotos de caza o después mejores tierras para realizar sus cultivos, decidían abandonar a su suerte a las personas discapacitadas, para no entorpecer los desplazamientos del resto de la tribu. Durante la época florecimiento las primeras civilizaciones, 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 ^{42,43}.

La historia de los discapacitados no ha sido nunca estable ni segura, lo cierto es que las desviaciones de cualquier tipo siempre nos han parecido una amenaza, lo diferente nos molesta, pero al mismo tiempo tenemos una fuerte curiosidad por aquello que nos parece sobrenatural, desde considerarlos demonios hasta dioses, de lo mítico a lo vulgar. En esa eterna búsqueda nos hemos encontrado con contrastes muy notables; así como

entre los animales hay quienes destruyen a sus cachorros imperfectos o simplemente los dejan morir, existen animales que los protegen amorosamente ^{42,43}.

Los hombres también a lo largo de la historia les han dado diferentes tratamientos a las personas con algún tipo de discapacidad.

- En la Grecia del siglo IV a.C. El eminente filósofo Aristóteles trató de interpretar algunas desviaciones, existen registros de estudios de las diferencias físicas y mentales realizados por Diógenes, Hipócrates y Galeno quienes estudiaron la epilepsia, la demencia, entre otras formas atípicas.
- Los Indios Masai asesinaban a sus niños discapacitados.
- Los Chagga de Africa Oriental utilizaban a sus discapacitados para ahuyentar al demonio.
- Los antiguos Hebreos creían que los defectos físicos eran una marca del pecado.
- Los Jukun de Sudan consideraban que eran obra de los malos espíritus y los abandonaban para que murieran.
- Los Semang de Malasia empleaban a sus lisiados como hombres sabios.
- Para los Nórdicos los discapacitados eran verdaderos Dioses.

Durante la Edad Media, principalmente en Francia, se construyeron verdaderas fortalezas y ciudades amuralladas en donde se guardaban y escondían a centenares de personas con algún tipo de discapacidad.

En el siglo XIV, los nacidos con alguna deficiencia ya sea física, sensorial o mental, como la sordera, la ceguera, la parálisis, la cuadriplejía, entre otros, eran confinados a grandes encierros, en los que eran exhibidos los fines de semana a manera de espectáculo circense o de gran zoológico, para que las familias se divirtieran un poco o bien, manejando la consciencia social, rectificaran los actos cometidos en el pasado, por considerar a estos "monstruos" o "fenómenos" como la más grande señal de un castigo enviado por Dios ^{42,43}.

Esto fue lo que en términos generales la sociedad obligó a creer durante mucho tiempo a las personas con alguna deficiencia: personas

minusválidas, sin valor, incapaces de desarrollar una consciencia crítica, un sentimiento; seres por tanto, sin voz ni voto ^{42,43}.

Muchas son las personas discapacitadas que a lo largo de la historia de la humanidad han aportado su valiosa contribución heredándonos parte de su vida.

Una persona de nuestra época que brilló con luz propia a pesar de tener un cuerpo limitado a una silla de ruedas, manifestando una creatividad, inteligencia y sensibilidad superior a la de muchas personas fue Gabriela Brimmer, quien realizó cambios muy importantes en México, en favor de las personas con parálisis cerebral al describir el significado de "estar presos dentro de un cuerpo que no responde" y pese a ello escribir poesías, cuentos, ensayos, reunir escritores, formar círculo de intercambio de experiencias encabezando la lucha por los derechos de las personas con discapacidad. Realmente fue sobresaliente la actuación y la calidad de liderazgo de Gabriela Brimmer, quien con un tremendo esfuerzo personal y tan solo la movilidad de un dedo del pie izquierdo logró mover el corazón y la voluntad de millones de mexicanos y de otras personas de todo el mundo a favor del movimiento de discapacitados ⁴⁴.

El proceso de integración de las personas con discapacidad ha sido difícil y tortuoso por las barreras morales y prejuicios que deben abatirse para lograr su inserción a la sociedad. Sin embargo, mucho se ha avanzado en el campo de la integración laboral de las personas con discapacidad. En algunos países del mundo esto se hace por ley o políticas internas, y en otros por conciencia propia ⁴⁵.

Estos avances también se pueden observar en México. Cada vez más empresas públicas y privadas abren sus puertas y contratan a personas con diferentes discapacidades. Sin embargo, el esfuerzo que muchos profesionales realizan por la integración laboral de las personas con necesidades especiales no debe quedar en tan sólo hablar con empresarios, proponerlos para una ubicación y orientarlos para que conserven un trabajo.

En el mundo del trabajo, las personas con discapacidad son afectadas por patrones de discriminación como las altas tasas de desempleo, los prejuicios sobre su productividad y la falta de acceso al lugar de trabajo. ¿Cuáles son algunos de los indicadores del déficit de Trabajo Decente entre las personas con discapacidad?

- En el 2003, 40 por ciento de las personas con discapacidad en edad laboral en la Unión Europea (UE) tenía empleo comparado con 64,2 por ciento de las personas sin discapacidad. Además, 52 por ciento de las personas con discapacidad en edad laboral en la UE es económicamente inactivo, comparado con 28 por ciento de las personas sin discapacidad ⁴⁶⁻⁴⁹.

- Entre las personas con discapacidad, los hombres tienen el doble de probabilidad que las mujeres de tener trabajo.

- Las tasas de desempleo varían de acuerdo con el tipo de discapacidad, la más alta se encuentra entre las personas con enfermedad mental, seguido por la discapacidad física ⁴⁶⁻⁴⁹.

Si consideramos que la integración laboral es el fin último de una rehabilitación integral; con el que se logra la incorporación a la sociedad, hay que estar también en el hecho de que las personas que así lo deseen deben tener el derecho de poder desarrollarse y crecer también en este ámbito ⁴⁶⁻⁴⁹.

Es difícil pensar que toda persona que es diagnosticada con un estado de Invalidez, que pasa muchas veces por dolorosos procesos quirúrgicos, largas temporadas de rehabilitación, incorporación al sistema educativo o capacitación y finalmente al ámbito laboral, desee quedarse por siempre en un solo lugar.

Algunas de ellas, como muchas personas sin discapacidad sí se conforman con tan solo colocarse, pero otras no, desean seguir superándose profesional y económicamente; y si tienen la capacidad para ello, el hecho de tener una discapacidad no justifica que se le prive de nuevas oportunidades. Algunas empresas si conceden la oportunidad de trabajar y

progresar a cualquier persona, con o sin discapacidad, tan solo reconociendo sus capacidades, pero muchas otras, desafortunadamente no actúan de la misma manera ⁴⁶⁻⁴⁹.

Definitivamente no estamos de acuerdo con acciones bárbaras, crueles e inhumanas de otras culturas como la griega o espartana que mataban a sus discapacitados por no ser estéticamente perfectos, pero es increíble que aún en el siglo en que vivimos, en el que presumimos de enormes avances culturales realmente no se han erradicado muchas actitudes reprobables que aún hoy en día se siguen practicando, tales como el abandono, el ocultamiento, la segregación, la discriminación, la inequidad, la exclusión y la desigualdad de oportunidades.

Se debe aceptar que a pesar de la apertura que en la actualidad se esta experimentando, prevalecen muchas conductas discriminatorias en lo referente a las posibilidades de participación de las personas con discapacidad en el terreno social, escolar, laboral y otros, pues estas conductas se vinculan con una concepción del sujeto centrada en el déficit producido por causas orgánicas difícilmente modificables, innatas e incurables.

Epígrafe 1.2: Conceptos Básicos de Discapacidad.

Las palabras "deficiencia", "discapacidad", "minusvalía", representan comúnmente un cierto grado de confusión e imprecisión en su interpretación y uso entre la población general, motivo por el cual consideramos oportuno puntualizar con toda precisión su significado.

DEFICIENCIA:

Se define como toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, cualquiera que sea su causa, en principios las deficiencias representan trastornos a nivel de un órgano, pueden ser: temporales o parciales ⁵⁰.

Las deficiencias deben ser parte de un estado de salud, pero no indican necesariamente que esté presente la enfermedad o que el individuo sea considerado enfermo.

Son deficiencias: la pérdida de la visión, la pérdida de un miembro, la pérdida de la fuerza, sordera, retraso mental.

DISCAPACIDAD:

Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad, en la forma o dentro del margen, que se considera normal para un ser humano.

Dificultad para subir escaleras. Dificultad para hablar. Dificultad para arrodillarse. Dificultad de comprensión. Dificultad excretoria ^{50,51}.

Algunas Organizaciones Internacionales de Discapacitados definen a la discapacidad, como ese gran número de diferentes limitaciones funcionales de carácter temporal o permanente que se registra en la población mundial y que revisten la forma de deficiencias físicas, intelectuales o sensoriales, de una dolencia que requiera atención médica o incluso una enfermedad mental que limite la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social. Donde resulta importante señalar que este concepto, resulta más completo que el formulado por la Organización Mundial de la Salud, en virtud de que toma en consideración incluso las limitaciones que incorpora el entorno económico y social ⁵¹.

Otros autores definen la discapacidad como un Reflejo de las consecuencias de la deficiencia desde el punto de vista funcional y de la actividad del individuo; las discapacidades se presentan, por tanto la disminución de la función. Representa la pérdida de la capacidad para realizar una actividad en el ser humano, ej. no caminar, no poder comunicarse ⁵².

MINUSVALIA:

La Organización Internacional del Trabajo define la minusvalía como una situación desventajosa para una persona determinada, como consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad que limita o impide el desempeño de un papel social que es normal en su caso según su edad, sexo y factores sociales y culturales ⁵³.

Ocurre cuando las personas enfrentan barreras culturales, físicas o sociales, que les impiden el acceso a los diversos sistemas de la sociedad que están a disposición de los demás ciudadanos, constituyendo una situación de desigualdad.

La severidad de la minusvalía va a estar condicionada por los factores contextuales (ambientales y personales) en la que vive la persona, ej. Una sociedad con barreras (edificios inaccesibles) ó que no proporcione elementos facilitadores (baja disponibilidad de ayuda) restringirá la participación o integración del individuo con una deficiencia y discapacidad y su impacto será:

- No incorporación al empleo
- No recreación.
- Dependencia.
- Marginalidad.
- Pobreza.
- Morbilidad-mortalidad ⁵².

Epígrafe 1.3: Etiología de la discapacidad

Antes de abordar este tema creemos útil definir una serie de conceptos:

¿Qué significa riesgo? según el diccionario de la lengua española significa < contingencia o proximidad de un daño >. El diccionario epidemiológico de Last establece el riesgo como: la posibilidad de que un hecho ocurra, puede decirse que riesgo es la medida que refleja la posibilidad que se produzca un hecho o daño en la salud, enfermedad o muerte ⁵⁰⁻⁵².

Que es “un factor de riesgo”: se ha definido como factor de riesgo, como una característica, condición o circunstancia detectable en un individuo o grupo de personas y el ambiente, que se asocia con una posibilidad incrementada de desarrollar o experimentar una enfermedad o desviación de la salud, teniendo en cuenta estos antecedentes y los problemas que implican para el individuo, familia y la sociedad, es que se debe tener en cuenta cuales son los factores de riesgo de discapacidad ⁵⁰⁻⁵².

Los factores de riesgo de discapacidad se dividen en:

Factores de riesgo predisponentes.

Factores de riesgo facilitadores.

Factores de riesgo protectores.

Factores de riesgo potenciales.

Dentro de los factores de riesgo predisponentes tenemos:

- alteraciones genéticas.
- biológicas.
- inmunológicas.
- nutricionales.
- edad- sexo.
- valores y estilo de vida

Dentro de los factores de riesgo facilitadores se tienen:

- grado de instrucción.
- ingresos reducidos.
- alimentación deficiente.
- asistencia médica insuficiente y no oportuna.

Dentro de los factores de riesgo protectores se tienen:

- comunidad adecuada y segura.
- redes sociales.
- grado de información sobre discapacidad y su prevención.

Factores de riesgo potenciales se tienen:

- autoestima pobre.
- apoyo filial deficiente.
- inestabilidad emocional.
- poca posibilidad laboral.
- barreras arquitectónicas y sociales.
- tiempo de discapacidad sin tratamiento ⁵⁰⁻⁵².

Epígrafe 1.4: Estrategia de prevención de discapacidades.

Los sistemas nacionales de salud de muchos países como México, Canadá, Cuba, España realizan diversas acciones para la prevención de discapacidad, estas acciones se encuentran divididas en tres niveles de

atención; primarios, secundarios y terciarios en el cual se intenta garantizar todos los problemas de salud de la sociedad. En cada uno se definen distintas estrategias con el único fin de lograr y dar coberturas de salud a toda la población que lo necesita.

