

11222



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
SECRETARIA DE SALUD  
CENTRO NACIONAL DE REHABILITACION /  
MEDICINA DE REHABILITACION

DISCAPACIDAD, MINUSVALIA, ENFERMEDAD  
AGUDA Y ENFERMEDAD CRONICA EN PACIENTES  
HOSPITALIZADOS Y DE LA CONSULTA EXTERNA

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE:

**MEDICINA DE REHABILITACION**

P R E S E N T A:

**DRA. AURELIA ARELLANO HERNANDEZ**

PROFESOR TITULAR: DR. LUIS GUILLERMO IBARRA



MEXICO, D. F. 2000



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
SECRETARIA DE SALUD  
CENTRO NACIONAL DE REHABILITACION/MEDICINA DE  
REHABILITACION**

**DISCAPACIDAD, MINUSVALIA, ENFERMEDAD AGUDA  
Y ENFERMEDAD CRONICA EN PACIENTES  
HOSPITALIZADOS Y DE LA CONSULTA EXTERNA**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE:**

**MEDICINA DE REHABILITACION**

**p r e s e n t a**  
**DRA. AURELIA ARELLANO HERNÁNDEZ**  
**DR. NOÉ CRUZ HERRERA**



**Profesor titular: Dr. Luis Guillermo Ibarra**

**México D. F. 2000**

**SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACION  
CENTRO NACIONAL DE  
REHABILITACION - MR**

## Dedicatorias

---

A dios gracias por permitirme  
vivir este momento.

A mi padre: con amor y respeto  
por su gran apoyo y creer en mi.

A mi madre: mi gran amiga, la que  
me ha enseñado que no existe abismo  
que no podamos cruzar juntas.

A Olguita, por ese cariño tan grande  
de hermanas, gracias por estar conmigo  
siempre.

A mis hermanos: Adolfo, Ernesto y Cruz, gracias  
por su apoyo.

A mis padrinos: Sra. Lilia y Sr. Victor, mi sincero  
agradecimiento por su gran cariño hacia mi, por  
llegar a ser parte importante de mi vida.

A mis hermanos que se encuentran con mi Padre  
Santísimo mi cariño y agradecimiento por siempre.

A mi amigas: Paty y Magda, por la  
amistad tan grande que nos une.

A mis compañeros residentes de  
primer año, por su gran apoyo.

Al Dr. Ibarra, gracias por compartir algún  
momento de su vida con nosotros.

A mis maestros, por su gran espíritu de  
Enseñar.

## INDICE

|                          |    |
|--------------------------|----|
| JUSTIFICACION .....      | 1  |
| ANTECEDENTES .....       | 2  |
| MATERIAL Y METODOS ..... | 13 |
| RESULTADOS .....         | 15 |
| DISCUSIÓN .....          | 32 |
| CONCLUSIONES .....       | 34 |
| REFERENCIAS .....        | 35 |

## JUSTIFICACION

Una de las causas principales de la discapacidad es un aumento en el promedio de vida entre la población, relacionada con el arribo de la medicina moderna, lo cual ha dado lugar a un incremento en la esperanza de vida y un aumento en los padecimientos crónico – degenerativos con sus respectivas secuelas. Actualmente el Plan Nacional de Salud reporta un 8% de minusválidos del sistema músculo esquelético y un 4% sociales, con un predominio de la población mayor de 60 años, lo cual representa un aumento en la incidencia de enfermedades crónicas como: la diabetes, hipertensión, cardiopatías, artritis y otras con sus discapacidades correspondientes. Lo cual quiere decir que actualmente poco más de 9.5 millones de mexicanos están afectados directamente por algún tipo de discapacidad; estas cifras se presentan de manera diferente en las entidades federativas del país, debido a las distintas condiciones económicas, sociales y culturales, tales como la pobreza, la marginación social, el déficit en la atención, la mal nutrición, el acelerado crecimiento de la población, la falta de una oportuna prestación de servicios de salud.

Dentro del grave problema que representa la discapacidad y minusvalía en México, adquiere prioridad el aspecto relativo al conocimiento de su magnitud, tanto cuantitativa como cualitativamente, ya que sin esto, las acciones que se emprendan para su solución girarán alrededor de estimaciones teóricas.