Prevención primaria:

El propósito de este nivel es prevenir mediante el control de los factores causales o de riesgo: predisponentes y facilitadores, protectores o potenciadores. En el caso de los factores predisponentes tenemos las alteraciones genéticas, ej. Mediante el control de las embarazadas se realizan los ultrasonidos para la detección precoz de anomalías congénitas.

En el caso de los riesgos facilitadores, ej. Está en los relacionados con la asistencia médica deficiente o no oportuna.

En el caso de los factores de riesgo protectores, se elaboran toda una serie de campañas informativas sobre la prevención de la discapacidad a través de sus principales causas. En el caso de los factores de riesgo potenciadores ej.: la inestabilidad laboral, existen a nivel internacional toda una serie de leyes que protegen a los discapacitados y algunas leyes específicas de acuerdo a las características del país, aunque aún el desempleo en este grupo poblacional continua siendo uno de los principales problemas. En este nivel actúa el equipo de rehabilitación que tiene entre sus funciones actuar en la prevención de discapacidades en su radio de acción ⁵².

Prevención secundaria

Persigue la curación de los pacientes y la reducción de las consecuencias más graves de la enfermedad, mediante diagnóstico y tratamientos precoces; en esencia, su finalidad es detener o retardar el progreso de una enfermedad y sus secuelas en cualquier punto desde su inicio. Su blanco es el período entre el comienzo de la enfermedad y el momento en que se realiza el diagnóstico ⁵².

Prevención terciaria:

Tiene como propósito retrasar la aparición o el progreso de complicaciones de una enfermedad ya establecida en su etapa clínica por lo que constituye un aspecto importante de la terapéutica y la medicina rehabilitadora, consiste en la aplicación de medidas encaminadas a reducir las secuelas y discapacidades, minimizar los sufrimientos causados por los daños a la salud y facilitar la adaptación de los pacientes a enfermedades incurables ⁵². Existen diversos grados de discapacidad de acuerdo a la limitación funcional que presente el paciente discapacitado estos grados le permiten al médico poder conocer mejor cuáles son las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal.

Grados de discapacidad según el grado de limitación en las actividades de la vida diaria(AVD):Se define como actividades de la vida diaria al conjunto de actividades que realiza una persona para vestirse, comer, aseo e higiene personal) que también son conocidas como autocuidado, existen otras actividades de la vida diaria como son las comunicación, actividades intrínsecas (levantarse, agacharse, reclinarse, entre otros.) y funcional (llevar, elevar, empujar, entre otros.) función sensorial, funciones manuales, función sexual, actividades sociales y de ocio ⁵⁵.

Al tener en cuenta estas funciones se han definido los grados de discapacidad:

GRADO I: discapacidad nula. La deficiencia no limita las AVD.

GRADO II: discapacidad leve. Presenta alguna dificultad en AVD pero puede realizar en la práctica, la totalidad de las mismas.

GRADO III: discapacidad moderada. La deficiencia causa una imposibilidad o disminución importante de la capacidad de la persona para realizar algún AVD, siendo independientes en las actividades de auto cuidado.

GRADO IV: discapacidad severa. Disminución importante a imposibilidad para la realización de la mayoría de las actividades de la vida diaria, pudiendo estar afectada alguna de las actividades de auto cuidado.

GRADO V: discapacidad grave. Imposibilita todas las actividades de la vida diaria ⁵⁶.

Epígrafe 1.5: Manifestaciones actuales de la discapacidad. Estudios realizados.

Al nivel internacional la importancia de los problemas económicos y sociales de la discapacidad está dada si consideramos que en el mundo hay más de quinientos millones de personas discapacitadas, y que en todas partes se cometen abusos contra sus derechos derivados entre otras cosas de prejuicios seculares ⁵⁷.

De acuerdo al análisis de la discapacidad en el mundo, conforme al Dossier Informativo sobre las Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, señala que un 98% de las personas discapacitadas que viven en los países en vías de desarrollo no tienen acceso a los servicios de rehabilitación; que hay 20 millones de personas que necesitan sillas de ruedas; que 100 millones de personas padecen minusvalía causada por la mal nutrición; que en ningún país se cuenta con sistemas de transporte accesibles totalmente; que en algunos países el 90% de los niños discapacitados no vive más de 20 años, entre otros datos ⁵⁸.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos considera "que todos los seres humanos nacen libres y en igualdad de condiciones. También considera que es un ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben de esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades y se esfuercen para que su aplicación sea universal y efectiva" ⁵⁹.

El logro de la igualdad de oportunidades para todas las personas con discapacidad, sin ningún tipo de discriminación es una contribución fundamental al esfuerzo mundial de movilización de recursos humanos es parte de la democracia e igualdad social por la que luchamos millones de personas en todo el mundo ^{58,59}.

Mientras que aumenta la retórica y el enfoque en asuntos relacionados con la igualdad, todavía existe una gran distancia que separa las palabras de la

acción^{58,59}. La atención especial a los discapacitados es relativamente reciente, se puede considerar el año 1981 como el momento en el que se inician los trabajos de manera organizada en función de este objetivo, con la declaración del “Año Internacional de la persona con Discapacidad” y la aprobación por la Asamblea General de las Naciones Unidas un año más tarde del “ Programa de Atención Mundial para personas con Discapacidad” que tiene la finalidad de garantizar las bases jurídicas en los países miembros en función de que las personas con discapacidades asuman las mismas obligaciones y derechos de los demás^{60,61}.

En diciembre del 2005 se aprobó por la Asamblea General de la ONU la “Convención sobre los derechos de la Persona con Discapacidad”^{60,61}.

La discapacidad en las Américas es un tema complejo, de enorme repercusión social y económica, pero del que se carece de datos fehacientes. Los estudios estadísticos son escasos, están desactualizados y son poco precisos; por ello, el trabajo en políticas o programas relacionados con la discapacidad se basa en datos estimados y, en ocasiones, bastante alejados de la realidad de los países⁶²⁻⁶⁴.

Las tendencias actuales señalan un aumento cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y por causas externas. Sin duda alguna, los conflictos armados, los accidentes de todo tipo, el uso y abuso de alcohol y drogas, y la violencia social son también causas de discapacidad. En la celebración del Día Internacional de las Personas con Discapacidad, José Javier Osorio Salcido, secretario técnico del Consejo Nacional en la materia, resaltó que la tercera parte de las deficiencias físicas se deben a enfermedad, 23,0 % a la edad avanzada, 20,0 % son hereditarias y 18 % se originan por accidentes, principalmente de tránsito. De estos últimos, comentó que son causantes de la cuarta parte de las discapacidades motrices⁶²⁻⁶⁴.

En Argentina las entidades especializadas en el tema coinciden afirmar que cerca de 15.000 personas por año quedan con alguna discapacidad permanente, como consecuencia de accidentes de tránsito.

Esto significa aproximadamente el doble de las que mueren en ese tipo de siniestros ^{65,66}.

En el Ecuador, el 12,1% (1 608 334 personas) de la población sufre algún tipo de discapacidad. Según la Encuesta Nacional de Discapacidad 2005, que realizó la Confederación Nacional de Discapacidades (Conadis), 3 190, por accidentes de tránsito; 5 429, por accidentes de trabajo y domésticos; 116, por accidentes deportivos; 517, por violencia doméstica y 30, por desastres naturales o guerra ^{65,66}.

En Perú, solo en los últimos cuatro años 117 900 personas sufrieron accidentes de tránsito (urbano y carreteras) que les causaron una discapacidad permanente. La mayoría son hombres de entre 15 y 39 años de edad, de acuerdo con el Ministerio de Salud, que ubica este problema como la tercera causa de Años de Vida Saludable Perdidos (Avisa) en el país ⁶⁷.

Detrás de cada número frío de heridos y muertos, hay familias que deben afrontar las consecuencias económicas, físicas y psicológicas de la muerte o la discapacidad de un ser querido.

Otras condiciones que favorecen ese aumento de las discapacidades son el envejecimiento de la población, la desnutrición, el abandono infantil, la marginación de grupos sociales como los pueblos indígenas, la pobreza extrema, el desplazamiento poblacional y los desastres causados por fenómenos naturales ⁶⁸.

La población de América Latina ha envejecido a un ritmo acelerado como consecuencia del descenso de las tasas de natalidad, el aumento de la esperanza de vida y la vigencia de derechos humanos y civiles, sobre todo durante la segunda mitad del siglo XX ⁶⁸.

La urbanización, la industrialización, el uso de tecnologías modernas en el sector salud y la mayor cobertura en educación son factores que modifican la situación epidemiológica. Al mismo tiempo, en los países en desarrollo coexisten patologías de las etapas anteriores, tales como las enfermedades infecciosas, por vectores, parasitarias y nutricionales ⁶⁸.

Los cambios demográficos conducirán a un aumento mundial de la población, pero con modificaciones en su composición con una desviación hacia los grupos de adultos y ancianos expuestos a sufrir más enfermedades simultáneas y por períodos más prolongados que la población infantil. La cifra actual de 91 millones de personas de 60 años y más se duplicará en las dos primeras décadas del siglo XXI y las enfermedades cardiovasculares causarán tres veces más defunciones y discapacidades que las infecciosas ⁶⁸.

En 1998, la Organización Panamericana de la Salud coordinó un estudio multicéntrico sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE) en siete ciudades: Buenos Aires (Argentina), Bridgetown (Barbados), São Paulo (Brasil), Santiago de Chile (Chile), La Habana (Cuba), Ciudad de México (México) y Montevideo (Uruguay). En el estudio se encontró que menos de 50% de la población de 65 años y más notificó que gozaba de salud buena o excelente, en contraste con 76% de la población de la misma edad en el Canadá y los Estados Unidos de América ⁶⁹.

Las personas que presentan algún tipo de discapacidad —sin distinción de clase social, raza, cultura, género, edad y condición económica, pertenecientes a un grupo familiar o solas— demandan de la sociedad el derecho a una vida en igualdad de condiciones. Esto se traduciría en el acceso equitativo a los servicios de salud, educativos, ocupacionales y recreativos, así como en el ejercicio de sus derechos, civiles y de otro tipo, para tener una vida digna y de buena calidad, además de participar plenamente en la sociedad y contribuir al desarrollo socioeconómico de su comunidad ^{69,70}.

Para que las personas con discapacidad tengan una calidad de vida aceptable y la puedan mantener, se requieren acciones de promoción de la salud, prevención de la discapacidad, recuperación funcional e integración o inclusión social. La rehabilitación es un componente fundamental de la salud pública y es esencial para lograr la equidad, pero también es un derecho fundamental y, por lo tanto, una responsabilidad social ⁷⁰.

Al establecer en 1982 el Programa de Acción Mundial sobre Personas con Discapacidad, la Asamblea General de las Naciones Unidas reafirmó el derecho de esas personas a la igualdad de oportunidades, la participación plena en las actividades económicas y sociales, y la igualdad en el acceso a la salud, la educación y los servicios de rehabilitación. La integración de las personas con discapacidad es responsabilidad del conjunto de la sociedad, no solo del Estado, y debe comprender la atención médica, el fomento del empleo, la práctica de la recreación y los deportes, la accesibilidad del medio físico y la rehabilitación ⁷¹.

En estudios que se han realizado recientemente se han podido recoger una serie de datos que conforman la Prevalencia de la discapacidad por países en Latinoamérica.

En Argentina existen 2.217.500 personas con discapacidad lo que representa el 6,80%, Bolivia (741.382 discapacitados 9,26%), Brasil (10.000.000 discapacitados para un 6,00 %), Chile (958.500 discapacitados para 6,39 %), Colombia (4.992.000 discapacitados lo que representa el 12,00% de la población), Costa Rica (363.480 para un 9,32%), Ecuador (1.636.800 personas discapacitadas para un 13,20 %)Guatemala 1.887.000 lo que representa un 17,00 %), Honduras (700.000 para un 14,00 %), México (10.000.000 para un 10,00 %), Nicaragua (593.880 discapacitados para un12,12 %), Perú (7.882.560 para un 31,28 %), Uruguay (495.000 lo que representa un 15,00 %), en el caso de Venezuela existen 2.370.000 discapacitados lo que representa el 10,00 % de la población⁷².

La falta de información es sin duda uno de los mayores problemas en este campo, porque la falta de datos precisos y fiables sobre la población con discapacidad hace más difícil programar, prevenir o incluso abogar por la elaboración de políticas o programas nacionales sobre el tema. La realidad es que el número de personas con discapacidad en las Américas es superior al que se notifica ⁷².

En los Estados Unidos, más de 40 millones de personas padecen un impedimento físico o mental que afecta significativamente sus actividades

personales o su desempeño laboral. Actualmente, el costo total anual de estas discapacidades se calcula en \$300,000 millones ⁷³.

En el caso de México, de acuerdo con los Resultados Definitivos Tabulados Complementarios de la Encuesta sobre Discapacidad realizada por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), esta importancia se refleja en el hecho de que a nivel nacional, de un total de 19, 848, 319 hogares (100%), 1, 915, 137 hogares (9.65%) tienen al menos un miembro integrante con algún tipo de discapacidad ⁷⁴.

De acuerdo con los informes elaborados por la Subcomisión de Rehabilitación Laboral, Capacitación y Trabajo señalada, del total de discapacitados que tiene registrados, el 53 % lo es de discapacidad locomotora, el 20 % de discapacidad intelectual, un 18 % del lenguaje o del habla, y un 9 % lo es de discapacidad visual. Asimismo, del total de hogares con algún miembro discapacitado el 9.03% percibe entre tres y cinco salarios mínimos, y el 13.78% no percibe ninguno ⁷⁴.

Conforme al Sistema Nacional de Información sobre Población con Discapacidad en México, existían en el año (2005) 741 asociaciones de personas con discapacidad. Asimismo de las 741 asociaciones, 262 (35.36%) atienden el tipo de discapacidad visual, 242 (32.66%) la auditiva, 298 (40,21%) la del habla o del lenguaje, 435 (58.70%) la discapacidad neuromotriz, 403 (54.38%) la intelectual, y 69 (9.31%) atienden otro tipo de discapacidad, pudiendo atender una asociación varios tipos ⁷⁴.

En igual forma los servicios que brindan estas asociaciones son: atención médica 191 (25.77%), rehabilitación física 401 (54.12%), educación especial 432 (58.29%), orientación psicológica 372 (50.20%), capacitación laboral 386 (52.09%), eventos deportivos y recreativos 460 (62.08%), eventos culturales y artísticos 345 (46.56%), y otro tipo de servicio 176 (23.75%), pudiendo una asociación incidir en varios servicios ⁷⁴.

Así pues, el rango social de la discapacidad se puede valorar si se toma en cuenta que en México se estima que existen al menos 10 millones de personas con alguna de sus manifestaciones, cifra que, por género, se

distribuye 50% mujeres y 50% hombres. Algo delicado es que cerca de 2 millones 500 mil personas con discapacidad, son niñas y niños ⁷⁴.

Detrás de ese impacto demográfico alarmante, se tiene que tomar en consideración que solamente el 24% del total de personas con discapacidad, cuentan con algún empleo e ingreso; el 76% restante es considerado como población inactiva. Lo que constituye una desigualdad profunda que se debe valorar ⁷⁴.

En efecto, se debe mencionar que de las personas con discapacidad que no tienen empleo, el 52% no lo tienen debido a su condición, entiéndase por ello, que el mercado de trabajo y la sociedad no los considera aptos para emplearlos. Esto último debe contrastarse con el hecho de que sólo un 30% de las personas con discapacidad no empleadas, realmente está imposibilitada para trabajar, ya sea por problemas crónicos de salud, avanzada edad o incapacidad total; del mismo modo que un 15% vive de sus rentas, al amparo de pensiones o jubilaciones ⁷⁵.

De fondo, cabe destacar que de los 10 millones, el 82% depende parcial o totalmente de sus familiares o amigos y el 2% de la caridad y aún de la limosna. Como puede apreciarse, 10 millones de mexicanos en esta condición, implican al 10% de la población y sus efectos se multiplican si consideramos lo que representa en costo de sobrevivencia para las familias ⁷⁵.

El número total de personas con discapacidades en España es 3.528.221, un 9% de la población. La mayor parte de ellas corresponde a mujeres (2.055.251, un 58%; 1.472.970 varones). La cifra de personas de 65 y más años con discapacidades es 2.072.652, un 32,2% de la población de ese grupo de edad ⁷⁶.

En Cuba un estudio de prevalencia de 1995 arrojó que el 7 % de la población tenía algún tipo de discapacidad, correspondiendo el 6,4 % al sexo masculino y el 7,14 % al sexo femenino. Se determinó, además que las principales causas de discapacidad son enfermedades crónicas no transmisibles y los daños en el sistema nervioso central así como los

trastornos mentales.⁷⁷ 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.

Estudios más recientes en Cuba realizados durante los años 2001 al 2003 arrojó que el total de personas con discapacidad en el país, ascendió a 366 864 para una tasa de 3,26 por cada 100 habitantes. Guantánamo fue la Provincia con la tasa más alta 4,13. Le sigue por orden decreciente: Cienfuegos, Santiago de Cuba, Camagüey, Pinar del Río, Villa Clara, Sancti Spíritus, Las Tunas, Holguín. Todas ellas por encima de la tasa nacional.

La tasa promedio para todos los grupos de edades es de 2, 01 y encontrando la mayor prevalencia en el grupo de edades de 60 años y más, con una tasa de 7,36 por cada 100 habitantes. El sexo que predominó fue el sexo masculino para un 51,32%⁷⁷.

Recientemente se han realizado otros trabajos sobre discapacidad física tal es el caso del estudio hecho por Arce Morena y colaboradores sobre la caracterización de personas con discapacidad física atendidos en el consultorio médico 3 del policlínico Dr. Tomás Romay del año 2009⁷⁸, donde por cada 1 000 habitantes 63 tenían algún tipo de discapacidad. Según la escala de Barthel que mide la gravedad de la invalidez, del total de las personas estudiadas con discapacidades, 108 tenía dificultad en la ejecución de distintas actividades. Bayarre Veá y colaboradores con su estudio sobre los modelos para el vaticinio de discapacidad física en adultos mayores en el nivel primario de atención del año 2009 encontraron que predominaban las discapacidades en provincias como Ciudad de la Habana seguidos por Camagüey y luego Las Tunas⁷⁹. Otros estudios específicamente sobre los factores de riesgo de discapacidad física en ancianos de Ciudad de la Habana, Camagüey, Las Tunas, Granma y Holguín realizado en el año 2008 por Pérez Piñero y colaboradores demostraron que la probabilidad de discapacidad física está influida por las variables siguientes: sexo, inadaptación a la jubilación, pérdida del rol social, edad, sentimientos de soledad y escolaridad; para los de Camagüey: por la

edad, secuela posfractura de cadera, ausencia de confidentes, insatisfacción con actividades cotidianas, presencia de sentimientos de soledad y ocupación; para los de Las Tunas: por la edad, la ocupación, el sexo, la sensación de inactividad, la insatisfacción con actividades cotidianas y la escolaridad; para los de Granma: por la edad, la inadaptación a la jubilación, la pérdida del rol social, la presencia de sentimientos de soledad y el sexo; y para los de Holguín: por la edad y la insatisfacción con actividades cotidianas ⁸⁰.

En Venezuela se conoce que el 10 % de la población presenta algún tipo de discapacidad ⁸¹, sin embargo no se encontró en la bibliografía revisada estudios sobre áreas de salud, sólo de algunos municipios los cuales fueron realizados en el año 2008 por un grupo de especialistas cubanos (Máster en asesoramiento Genético, defectólogos, y Médicos de la familia en conjunto con el frente Francisco de Miranda) dando cumplimiento a los acuerdos establecidos por el ALBA mediante la misión José Gregorio Hernández. Al tener en cuenta la importancia del conocimiento de la discapacidad física en el área de trabajo del fisiatra en la atención primaria de salud se dio a la tarea de conocer el total de discapacitados físicos del área, los principales factores de riesgo que incidían en la zona así como el grado de severidad para poder trazar estrategias de salud en beneficios de este tipo de pacientes en el área de salud donde se laboró y que a la vez sirviera para conocimiento de los médicos de la familia de la comunidad, los líderes de la zona, organizaciones para discapacitados y así poder intervenir directamente a favor de este grupo de pacientes vulnerables.

DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

En el estudio se definió como universo a la totalidad de residentes del Área de Salud Integral de Fraternidad (23 247 habitantes), seleccionando como población de estudio a los residentes con discapacidad física de ambos sexos y

de cualquier edad identificados en los diferentes consultorios enclavados en el área de salud en el periodo comprendido enero 2007 – diciembre 2007.

Una población estratificada por grupo etario conformada de la siguiente manera:

de 0-9 años... .39 personas

de 10 a 19 años... 65 personas

de 20 a 30 años... 105 personas

de 31 a 60 años... 131 personas

y más de 60 años..236 personas

Total de sujetos estudiados: 576 personas.

Los intervalos de los grupos etarios se corresponden con la clasificación actual dada por la Organización Panamericana de la Salud, la cual define el grupo de 0-9 años como niños, de 10-19 años adolescentes, de 20 a 30 años jóvenes, de 31 a 60 años adultos y más de 60 años adulto mayor.

Se realizó una investigación observacional con un diseño descriptivo transversal en el periodo comprendido enero 2007 diciembre 2007 en el Área de Salud Integral de Fraternidad perteneciente al municipio Puerto Cabello del Estado Carabobo de la República Bolivariana de Venezuela.

Para la realización del mismo se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión:

Todo paciente discapacitado físico vivo en el periodo de estudio y residente en el área de salud de Fraternidad

Voluntariedad de participar en el estudio

- Criterios de exclusión

Otros tipos de discapacidades

Discapacidades temporales

- Criterios de salida:

Fallecimiento

Traslado de domicilio hacia otra zona no perteneciente al área

Abandono del estudio

Métodos y técnicas empleadas en la investigación.

Variable dependiente: Tendencias del comportamiento de la tasa de prevalencia de la discapacidad física en la zona atendida

Variable independiente: Caracterización de la discapacidad física en la población de la sala de rehabilitación integral

Los **métodos y técnicas** empleados en la investigación fueron:

Métodos del nivel teórico:

El **método histórico - lógico:** en la búsqueda de los antecedentes existentes que tratan la discapacidad física en la población.

El **método analítico - sintético:** en el análisis de las fuentes de información encontradas y su posterior utilización; así como para la interpretación de la información obtenida por los métodos empíricos.

El **método inductivo - deductivo:** Al concretar los supuestos teóricos y las categorías y para la caracterización de la discapacidad física en la población de la sala de rehabilitación integral

Métodos del nivel empírico

La **encuesta** utilizada como técnica de recolección de información validada por la autora y aprobada para ser aplicada por un equipo de investigadores que apoyaron este trabajo científico, la que se confeccionó según criterios de la revisión bibliográfica relacionada con el tema investigado y con las variables que de forma directa o indirecta estaban en los pacientes del Servicio de la sala de rehabilitación (Anexo 3).

Entrevista no dirigida: La que fue aplicada en el intercambio que los investigadores realizaron con los pacientes en estudio.

Observación: En el desarrollo de la investigación para constatar los resultados obtenidos en la aplicación de la encuesta y entrevista y así triangular estos resultados.

Para dar respuesta al objetivo específico número 1” Identificar las manifestaciones de la discapacidad física en correspondencia con variables sociodemográficas de estudio en la población en el Área de Salud Integral Fraternidad en el año 2007 ”se diseñó un estudio cualitativo a partir de una encuesta de preguntas cerradas que exploran la edad , el sexo, la procedencia

y presencia de amparo filial cuyos resultados se evaluaron mediante métodos de estadística descriptiva y análisis de frecuencia expresándose en tablas y gráficos.

Para dar salida al objetivo número 2 y 3: “Determinar la asociación de los factores etiológicos con la discapacidad física en la población del Área de Salud Integral Fraternidad en el año 2007”.y” Evaluar el grado de discapacidad física de la población objeto de estudio en el Área de Salud Fraternidad año 2007.” se diseñó y se impartió un curso de capacitación (Anexo 1) a los médicos de la familia del área, por parte del residente de medicina física y rehabilitación sobre la etiología de la discapacidad física y el uso del instrumento de evaluación con el empleo del índice de Barthel para determinar el grado de discapacidad física, los resultados fueron evaluados por métodos pedagógicos según el Ministerio de Educación Superior de Postgrado de la República de Cuba Se realizó un control de la calidad al 10% de las encuestas que se seleccionaron al azar, lográndose la validación interna y externa de la investigación.

Para darle salida al último objetivo” Conocer la tasa de prevalencia de discapacidad física” como indicador de salud.se utilizó la estadística descriptiva vaciando los datos obtenidos mediante la encuesta realizada

Método estadístico: Se utilizó la estadística descriptiva para organizar y representar el comportamiento de las variables, se aplicó el cálculo porcentual, tasas como medida resumen, así como tablas de doble entrada y de distribución de frecuencia, presentando los resultados a través de gráficos para ilustrar y presentar las respuestas de medida de las variables de estudio.

Para la realización del estudio se seleccionaron las siguientes variables de medición de respuesta al atender a la naturaleza del objeto de investigación.

Operacionalización de variables:

Para darle salida a los objetivos se estudiaron las variables siguientes:

VARIABLE	ESCALA DE CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA ESCALA
----------	-------------------------	-------------------------------------

<p>1. Edad</p> <p>Cuantitativa continua</p>	<p><u>Grupos etarios.</u></p> <p>Niñez 0-9 años</p> <p>Adolescencia 10-19 años</p> <p>Juventud 20-30 años</p> <p>Adultés 31-60 años</p> <p>Adulto Mayor más de 60 años</p>	<p>Se consideró la edad en años cumplidos al momento de la investigación, a partir de la cual se clasificaron los sujetos en cinco grupos etarios</p>
<p>2. Sexo</p> <p>Dicotómica Cualitativa nominal</p>	<p>Masculino</p> <p>Femenino</p>	<p>Según sexo biológico.</p>
<p>3. Amparo filial</p> <p>Cualitativa nominal</p>	<p>Con amparo</p> <p>Sin amparo</p>	<p>Se considerará con amparo filial la presencia de algún familiar con vínculo directo y cuidado del discapacitado. Sin amparo la ausencia de algún familiar o cuidador del discapacitado.</p>
<p>4. Procedencia geográfica</p> <p>Cualitativa nominal</p>	<p>Urbano</p> <p>Rural</p>	<p>Se considerará urbano aquel lugar de residencia con infraestructura de corriente eléctrica, acueducto, viales asfaltados y rurales en otro caso.</p>

<p>5. Tipo de discapacidad física</p> <p>Cualitativa nominal</p>	<p>Neurológica</p> <p>Osteomioarticular</p> <p>Otras</p>	<p>-Neurológicas: Monoplejías cuando se afecta un solo miembro, paraplejías cuando afecten los dos miembros inferiores, cuadriplejías afecta los cuatros miembros, hemiplejías afecta un hemicuerpo, Parálisis cerebral, Lesión de nervios periféricos, causa congénita o tumoral</p> <p>-Osteomioarticular: amputaciones cuando falta una parte o completo de uno o más miembros, secuelas posfractura, congénita degenerativas, tumoral, limitaciones articulares cuando la articulación no completa el arco articular, impotencias funcionales cuando se afecta una o más funciones especifica de una parte del cuerpo del paciente.</p> <p>-Otras Afectaciones físico motoras que no tengan su origen en procesos neurológicos o del Soma.</p>
--	--	--

<p>6. Causa de la discapacidad</p> <p>Cualitativa nominal</p>	<p>-Causa perinatal</p> <p>-Malformaciones congénitas</p> <p>-Enfermedades infecciosas</p> <p>-Enfermedades crónicas no transmisibles</p> <p>-Accidentes</p> <p>-otros</p>	<p>-Causas perinatales (Alteraciones que se hayan producido en el embarazo parto o los primeros días de nacido).</p> <p>-Malformaciones congénitas.</p> <p>-Enfermedades Infecciosas.(Cualquier proceso infeccioso que provoque discapacidad y que haya ocurrido en la infancia, adolescencia, juventud, adultés o adulto mayor)</p> <p>-Enfermedades crónicas no transmisibles (Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, etc.)</p> <p>-Accidentes (Heridas por armas de fuego. Heridas por arma blanca. Accidentes de tránsito. Accidentes del hogar. Accidentes laborales).</p> <p>-Otras causas.</p>
<p>7.Grado de discapacidad (Índice de Barthel)</p>	<p>0-20: Dependencia total o grave. Grado V</p> <p>21-60: Dependencia severa. Grado IV</p>	<p>GRADO I: discapacidad nula. La deficiencia no limita las AVD.</p> <p>GRADO II: discapacidad</p>

<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>61-90: Dependencia moderada. Grado III 91-99: Dependencia leve. Grado II 100: Independencia. . Grado I</p>	<p>leve. Presenta alguna dificultad en AVD pero puede realizar en la práctica, la totalidad de las mismas.</p> <p>GRADO III: discapacidad moderada. La deficiencia causa una imposibilidad o disminución importante de la capacidad de la persona para realizar algún AVD, siendo independientes en las actividades de auto cuidado.</p> <p>GRADO IV: discapacidad severa. Disminución importante a imposibilidad para la realización de la mayoría de las actividades de la vida diaria, pudiendo estar afectada alguna de las actividades de auto cuidado.</p> <p>GRADO V: discapacidad grave. Imposibilita todas las actividades de la vida diaria.</p>
----------------------------	---	---

Aspectos éticos.

Se solicitó la autorización al Consejo Científico del Área de Salud Fraternidad en el municipio Puerto Cabello del Estado Carabobo en Venezuela; se ajustaron las normas planteadas en la declaración de Helsinki (Consentimiento Informado) (Ver anexo 2) y al Código de Ética de Salud Pública. Se pidió la autorización a los participantes en este estudio para la realización del mismo y se le ofrecieron explicaciones pormenorizadas de los aspectos esenciales que se proponen alcanzar. Además se solicitó el apoyo a la dirección del área de salud y al personal médico que labora en dicha unidad para la ejecución de esta investigación, con la cual una vez identificado este grupo poblacional implementarán intervenciones para elevar la calidad de vida.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La discapacidad que afecta a la población constituye un problema de salud por su impacto sobre la calidad de vida, su repercusión sobre la familia, y los recursos que debe destinar la sociedad para su atención ⁸², para poder enfrentarlo se hace necesario tener conocimientos sobre las características fundamentales de la discapacidad en el área donde nos encontremos laborando para así poder trazar estrategias de salud en beneficio de este grupo poblacional.

Con la aplicación de las diferentes técnicas investigativas y de procesamiento de la información recogida respecto a las variables seleccionadas se encontraron los siguientes resultados:

Al analizar la relación existente según grupos etarios por sexo (Tabla 1) encontramos que existe un predominio del sexo masculino (357 pacientes para un 61.9 %) en todos los grupos etarios a excepción del grupo de 30 a 60 años (adultos) donde hubo un ligero predominio del sexo femenino con 70 pacientes discapacitadas en relación con 61 del sexo masculino, los varones presentan tasas superiores a las mujeres en la niñez, adolescencia, juventud y adultos mayores. Los grupos etarios predominantes fueron los de 31 a 60 años (adultés) con 131 pacientes discapacitados (22.8%) y los de más de 60 años (Adulto Mayor) con 236 pacientes (40.9%) lo cual está en correspondencia con la pirámide poblacional del área en la cual existe una tendencia al envejecimiento poblacional, existiendo coincidencia con el estudio realizado en España ⁷³ donde se encontró un aumento de discapacitados en el grupo de adultos mayores y el sexo predominante fue el masculino, en Cuba en el año 2009 se realizó un trabajo sobre la caracterización de la discapacidad física en un consultorio del policlínico Dr. Tomás Romay en Artemisa⁷⁵, donde también existió similitud con los datos de esta investigación; estos resultados se deben sobre todo a la baja natalidad existente y al envejecimiento poblacional que existe en los países desarrollados y en vías de desarrollo. Sin embargo en estudios relacionados sobre discapacidad en Nicaragua en el año 2003⁵⁹ presentaba un mayor número de pacientes en el sexo femenino en todos los

grupos etarios pero se mantenía el grupo del adulto mayor como mayor exponente de los casos de discapacidad.

Tabla 1: Relación grupo etario por sexo. Discapacitados dispensarizados. Área de Salud Fraternidad. 2007.

Grupo etario	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No	%
	No	%	No	%		
0 – 9 años	25	4.3	14	2.5	39	6.8
10 – 19 años	46	7.9	19	3.4	65	11.3
20 – 30 años	67	11.8	38	6.4	105	18.2
31 – 60 años	61	10.5	70	12.3	131	22.8
Más de 60 años	158	27.4	78	13.5	236	40.9
Total	357	61.9	219	38.1	576	100

Fuente: Entrevista. 2007

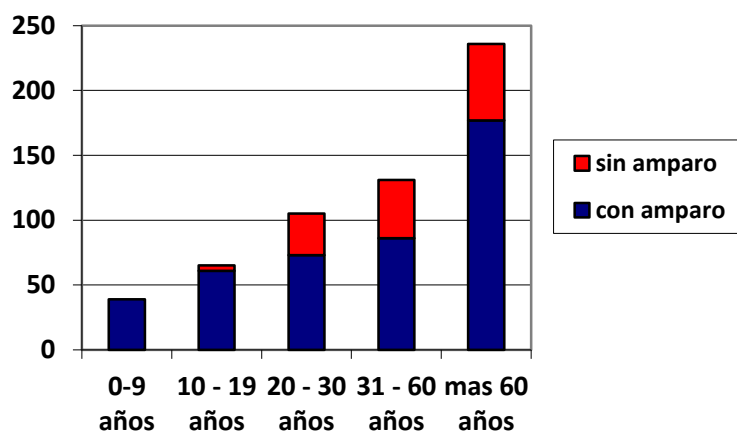
Existen circunstancias concretas que han influido en las condiciones de vida de las personas con discapacidad física: la soledad, el abandono y el miedo son factores sociales que a lo largo de toda la historia han aislado a las personas con discapacidad y han retrasado su desarrollo. En el estudio realizado (Tabla 2 (anexo 5), que responde a la Ilustración1, se encontró que en los grupos etarios de 31 a 60 años y de más de 60 años es donde más discapacitados físicos existen sin amparo filial con cifras de 45 (7.9%) y 59 (10.1%) pacientes respectivamente.

Para todas las familias es impactante el diagnóstico de la llegada de un o una integrante con alguna discapacidad. De manera general, la primera reacción es la negación.

Esto implica el inicio de un desgarrador recorrido en busca de especialistas con el propósito de que alguno desmienta lo prescrito. Una vez agotadas todas las posibilidades, comienza entonces el período de aceptación o en muchos casos el abandono del familiar discapacitado.

EL resultado de este trabajo presenta coincidencia con otros estudios de factores de riesgo de la discapacidad⁵³, donde predominaban dentro de los factores biopsicosociales de su estudio el abandono familiar y los sentimientos de soledad en los pacientes de la edad adulta; por su parte otros autores⁷⁷ realizaron un estudio sobre diversos factores de riesgo de discapacidad física en cinco provincias de Cuba, encontrando dentro de estos factores de riesgo la presencia de soledad sobre todo en los adultos y adultos mayores de las regiones estudiadas.

Ilustración 1: Relación de grupo etario con amparo y sin amparo filial en discapacitados. Área de Salud fraternidad 2007.



Fuente: Entrevista 2007. (Tabla 2.anexo 5)

La Organización Internacional del Trabajo plantea que cerca del 80 % de todas las personas con discapacidad vive en las zonas rurales de los países en vías de desarrollo y tienen poco o ningún acceso a los servicios que requieren, estudios

realizados en España⁷³, también plantea un mayor predominio de discapacitados en zonas rurales encontrando como principales causas el déficit de atención médica en estos sectores de la población lo que traía consigo seguimiento inadecuado de embarazos, partos, distintos tipos de enfermedades como las infecciosas y las crónicas, además del incremento de la violencia en dichas zonas.

Como se pone de manifiesto en la Tabla 3 la relación de los grupos etarios con la procedencia geográfica de los pacientes discapacitados es contradictoria con la de la bibliografía consultada pues al contrario de lo que señalan la mayoría de los autores en el trabajo realizado se encontró que la mayor procedencia geográfica de los pacientes discapacitados fue de áreas urbanas(395 discapacitados para un 68.6%) en todos los grupos etarios esto se explica debido a que el Área Integral de Salud Fraternidad se encuentra enclavada en una zona muy céntrica del municipio Puerto Cabello y la población que atiende es mayoritariamente urbana, existiendo muy pocas áreas que se consideren rurales a pesar de encontrarse algunas de ellas alejadas de la sala de rehabilitación, este predominio por las zonas urbanizadas predispone al incremento de los accidentes sobre todo los de tránsito y tecnológicos.

Mientras que la situación de existir pocas zonas rurales es favorable ya que aunque algunas se encontraban un poco alejadas del centro de rehabilitación presentaban infraestructura de zonas urbanas con viales asfaltados y buena cobertura de transporte lo que favorecía la llegada de dichos pacientes a recibir tratamientos médicos de diferentes tipos

Tabla 3: Relación de grupo etario por procedencia geográfica. Área de Salud Fraternidad. 2007.

Grupo etario	Procedencia geográfica				Total	
	Rural		Urbana		No	%
	No	%	No	%		
0 – 9 Años	11	1.9	28	4.9	39	6.8
10 – 19 años	21	3.7	44	7.6	65	11.3
20 – 30 años	22	3.8	83	14.4	105	18.2
31 – 60 años	63	10.9	68	11.9	131	22.8
Más de 60 años	64	11.1	172	29.8	236	40.9
Total	181	31.4	395	68.6	576	100

Fuente: Entrevista 2007.

Realizando un análisis del tipo de discapacidad física por grupos etarios (Ilustración 2, Anexo 6, Tabla 4) se encontró que en el grupo de 0-9 años existió un predominio de las afecciones neurológicas con 28 pacientes con una frecuencia relativa de 71.7 %, seguido de las enfermedades osteomioarticular con 11 pacientes para una frecuencia relativa de 28,3%, esto se debe a que en este grupo la principal causa de discapacidad lo constituyeron las parálisis cerebral debido sobre todo a diversos problemas con el seguimiento del embarazo , parto, y enfermedades infecciosas en la niñez lo cual obliga a tomar toda una serie de medidas de prevención en la atención primaria de esta área para un adecuado control con el grupo de riesgo preconcepcional, con la mujer embarazada, y las enfermedades infecciosas y así a largo y mediano plazo disminuir los índices de discapacidad por estas causas.

Como se ilustra en la tabla 5 – anexo 6 en relación con el grupo etario de 10 a 19 años y el tipo de discapacidad física predominante se mantiene el grupo de las neurológicas con 38 pacientes para una frecuencia relativa de 58,4% le

sigue la afección osteomioarticular con 23 pacientes para una frecuencia relativa de 35,3%, este grupo presenta un comportamiento similar al grupo de la niñez existiendo coincidencia con las etiologías en este periodo.

Al analizar la tabla 6 - anexo 6 la cual expresa la relación existente entre la discapacidad física y el grupo etario de 20 a 30 años se encontró que predominaban las causas osteomioarticulares con 89 pacientes y una frecuencia relativa de 84,7% seguido de las afecciones neurológicas con 13 pacientes y una frecuencia relativa de 12,5 % esto se debe sobre todo al incremento de los accidentes en este grupo poblacional lo que conllevó a la presencia de fracturas y la consecuente discapacidad.

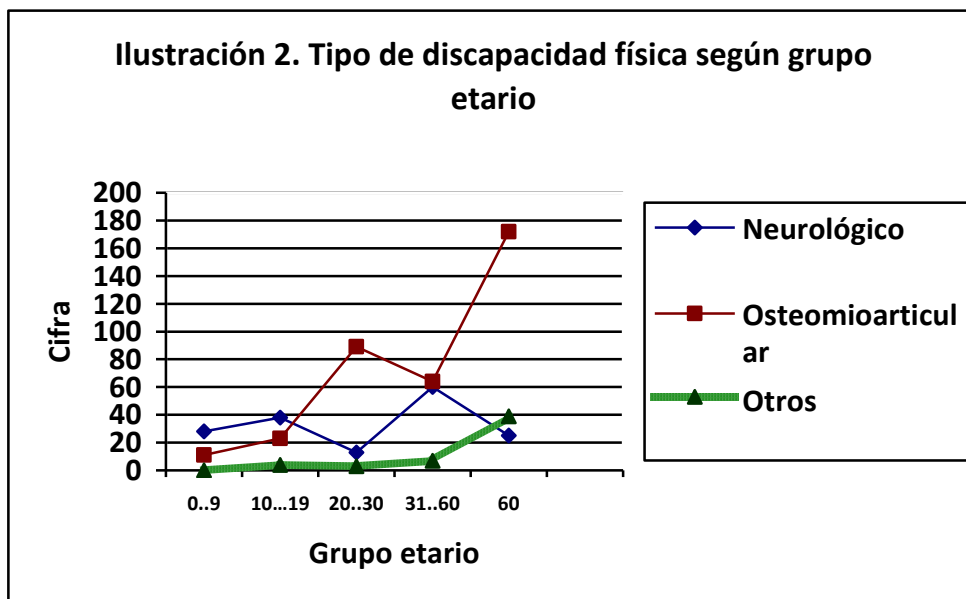
Al continuar analizando el anexo 6 específicamente la tabla 7 se muestra la relación existente entre la discapacidad física y el grupo etario de pacientes discapacitados adultos (31 a 60 años) encontrándose que se mantiene la causa osteomioarticular con 64 pacientes para una frecuencia relativa de 48,4% seguido muy de cerca con las neurológicas con 60 pacientes para una frecuencia relativa de 45,8%. En este grupo existe cierta correspondencia en relación con los resultados encontrados, solo con una diferencia de 4 pacientes, debido fundamentalmente al predominio de los accidentes en este grupo lo cual ocasiona innumerables afecciones de causa somática y neurológica.

Para finalizar el estudio de esta variable del tipo de discapacidad física en relación con grupo etario se estudiaron a los pacientes de 60 años y más(anexo 6-tabla8) existiendo un incremento en el tipo de la osteomioarticular con 172 pacientes para un frecuencia relativa de 72,8% pacientes discapacitados y por debajo le siguen el tipo de las otras causas con 39 pacientes y una frecuencia relativa de 16,5%, es necesario señalar que debido a las características propias del envejecimiento se encontraron múltiples pacientes con secuelas posfractura y con secuelas propias de los procesos degenerativos del SOMA, de esta edad, en el caso de las otras causas que provocaron discapacidad en este estudio

prevalecieron los pacientes con discapacidad físico-motoras resultantes de procesos neoplásicos y enfermedades sobre todo del tipo hematológicas, fue interesante encontrar una comunidad de pacientes descendientes de sirios los cuales presentaban Talasemia lo que había provocado discapacidad física, al revisar la literatura se pudo encontrar que este tipo de hemoglobinopatías hereditarias recesivas son producidas por alteraciones de la globina debido a mutaciones genéticas, las que pueden ocasionar: modificaciones de la estructura molecular de la hemoglobina (enfermedad por HbS, HbC y otras), disminución de la síntesis de una cadena globínica normal (talasemias) y la coexistencia de ambas (hemoglobinopatías talasémicas)

Las manifestaciones musculoesqueléticas son frecuentes en las hemoglobinopatías, al ser las más características: la osteonecrosis, el síndrome mano-pie, la osteomielitis, los derrames articulares y los infartos óseos, los [huesos](#) largos tienden a debilitarse y fracturarse con gran facilidad. Estas manifestaciones pueden ser debidas a la propia enfermedad o pueden ser secundarias a complicaciones y/o asociaciones: osteomielitis, artritis séptica, hiperuricemia y gota ⁸¹.

Si se observa el gráfico de distribución de frecuencia (Ilustración 2 relación de grupos etarios según tipo de discapacidad) se infiere que predominaron las afecciones del sistema osteomioarticular en todos los grupos etarios fundamentalmente en los adultos mayores, a excepción de la niñez y adolescencia donde el principal tipo de discapacidad física lo constituyeron los procesos neurológicos.



Fuente: Entrevista.2007. Anexo 6

Uno de los pilares de la Epidemiología moderna es el concepto de causalidad múltiple, el cual establece que el origen de un evento dañino a la salud está determinado por diferentes factores causales y que no existe como causa un factor único o aislado.⁸⁰

La atribución de una única causa no es un modo apropiado de encontrar la causa de una enfermedad, sino un método utilizado en la práctica clínica para la búsqueda entre las historias clínicas de los individuos con determinada enfermedad que se investiga, y de las que se extrae un aspecto considerado como causa suficiente para la enfermedad en cuestión.⁸⁰

En la tabla 9 se relacionan las causas de la discapacidad según grupo etario encontrándose que dentro de la etiología de la discapacidad predominante están las enfermedades crónicas no transmisibles con 196 pacientes (34.1%) seguidos muy de cerca por los accidentes con 194 casos (33.6%). En la literatura consultada se define como accidente cualquier suceso que,

provocado por una acción violenta y repentina ocasionada por un agente externo involuntario o no, da lugar a una lesión corporal. La amplitud de los términos de esta definición obliga a tener presente que los diferentes tipos de accidentes se hallan condicionados por múltiples fenómenos de carácter imprevisible e incontrolable.

En estudios realizados sobre discapacidad en América Latina ⁶⁷ se analizan las principales causas de discapacidad en un grupo de pacientes de países como Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Chile, El Salvador, Jamaica, México, Colombia, Perú, Trinidad y Tabago existiendo en cada uno de estos países un predominio de los accidentes de tránsito, laborales y acciones de violencia dentro de las causas que provocaron la discapacidad física, en Nicaragua el 12% de las discapacidades tienen origen en accidentes y 2 de cada 3 personas indican que su discapacidad se debe a enfermedades crónicas.

El aumento de las tasas de morbilidad, como se ha producido en los últimos años, puede ser indicador de mayores trastornos y situaciones de discapacidad y dependencia futuras. El avance de la medicina hace progresos en el tratamiento de la enfermedad y alarga la vida, pero no devuelve a veces el funcionamiento ni las habilidades perdidas.

En la población objeto de estudio, como ya se ha explicado, existe una tendencia al envejecimiento con el consiguiente aumento de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus entre otras lo que conlleva a una mayor discapacidad visto principalmente en el grupo etario de más de 60 años con 147 pacientes (25.5%).

Los cambios demográficos conducirán a un aumento mundial de la población, pero con modificaciones en su composición con una desviación hacia los grupos de adultos y ancianos expuestos a sufrir más enfermedades simultáneas y por períodos más prolongados que la población infantil. La cifra actual de 91

millones de personas de 60 años y más se duplicará en las dos primeras décadas del siglo XXI y las enfermedades cardiovasculares causarán tres veces más defunciones y discapacidades que las infecciosas.

La violencia social asociada al consumo de alcohol, drogas, la baja escolaridad, el desempleo que existe en países de Latinoamérica y por supuesto que dentro de ellos está Venezuela son una realidad que golpea muy fuerte y que conllevan a los accidentes de todo tipo que ocurren en esta población y que son capaces de aportar innumerables víctimas y secuelas sobre todo en pacientes jóvenes como lo demuestra el estudio con 49 pacientes (8.5%) de 20 a 30 años y 59 pacientes (10.2%) de 31 a 60 años personas en edad reproductiva y laboral que muchas veces ven tronchado su futuro y el de su familia por esta situación.

Los accidentes son considerados un problema de salud a nivel mundial, tanto en las sociedades desarrolladas como en las subdesarrolladas por constituir un proceso complejo en el que, pueden intervenir múltiples factores que están en dependencia de las características particulares de cada sociedad, dándose a llamar “La Epidemia del siglo XXI”.

Tabla 9: Causa de la discapacidad. Área de Salud Fraternidad. 2007.

G. etario años	Etiología													
	Perinat		Malform. Congénit.		Enf. Infecc		Enf. Crónica		Accident		Otros		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
0 – 9	18	3.0	7	1.4	5	0.8	0	0	9	1.6	0	0	39	6.8
10 – 19	13	2.4	9	1.5	19	3.3	0	0	24	4.1	0	0	65	11.3
20 – 30	8	1.3	11	1.9	25	4.3	6	1.1	49	8.5	6	1.1	105	18.2
31 – 60	2	0.4	5	0.9	19	3.3	43	7.5	59	10.2	3	0.5	131	22.8
+ 60	2	0.4	1	0.1	28	4.9	147	25.5	53	9.2	5	0.8	236	40.9
Total	43	7.5	33	5.8	96	16.6	196	34.1	194	33.6	14	2.4	576	100

Fuente: Entrevista. 2007

La práctica de la medicina, no es solo el arte de curar, es mucho más que eso, no se puede ver el resultado del tratamiento solo en curar o salvar la vida de la persona, la medida real de la eficiencia de un tratamiento está en preservar la calidad de vida, en garantizar que el individuo pueda disfrutar su derecho a la vida, pero no solo en el concepto de estar vivo, sino en el de participación social. Al analizar el grado de discapacidad según la aplicación del índice de Barthel no se tuvo en cuenta a los pacientes con las edades comprendidas entre 0 y 9 años debido a que en estas edades existe dependencia para las actividades de la vida diaria (Comida, lavado, vestido, arreglo, deposición, micción, ir al retrete, traslado cama/sillón, deambulaci3n).

En Tabla 10 que relaciona el grado de discapacidad obtenido mediante el Índice de Barthel con los grupos etarios se evidencia que existe un predominio de los pacientes con discapacidad Grado III con 198 pacientes (36.8%) con dependencia moderada seguido por 114 pacientes (21.2%) con discapacidad Grado IV (Dependencia severa) y en ambos grados de discapacidad el grupo predominante fue el de más de 60 años con valores de 105 (19.5%) para los discapacitados del grupo III con más de 60 años y 69 (12.8%) pacientes para los del grado IV.

Estos resultados son semejantes con los realizados en España⁷³ donde se encontró que 3 de cada 4 personas con discapacidad tienen problemas de movilidad. Entre 22% y 30% de las personas con discapacidad tienen problemas de autocuidado. 1 de cada 2 personas con discapacidad tiene problemas para realizar tareas domésticas y participar en la sociedad, relacionarse con los demás o realizar actividades en su centro de trabajo. De las personas con discapacidad, 68% padecían una gravedad alta o completa. En estudio realizado en la Habana⁷⁵ sobre los grados de discapacidad física en la población objeto de estudio se encontró que 108 para el 3,3 % del grupo de estudio presentaba alguna dificultad en la ejecución ante determinada actividad,

sin la ayuda de determinado artificio (grado 1). Mientras que 50 de ellas (el 1,5 %) tenían una ejecución ayudada ya sea con algún artificio, bastón, banquillo, entre otros (grado 2). 35 (el 1 %) necesitaban la asistencia de otra persona parte del tiempo (grado 3) y solo 10 eran dependientes de otra persona la mayor parte del tiempo (grado 4). Se detectaron 6 pacientes encamados con incapacidad incrementada (grado 5).

El índice de Barthel es un instrumento ampliamente utilizado para este propósito que mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto.

El Índice de Barthel es una medida de la discapacidad física con demostrada validez y fiabilidad, fácil de aplicar y de interpretar y cuyo uso rutinario es recomendable. Es útil para valorar la discapacidad funcional en las actividades de la vida diaria.

Tabla 10: Relación grado de discapacidad por grupo etario. Área de Salud Fraternidad. 2007.

Grupo etario. Años	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV		Grado V		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
10 – 19	6	1.1	15	2.9	29	5.4	8	1.6	7	1.3	65	12.3
20 – 30	6	1.1	29	5.4	36	6.7	16	2.9	18	3.4	105	19.5
31 – 60	29	5.4	37	6.8	28	5.2	21	3.9	16	3	131	24.3
+ 60	7	1.3	22	4.3	105	19.5	69	12.8	33	6	236	43.9
Total	48	8.9	103	19.4	198	36.8	114	21.2	74	13.7	537	100

Fuente: Índice de Barthel. 2007.

Es de importancia señalar que con el surgimiento de los Centros de Rehabilitación se necesitaba identificar los pacientes discapacitados del Área a partir del momento en que se comenzó la labor asistencial, así como la identificación de los casos existentes a partir de enero de 2007 y el registro de los nuevos casos, todo ello para determinar en ese período la prevalencia de la discapacidad física y su tendencia para llamar la atención a las diferentes organizaciones políticas, sociales y del estado en cuanto a realizar acciones de prevención específicamente en el Área de Salud Fraternidad.

Al atender que la población total del Área es de 23 247 habitantes y 576 personas con discapacidad física en el período 2007 se determinó:

No. de casos viejos y nuevos en
un lugar y tiempo dado.

$$\text{Tasa de Prevalencia} = \frac{\text{Total de la población en lugar y tiempo dado.}}{\text{-----}} \times 10000$$

$$\text{Tasa de Prevalencia} = \frac{576}{23247} \times 1000$$

$$\text{Tasa de Prevalencia} = 24,7$$

La tasa de prevalencia de discapacidad para el Área de Salud de Fraternidad fue de 24,7 discapacitados por cada 1000 habitantes en el periodo de estudio al ser la cifra superior a estudios realizados en España⁷³ donde existía una tasa de 10,25 a nivel nacional y a nivel urbano de 10,48, otro estudio realizado en La Habana en una zona del policlínico Tomás Romay⁷⁵ determinó una tasa de prevalencia de 63 pacientes por cada 1000 habitantes.

CONCLUSIONES

Existió un mayor predominio de discapacidad física en el sexo masculino (357 discapacitados) para un 61.9% y en el grupo etario de más de 60 años con 236 pacientes (40.9%), se distingue un mayor predominio de desamparo filial en el grupo de más de 60 años (59 discapacitados para un 10,1%). El mayor número de discapacitados físicos se encuentra en las zonas urbanas, 395 discapacitados (68,6%).

En el tipo de discapacidad física existió un incremento de la etiología osteomioarticular a partir de la juventud hasta el adulto mayor, mientras que en los niños y adolescentes existía un incremento de los procesos neurológicos, dentro de las causas más frecuentes se encuentran las enfermedades crónicas no transmisibles (196 discapacitados (34.1%) y los accidentes (194 discapacitados(33.6%).

El grado de discapacidad física predominante fue el Grado III (Discapacidad Moderada) con 198 pacientes discapacitados (36.8%).

La tasa de prevalencia de discapacidad física fue de 24,7 personas discapacitadas físicamente por cada 1000 habitantes.

RECOMENDACIONES

Implementar acciones de salud a nivel primario y secundario a partir de los resultados obtenidos por el estudio en el Área de Salud de Fraternidad del municipio Puerto Cabello del Estado Carabobo.

Realizar estudios de intervención comunitaria tomando en cuenta la situación de salud identificada en los resultados de la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Quiñones R. La transición de la mortalidad en Cuba. Un estudio sociodemográfico. [Tesis doctoral]. México: El Colegio de México. Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano;2007.
2. Barros Díaz OZ. Escenarios demográficos de la población de Cuba. Período 2000 – 2050. La Habana: CEDEM; 2002.
3. Bayarre Veá HD. Prevalencia y Factores de Riesgo de Discapacidad en ancianos. Ciudad de la Habana y Las Tunas. [Trabajo para optar por el grado de Doctor en Ciencias de la Salud] 2003. Escuela Nacional de Salud Pública: La Habana.
4. Frenk J y colaboradores. La Transición Epidemiológica en América Latina. Bol. Of. Sanit. Panamericana 2007; 111 (6).
5. Suárez R. Geriatria. ¿Nueva especialidad? Rev Cubana Med Gen Intri 1993; 9: 6 – 8.
6. Bayarre Veá HD, Pérez Piñero J, Menéndez Jiménez J. Las transformaciones Demográficas y Epidemiológica y la calidad de vida objetiva en la tercera edad. Publicaciones de Gerontología. Geroinfo y Geriatria. Vol.1, No.3; 2007.
7. Alustiza Galarza A, Pérez Días J. Los mayores en la encuesta sobre Discapacidad, Deficiencia y Estado de Salud. Perfiles y Tendencias. Boletín sobre envejecimiento, No.4; Febrero 2008.
8. Freitez A, Di Brienza M. Transición demográfica y cambios en la estructura por edad de la población venezolana. Access my library. Temas de coyuntura. No.1; junio 2008.
9. Instituto Nacional de Estadística. Anuario estadístico, varios años; Proyección de la población venezolana para el período 2005-2050. Venezuela: OCEI, 2008.
10. Méndez Castellano y col. Estudio Nacional de crecimiento y desarrollo humano en la Republica de Venezuela .Ediciones secretaria Presidencia de la República de Venezuela .Caracas 2008.

11. Características socioculturales y geopolíticas de la República Bolivariana de Venezuela. Disponible en: [www. Venezuelatuya.com](http://www.Venezuelatuya.com), 2008.
12. Saforcada E. Calidad de vida desde una perspectiva psicosocial. En: El factor humano en la Salud Pública. Una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva. Argentina: Editorial Buenos Aires; 2007.
13. Bayarre HD. Prevalencia y Factores de Riesgo de Discapacidad en el Anciano. Municipio Playa. [Trabajo para optar por el título de Máster en Salud Pública] 1998. Facultad de Salud Pública: La Habana.
14. Organización Panamericana de la Salud. La atención del anciano: un desafío para los años noventa. Washington: OPS, 1994. Publicación Científica No. 546.
15. Hernández Castellón R. Estudio del envejecimiento de la población. *En: Perspectivas y escenarios de la población y los recursos humanos de Cuba y sus implicaciones económicas y sociales entre el año 2000 y 2050.* La Habana: CEDEM; 2000. p. 374 – 418
16. Marín Larraín PP. Envejecimiento Saludable. Centro de Geriatria y Gerontología PUC. Facultad de Medicina P.U.C. Chile, 2010.
17. The demography of population ageing. Technical meeting on population ageing and living arrangements of older persons: critical issues and policy responses. Population Division. Departament of economic and social affairs. Nueva York: United Nations Secretariat, 2007.
18. Programa de Naciones Unidas sobre el envejecimiento. Una sociedad para todas las edades: evolución y exploración. *En: La Situación del envejecimiento de la población mundial. Hacia una sociedad para todas las edades.* Nueva York: Naciones Unidas; 2009. p. 1 – 13.
19. Grieco M, Apt N. El desarrollo y el envejecimiento de la población. Síntesis mundial por expertos en el envejecimiento en África *En: La Situación del envejecimiento de la población mundial. Hacia una sociedad para todas las edades.* Nueva York: Naciones Unidas; 2009. p. 14 – 42.

20. Instituto Nacional de Estadística. Anuario estadístico, varios años; Proyección de la población Española para el período 1980-2010. Madrid: INE, 1984.
21. Romero CA, Gorroñoigoitia Iturbe A, Litago Gil C, Martín Lesende I, Luque Santiago A. Actividades preventivas en los ancianos. Grupo de expertos de PAPPS. Rev Aten Primaria 2008. Vol.28.Suple.2.2.Noviembre: 161-163.
22. Wisensale SK. El envejecimiento mundial y la equidad entre generaciones. Síntesis mundial por expertos en el envejecimiento en África *En: La Situación del envejecimiento de la población mundial. Hacia una sociedad para todas las edades.* Nueva York: Naciones Unidas; 2008. p. 102 – 111.
23. Hernández Castellón R. El envejecimiento de la población en Cuba. Ciudad de La Habana: Centro de Estudios Demográficos; 1997: 1 – 40.
24. CEPAL/CELADA. "América latina y sus proyecciones de población 1970 - 2050" Boletín Demográfico, 1998.
25. Soto D. "La alimentación un componente de estilo y calidad de vida" Simposio Nacional del Adulto Mayor, Chillán 2007
26. Vergara E, Fernández JA, Morales F, Cabañas LA. Influencia del Círculo de Abuelos sobre la salud. Estudio comparativo entre un grupo de integrantes y un grupo control. Rev Cubana Med Gen Integr 1994; 10:321-5.
27. Anuario Estadístico. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2000.
28. Anuario Estadístico. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2001.
29. El envejecimiento poblacional en Cuba. La Habana: CEPDE; 2002.
30. Tercera Edad Calidad de vida. Ancianos. Funcionalidad. Martes, 13 marzo a las 11:37:12. Yahoo (revisado 13-3-07). Disponible en: html.rincondelvago.com/
31. American Geriatric Society Public Policy Community. Comprehensive geriatric assessment. J Am Geriatric Soc 2007; 37: 473 – 4.
32. Fernández R. Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Madrid: Martínez Roca; 2007

33. Zaldivar PDF. Ocio y recreación en el adulto mayor .Viernes, 01 octubre a las 00:39:45. Revisado 1-10-08. Disponible en:
<http://inico.usal.es/publicaciones/pdf>
34. Patterson RL, Eberly DA. The modular approach to behavior modification with the elderly. *En: Overcoming deficits of aging: A behavioral approach.* New York: Patterson (editors); 2007: 53 –87.
35. MELLA M, Rebeca, ALVEAR A, María, CARRILLO V, Berta *et al.* Mental and communication disorders in Mapuche and non Mapuche elderly subjects in rural communities in southern Chile. *Rev. Méd. Chile*, Nov. 2008, vol.131, no.11, p.1257-1265. ISSN 0034-9887.
36. El envejecimiento de las personas con discapacidad Crónica del Congreso internacional “Discapacidad y envejecimiento” en el que investigadores, planificadores, gerontólogos y expertos en discapacidad reclamaron actuaciones urgentes e innovadoras para avanzar en la mejora de la intervención (Oviedo, 28, 29, 30 nov. y 1 dic. 2002)
37. Envejecimiento activo: un marco político. II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2002; 37(2): 74 – 105.
38. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Anuario estadístico, varios años; Proyección de la población ecuatoriana para el período 2000-2050. Ecuador: INEC, 2000.
39. Fillembaum GG. Assessing wellbeing to the elderly. *Advances research*. 2008; 8: 7 – 11.
40. Bond J, Constairs V. Services of the elderly Scottish Health Services. *Studies No. 42*, Edimburg: S/E 2009.
41. Aguado A. Historia de las deficiencias. Escuela Libre Editorial. Fundación ONCE. 2007.
42. Guillen R. et. al. "La lucha por alcanzar la integración social" *Memorias del Tercer Congreso Internacional: "La discapacidad en el año 2000"* Ciudad de México 14 al 16 de febrero del año 2000.

43. Buerba R. "Discapacidad y Liderazgo" Memorias del Tercer Congreso Internacional: "La discapacidad en el año 2000" Ciudad de México 14 al 16 de febrero del año 2000.
44. Organización Mundial de la Salud. 58ª Asamblea Mundial de la Salud A58/17.
45. Organización Mundial de la Salud. Services to prevent disability in the elderly. Euro report and studies 2007; 83: 13.
46. Navarro C. "Desarrollo laboral en personas con discapacidad" Memorias del Tercer Congreso Internacional: "La discapacidad en el año 2000" Ciudad de México 14 al 16 de febrero del año 2000.
47. O.I.T. "Recomendación No. 99" Organización Internacional del Trabajo. Ginebra Suiza, 1955.
48. O.I.T. "Convenio No. 159" Organización Internacional del Trabajo. Ginebra Suiza, 1983.
49. Organización Mundial de la Salud. 58ª Asamblea Mundial de la Salud A58/17. 2005.
50. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Discapacidad. Programa de Rehabilitación OPS/OMS. Washington, D.C 2008.
51. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Niveles de Atención en Rehabilitación. Washington, D.C 2008.
52. Resolución 56/168 de la Asamblea General de las Naciones Unidas
53. Árales Yero L, Hernández Sori G, Rojas Cruz I, Hernández Sori F. Factores de riesgo asociados a los accidentes en el hogar. Rev. Cubana Médica General Integral 2008,14(6):581-5.
54. Verdugo Alonso, Miguel, Qué significa la discapacidad hoy [en línea], Disponible en: "<http://inico.usal.es/publicaciones/pdf>
Consultado: Febrero de 2007
55. United Nations. Report of the Second World Assembly on Ageing. Hallado en: <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/waa/index.html> [Web site]. Acceso el 27 de abril de 2008.
Consultado: Junio 2009

56. Contreras Motellón, Josefa. Formación universitaria, convivencia y discapacidad, Madrid, Editorial Universidad de Murcia, 2007.
57. United Nations General Assembly. Convention on the rights of persons with disabilities. Resolution 61/106. 2006 [cited 2009 Apr3]. Available from: URL: www.un.org/esa/socdev/enable/conventioninfo.htm.
Consultado: Enero 2009
58. National Council on Disability, Effective Emergency management; Making Improvements for community and people with disabilities. August 12, 2009. <http://www.ncd.gov/>
Consultado: Enero 2010
59. Wong R, Peláez M, Palloni A. Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador. Rev Panam Salud Pública. 2007;17(5-6):323–32.
60. Noronha KVMS, Andrade MV. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. Rev Panam Salud Pública. 2007;17 (5-6):410–18.
61. Suárez R, Pescetto C. Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública. 2007;17 (5-6):419–28.
62. Jaramillo JF, Giraldo CA. Muertes por causa externa, Medellín 2002– 2006. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Boletín Epidemiológico de Antioquia 2007; XXII (1):167-79.
63. Yunes J, Rajs D. Mortalidad por causas violentas entre los adolescentes y los jóvenes de la Región de las Américas. En: Organización Panamericana de la Salud. La salud del adolescente y del joven. Washington, DC: OPS, 2008:169-82 (Publicación Científica; 552)
64. Pongo Águila L, Carrión R, Luna W, Silva JC, Limburg H. Discapacidad en personas mayores de 50 años en una zona semirural del norte del Perú. Rev Panam Salud Publica. 2008;17(5-6):387–93.

65. Wallace SP, Gutiérrez VF. Equity of access to health care for older adults in four major Latin American cities. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;17(5-6):394–409.
66. Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;17(5-6):307–22.
67. Red de Investigación del Envejecimiento en América Latina y el Caribe (REALCE). *Rev Panam Salud Pública*. 2007;17 (5-6):320–1.
68. Ferreira, Miguel; Rodríguez Camaño, Manuel, "El fenómeno social de la discapacidad", en *Nómadas, Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas* Universidad Complutense de Madrid, No. 13, Enero, 2007.
69. García Ferrando, Manuel et al., *El análisis de la realidad social*. 3ra edición. Madrid, Alianza Editorial, 2007.
70. Alleyne GAO. *A quest for equity: selected speeches*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2007.
71. Reyes-Ortiz CA, Al Snih S, Markides KS. Falls among elderly persons in Latin America and the Caribbean and among elderly Mexican-Americans. *Rev Panam Salud Pública*. 2008;17 (5-6):362–9.
72. OIT, Ginebra, 2007, "el derecho a trabajo Decente de las personas con discapacidades", disponible en <http://www.ilo.org/employment/disability> Consultado: Noviembre 2007
73. Abellán Antonio. La discapacidad en España. *Rev Mult Geront* 2007;11(1):35-37
74. Colectivo de autores, *Por la vida, estudio psicosocial de las personas con discapacidad y estudio psicopedagógico, social y clínico genético de las personas con retraso mental en Cuba*, La Habana, Casa Editora Abril, 2003.
75. Arce Morera, E. et al. "Caracterización de personas con discapacidad física atendidas en el consultorio 3, Policlínico Dr Tomas Romay año 2009" *Rev. cub med. gen. integr*;26(1), ene.-mar. 2010

76. Bayarre Veá, H. et al "Modelos para el vaticinio de discapacidad física en adultos mayores en el nivel primario de atención" Rev. cub. med. gen. integr;25(1), ene.-mar. 2009
77. Pérez Piñero, J. et al "Factores de riesgo de discapacidad física en ancianos de Ciudad de La Habana, Camagüey, Las Tunas, Granma y Holguín" Rev. cub. med. gen. integr;24(2), abr.-jun. 2008
78. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Memoria y Cuenta. República Bolivariana de Venezuela, 2009.
79. Patterson RL, Eberly DA. The modular approach to behavior modification with the elderly. *En: Overcoming deficits of aging: A behavioral approach.* New York: Patterson (editors); 2009: 53 –87.
80. Batista Moliner R, Feal Cañizares P. Epidemiología en la atención primaria de salud. *En: Alvarez Sintés R, editor. Temas de Medicina General Integral. Vol I. 1ª ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 287-323.*
81. Mauro Parra C. y col. Actualización en el diagnóstico y manejo de alteraciones hematológicas del feto Rev Chil Obstet Ginecol 2007; 70(1): 33-40

Anexo 1

Curso de capacitación sobre discapacidad física

Fecha de inicio: 7/ENERO/2007

Fecha de terminación: 18/MARZO/2007

Modalidad: Parcial por encuentros

Sede: Centro Diagnostico Integral Fraternidad

Carácter: Municipal.

Fundamentación

Los conocimientos elementales de la Especialidad de Medicina Física y Rehabilitación no se adquieren durante la formación de pregrado, y en la residencia en Medicina General Integral, se abordan con deficiencias, por lo que se hizo necesario realizar un curso de adiestramiento al especialista de M.G.I para que participasen de forma activa en la búsqueda de pacientes discapacitados físicos en el área de salud integral de Fraternidad del municipio Puerto Cabello con el objetivo de conocer el universo de pacientes discapacitados y así poder intervenir posteriormente el equipo de rehabilitación, el equipo básico de salud y las organizaciones que estaban dispuestos a prestar ayuda a este grupo poblacional en la Atención Primaria de Salud.

Objetivo General

Realizar adiestramiento en las principales causas de discapacidad física y en la aplicación del índice de Barthel sobre la base de un sistema de conocimientos y habilidades.

Contenidos

- Tema 1:

Conceptos básicos relacionados con la rehabilitación

Rehabilitación concepto. Modalidades de la atención en rehabilitación.

Rehabilitación basada en la comunidad. Características de la rehabilitación en el domicilio.

El equipo de rehabilitación. Conformación. Tareas de sus integrantes; la familia y las organizaciones de personas con discapacidades como parte del proceso de rehabilitación.

Fisioterapia, concepto. Funciones de un departamento de fisioterapia, áreas terapéuticas, leyes que amparan a las personas con discapacidades y manejo de las mismas por el médico de la APS

- Epidemiología de la discapacidad

Conceptos: Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía.

Factores de riesgo de discapacidad. Estrategias de prevención de discapacidades: Prevención primaria, secundaria y terciaria; intervención del grupo básico.

- Tema 2:

La discapacidad física en el adulto

Detectar afecciones discapacitantes en el adulto, neurológicas (lesiones medulares, enfermedad cerebro vascular, enfermedad de Parkinson, lesiones de nervios periféricos, esclerosis múltiple, Guillain Barré), enfermedades del sistema osteomioarticular discapacitantes (artritis reumatoidea, artrosis, fracturas y luxaciones).

- Tema 3:

La discapacidad física en el niño

1. .Causas neurológicas y no neurológicas

Sistema Nervioso Central (Parálisis Cerebral, Hiperbilirrubinemia neonatal, Genéticas (Síndrome de Down), Mielomeningocele, Atrofias Espinales, Degeneración neuronal infantil, poliomielitis, Polineuropatías (Síndrome de Guillain Barre), Parálisis Braquial Obstétrica

2. No neurológicas

Enfermedades neuromusculares, Cardiopatías congénitas cianóticas, Desnutrición, Desordenes del tejido conectivo, Deprivación socio afectiva, Lesiones periféricas traumáticas., Pie equinovaro congénito, Escoliosis, cifosis,

Deformidades angulares de la rodilla (.Genus valgus., Genus varus., Genus Recurvatum), Artrogriposis., Displasia de cadera, Enfermedad de Perthers.

- Tema 4:

Grado de discapacidad según índice de Barthel

Ser capaz de aplicar el índice de Barthel. Conocer los Grados de discapacidad según el desempeño de las actividades de la vida diaria. Discapacidad nula (grado I), discapacidad leve (grado II), discapacidad severa (grado III), discapacidad grave (grado IV).

Estructura del plan de estudio

Cursos	# semanas	Horas		
		Teóricas	Prácticas	Total
Generalidades. Conceptos Básicos. Epidemiología de la discapacidad	1	4	2	6
Afecciones del adulto.	2	6	4	10
Afecciones del niño	2	6	4	10
Aplicación del índice de Barthel	1	4	2	6
Examen final	1	2		2
Total	7	22	12	34

Requisitos de Ingreso

Especialistas de Medicina General Integral y Residentes de Medicina General Integral del área de salud de Fraternidad.

Medios de Enseñanza

Se utilizaron en los diferentes encuentros el video beam, pizarra acrílica y plumones, retroproyector, lámina y otros medios acorde a las características de cada encuentro.

Estrategia Docente:

El curso fue impartido en 34 horas clases, distribuido a nuestro criterio en cuatro frecuencias semanales de dos horas cada una incluyendo la parte práctica en el servicio de rehabilitación integral con una duración de 4 Semanas en total.

Sistema de Evaluación

Se realizaron evaluaciones frecuentes y un examen final teórico. La calificación fue cualitativa. Para aprobar el Curso fue necesario tener el 80% de asistencia.

Evaluación formativa: a través de, evaluaciones frecuentes en seminarios, clases prácticas, con valor de 60 puntos.

Evaluación final: a través de un examen teórico con valor de 40 puntos.

EXCELENTE: 90 – 100

BIEN : 80 – 89

APROBADO: 70 – 79

Para la aplicación de las encuestas se escogieron a los alumnos que poseen evaluación de Excelente y Bien.

Bibliografía.

- Gutman Z. La fisioterapia Actual .Editorial Jims Barcelona España.
- Krusen Medicina Física y Rehabilitación.
- Morrillo, M.: Manual de Medicina Física. Harcourt. Madrid. 1998.
- Paulino. J. Epidemiología de las Enfermedades Reumáticas. Manual de Enfermedades Reumáticas1992. Pp 11-14g

- González. Mas. R. Rehabilitación Médica Barcelona. Ed Masson.S.A..1997.Pp 363-374
- La atención del discapacitado en Cuba. Comité estatal del trabajo y Seguridad social. Editorial poligráfica. Evelio Curvelo . 1993
- Bobath Th. B; Bobath K. Desarrollo motor en distintos tipos de parálisis cerebral. Editorial Panamericana. Argentina 1976
- Manual de educación gerontológico para el personal de atención primaria de salud OPS. Aspectos clínicos del envejecimiento 2001
- Sabine Reichel, Hilde; Groza-Nolte, Regina. Fisioterapia, teoría y registro de hallazgos de la exploración. TOMO I y TOMO II.
- Bobath Th. B; Bobath K. Hemiplejía del adulto. Valoración y tratamiento.

EXAMEN FINAL DEL CURSO DE REHABILITACION

Centro de Diagnóstico Integral de Fraternidad

Nombre y Apellidos: _____ Fecha: _____

I. La rehabilitación es un proceso global y continuo de duración limitada y con objetivos definidos, encaminada a promover y lograr niveles óptimos de independencia física y las habilidades funcionales de las personas con discapacidades.

Teniendo en cuenta los conocimientos adquiridos relacione la columna A con la columna B

Columna A	Columna B
1. Deficiencia	<input type="checkbox"/> Pérdida de la visión
	<input type="checkbox"/> Dificultad excretoria
	<input type="checkbox"/> Retraso mental
2. Discapacidad	<input type="checkbox"/> Dificultad de comprensión.
	<input type="checkbox"/> Sordera

II. Aplicando sus conocimientos sobre la discapacidad física en el paciente adulto. Identifique la letra que representa la columna A con los cuadros clínicos de la columna B:

Columna A	Columna B
a) Parkinson	<input type="checkbox"/> Son lesiones degenerativas primarias del cartílago articular con neoformaciones óseas
b) Esclerosis Múltiple	<input type="checkbox"/> Algunos de sus síntomas son; trastornos motores: fatiga., paraplejia espástica. Trastornos cerebelosos: disartria, y Trastornos visuales

- c) Artritis reumatoidea ____ Presencia de lentitud general
(bradicinesia) que interfiere en mayor o menor
intensidad con las actividades de la vida diaria
- d) Artrosis ____ Es una enfermedad sistémica,
predominantemente articular, que afecta
sobre todo a las pequeñas articulaciones de
las manos y los pies de forma simétrica
- e) Lesionado medular ____ Parálisis muscular (tetraplejia o paraplejia).
Trastornos de la sensibilidad y los reflejos.
Trastornos esfinterianos y autonómicos

III. Relacione las afecciones del niño que aparecen en la columna (A) con los conceptos de la columna (B) según corresponda.

A

B

- 1-Parálisis Braquial
Obstétrica ____ Desplazamiento externo de la rodilla,
formando la tibia y el fémur un ángulo abierto
hacia adentro.
- 2-Pie equino varo ____ Constituye una de las formas más
graves de disrafismo de la columna vertebral .
- 3-Parálisis Cerebral ____ Lesión por distensión de las estructuras
del plexo braquial que se produce en neonatos
durante el parto.
- 4-Mielomeningocele ____ Trastorno permanente pero no inmutable
de la postura y el movimiento.
- 5-Genus Varus ____ Es una malformación congénita (presente
desde el nacimiento) de los pies. Afecta a los
huesos, los músculos, los tendones y los vasos
sanguíneos.

IV .El síndrome hemipléjico presenta como característica principal la pérdida de la motilidad voluntaria de una mitad vertical del cuerpo. Identifique con una (X) las respuestas correctas.

1___ La lesión se encuentra en un punto cualquiera de la vía extrapiramidal.

2___ Dentro de los síntomas invalidantes se encuentran los trastornos de la sensibilidad y del lenguaje.

3___ En el hemipléjico anciano se debe evitar el encamamiento y lograr la máxima estimulación psicológica.

4___ Los ictus cerebrales previos están dentro de los factores de buen pronóstico.

5___ El cabestrillo debe usarse desde la fase aguda del paciente hemipléjico.

V- Teniendo en cuenta los conocimientos adquiridos sobre los grados de discapacidad física obtenidos mediante la aplicación del índice de Barthel. Identifique verdadero (V) o falso (f) según corresponda

___ GRADO I: discapacidad nula. La deficiencia no limita las AVD.

___ GRADO III: discapacidad moderada Imposibilita todas las actividades de la vida diaria.

___ GRADO II: discapacidad leve. La deficiencia causa una imposibilidad o disminución importante de la capacidad de la persona para realizar algún AVD, siendo independientes en las actividades de auto cuidado

___ GRADO V: discapacidad grave. Imposibilita todas las actividades de la vida diaria.

___ GRADO IV: discapacidad severa. Disminución importante a imposibilidad para la realización de la mayoría de las actividades de la vida diaria, pudiendo estar afectada alguna de las actividades de auto cuidado.

CLAVE DE CALIFICACION

Respuestas por preguntas:

- Pregunta No. 1. Valor de 5 puntos

Respuestas:

1

2

1

2

1

Cada inciso posee un valor de 1 punto.

- Pregunta No. 2. Valor de 10 puntos

Respuestas:

d

b

a

c

e

Cada inciso tiene un valor de 2 puntos.

- Pregunta No. 3. Valor de 10 puntos

Respuestas:

5

4

1

3

2

Cada inciso tiene un valor de 2 puntos.

- Pregunta No. 4. Valor de 5 puntos.

Respuestas:

1_____

2 x

3 x

4_____

5 x

Cada inciso tiene un valor de 1 punto.

- Pregunta No. 5. Valor de 10 puntos.

Respuestas:

V

F

F

V

V

Cada inciso tiene un valor de 2 puntos.

Valor total del examen 40 puntos

.

Pregunta 1 Valor 5 puntos

Pregunta 2 Valor 10 puntos

Pregunta 3 Valor 10 puntos

Pregunta 4 Valor 5 puntos

Pregunta 5 Valor 10 puntos

Anexo 2

Consentimiento Informado (Declaración de Helsinki).

Yo: _____

Edad: _____ años.

Estoy de acuerdo en participar en el estudio “CARACTERIZACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA EN EL ÁREA DE SALUD FRATERNIDAD. PUERTO CABELLO. VENEZUELA. 2007”, se me explicaron los objetivos del estudio y la importancia de mi participación, así como la confidencialidad de la información aportada y la posibilidad de abandonar el estudio si así lo deseo, sin repercusión alguna ante la necesidad de atención médica posterior.

Y para que así conste firmo este documento, a los _____ días del mes de _____ Del año 200____.

Firma del paciente o Responsable

Firma del Médico

ANEXO 3

Encuesta a pacientes o familiares del discapacitado.

Estimado paciente:

Sus criterios son de gran validez para el estudio que se está realizando sobre la discapacidad física en el área de salud de Fraternidad, la cual contribuirá a trazar estrategias de salud que facilitarían el tratamiento y la prevención de discapacidades, le pedimos que usted nos responda las siguientes preguntas que le formularemos.

Gracias.

1-Nombre y apellidos del discapacitado:

2-Edad:

2.1 0-9 Años _____ 2.2 De 10 a 19 años _____

2.3 De 20 a 30 Años _____ 2.4 de 31 -60 años _____

2.5 más de 60 Años _____

3-Sexo:

3.1-M: _____ 3.2-F: _____

4- Presencia de amparo filial

4.1 Con amparo filial _____ 4.2 Sin amparo filial _____

5-Procedencia geográfica

5.1-Zona urbana: _____ 5.2-Zona rural: _____

6-Tipo de Discapacidad Física:

Neurológica _____ Osteomioarticular _____ Otras: _____

7- Causas de la discapacidad física:

Causa perinatal: _____

Malformaciones Congénitas: _____

Enfermedades infecciosas: _____

Enfermedades crónicas no transmisibles: _____

Accidentes: _____

Otros: _____

DESARROLLO DE LA ENCUESTA.

1-Según cédula de identidad o referido por él o los que lo conocen.

2-Según cédula de identidad o referido por él o los que lo conocen. Colocar en el espacio la edad en número.

3-Según sexo biológico que posea el paciente.

4- Se considerará con amparo filial la presencia de algún familiar con vínculo directo o no que cuide del discapacitado. Sin amparo la ausencia de algún familiar o cuidador del discapacitado.

5-Lugar donde vive según clasificación de la zona.

6-Nombre de discapacidad física predominante. Ej.: Neurológica: hemiplejia, monoplejia, paraplejia, cuadriplejia, Parálisis cerebral, lesión medular, degenerativas, lesión de nervios periféricos, congénitas, tumoral. Ej. Osteomioarticular: Amputados de miembro superior o inferior, Secuelas postraumáticas, congénitas, degenerativas, tumoral, limitaciones articulares e impotencias funcionales por enfermedades o traumatismos. Ej. Otras: cualquier enfermedad no neurológica o del sistema osteomioarticular que provoque discapacidad física.

7-Causa de la discapacidad física.

- Causas perinatales (Alteraciones que se hayan producido en el embarazo, parto o los primeros días de nacido).
- Malformaciones congénitas.
- Enfermedades Infecciosas.(Cualquier proceso infeccioso que provoque discapacidad y que haya ocurrido en la infancia, adolescencia, juventud, adultés o adulto mayor)
- Enfermedades crónicas no transmisibles (Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, etc.)
- Accidentes (Heridas por armas de fuego. Heridas por arma blanca. Accidentes de tránsito. Accidentes del hogar. Accidentes laborales, Accidentes tecnológicos).
- Otras causas.

ANEXO 4

INDICE DE BARTHEL

<ul style="list-style-type: none">• Comida: 10: Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona. 5: Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, pero es capaz de comer solo. 0: Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.
<ul style="list-style-type: none">• Lavado(Baño): 5: Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise. 0: Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.
<ul style="list-style-type: none">• Vestido: 10: Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda. 5: Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable. 0: Dependiente. Necesita ayuda para las mismas.
<ul style="list-style-type: none">• Arreglo: 5: Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona. 0: Dependiente. Necesita alguna ayuda.
<ul style="list-style-type: none">• Deposición: 10: Continente.No presenta episodios de incontinencia. 5: Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios. 0: Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.
<ul style="list-style-type: none">• Micción: 10: Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si sólo(botella, sonda, orinal) 5: Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos. 0: Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.
<ul style="list-style-type: none">• Ir al retrete: 10: Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona. 5: Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño, puede limpiarse solo. 0: Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor

• **Traslado cama / sillón:**

15: Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.

10: Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.

5: Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada capaz de estar sentado sin ayuda

0: Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por 2 personas. Es incapaz de permanecer sentado.

• **Deambulaci3n:**

15: Independiente. Puede andar 50 m o su equivalente en casa sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.

10: Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utilizar andador.

5: Independiente en silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisi3n.

0: Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otra persona.

• **Subir y bajar escaleras:**

10: Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona.

5: Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n.

0: Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor.

La interpretaci3n sobre la puntuaci3n del Índice de Barthel es:

0-20: Dependencia total. (Grado V)

21-60: Dependencia severa. (Grado IV)

61-90: Dependencia moderada. (Grado III)

91-99: Dependencia escasa. (Grado II)

100: Independencia. (Grado I)

ANEXO 5

Tabla 2: Relación de grupos etarios con amparo filial o no. Área de salud Fraternidad. 2007

Grupos etarios (años)	Con amparo filial		Sin amparo filial		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
0 -9	39	6.8	0	0	39	6.8
10 – 19	61	10.5	4	0.8	65	11.3
20 – 30	73	12.6	32	5.6	105	18.2
31-60	86	14.9	45	7.9	131	22.8
+60	177	30.8	59	10.1	236	40.9
Total	436	75.6	140	24.4	576	100

Fuente: Entrevista. 2007

ANEXO 6

Tabla 4: Tipo de discapacidad por grupo etario. 0 – 9 años. Área de Salud Fraternidad. 2007.

Categoría	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa %	Frecuencia acumulada
Neurológico	28	71.7	28
Osteomioarticular	11	28.3	39
Otros	0	0	0
Total	39	100	39

Fuente: Entrevista. 2007

Tabla 5: Tipo de discapacidad por grupo etario. 10 - 19años. Área de Salud Fraternidad. 2007.

Categoría	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa %	Frecuencia acumulada
Neurológico	38	58.4	38
Osteomioarticular	23	35.3	61
Otros	4	6.3	65
Total	65	100	

Fuente: Entrevista. 2007

Tabla 6: Tipo de discapacidad por grupo etario. 20 – 30 años. Área de Salud Fraternidad. 2007.

Categoría	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa %	Frecuencia acumulada
Neurológico	13	12.5	13
Osteomioarticular	89	84.7	102
Otros	3	2.8	105
Total	105	100	

Fuente: Entrevista. 2007

Tabla 7: Tipo de discapacidad por grupo etario. 31 - 60 años. Área de Salud Fraternidad. 2007.

Categoría	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa %	Frecuencia acumulada
Neurológico	60	45.8	60
Osteomioarticular	64	48.8	124
Otros	7	5.4	131
Total	131	100	

Fuente: Entrevista. 2007

Tabla 8: Tipo de discapacidad por grupo etario. Más de 60 años. Área de Salud Fraternidad. 2007.

Categoría	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa %	Frecuencia acumulada
Neurológico	25	10.7	25
Osteomioarticular	172	72.8	197
Otros	39	16.5	236
Total	236	100	

Fuente: Entrevista. 2007