## ANTECEDENTES

A pesar de que la invalidez ha existido desde el inicio de la vida del hombre, fue a partir de la segunda guerra mundial, que dejó miles de incapacitados, tanto militares como civiles, en ese momento se le dio una importancia real a este problema. La Organización de las Naciones Unidas, desde su primer año de su existencia incluyó dentro de su programa de trabajo a la rehabilitación, con carácter prioritario; sin embargo, se encontró con insuficiencia de recursos físicos y humanos adecuados en el mundo entero, por lo que la ONU a través de la Organización Mundial de la Salud y sus organismos afines, colaboraron con la formación de personal y en el suministro de equipo para tal fin. Estas actividades dieron como resultado un auge en la construcción de servicios especializados para la rehabilitación y en la formación de recursos humanos, preferentemente en los países que habían sufrido los estragos de la guerra.(3)

Durante 25 años la política de la Organización Mundial de la Salud, fue de apoyo a los programas de especialización; sin embargo, este enfoque dio como consecuencia baja cobertura y alto costo, por lo que a partir de 1976 se inició una nueva orientación tendiente a brindar rehabilitación para todos, como resultado del planteamiento de atención primaria de salud, en la estrategia de salud para todos. Por tal motivo, la ONU a través de la OMS, OIT (Organización Internacional del Trabajo) y de la UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) modificaron sus políticas de especialización, por las de Fomento a la Rehabilitación Comunitaria. (7)

Recientemente dichas organizaciones han vuelto a confirmar su adhesión a la política de rehabilitación comunitaria; al publicar conjuntamente un manual con relación a la rehabilitación para todos, como parte de las acciones del programa Decenio Internacional de los Impedidos (1983 – 1992). (3,13)

Por lo tanto el desarrollo de la rehabilitación como parte integral de una atención médica amplia y su aplicación para restaurar a las personas con deterioro progresivo a sus óptimos niveles de actuación en sus hogares o en la comunidad, aumentará la eficacia de nuestro sistema de atención tal como lo ha estimado el análisis costo-beneficio. El descuido de la incapacidad durante sus primeras etapas es más costoso que si se realiza un programa intensivo para restaurar al individuo a su máxima capacidad funcional. La rehabilitación del paciente discapacitado es una filosofía de responsabilidad médica, el no asumir adecuadamente esta significa garantizar un deterioro progresivo de nuestro paciente con incapacidades leves a moderadas, hasta alcanzar un grado severo de limitación y una dependencia total. (3, 8, 16)

La Secretaria de Salud considera dentro del reglamento de prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos que la invalidez constituye un importante problema en el campo de la salud pública, toda vez que la población mexicana, en un alto índice, padece de algún tipo de invalidez. (7, 23, 30)

Según la Organización Mundial de la Salud existen en el mundo 514 millones de impedidos. La estimación mínima aceptada de la magnitud del problema de la incapacidad, es que al menos uno de cada 10 niños nacen con o adquieren un impedimento físico, mental o sensorial. Las cifras de rehabilitación internacional es de 500 millones, más de las 2/3 partes viven en países en desarrollo. La mayoría de ellos sin servicios de rehabilitación. Si desglosamos el número de impedidos que nos ofrece la OMS encontramos que 100 millones son secuelas de mal nutrición, 100 millones por secuelas de padecimientos congénitos, 78 millones por secuelas post-traumáticas, 56 millones por enfermedades transmisibles y 40 millones por alcoholismo y abuso de drogas. Se calcula que la cuarta parte de los habitantes del planeta se encuentra directamente afectada por los problemas de invalidez, debido al tiempo y dinero gastados por las familias de los impedidos o por otros miembros de la comunidad para el cuidado y compensación de sus males. (1,3,7,18)

De los 40,938 inválidos registrados por instituciones del sector salud en el período de 1975-82 correspondió el 43% (17,771) a las alteraciones del nacimiento; el 17.4% (7,146) a accidentes y el 39.1% (16021) a enfermedades en general. Del total de invalidez registrado en ese período, el 47.7% (19 550) correspondieron a enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos, 15% (369) a enfermedades del sistema osteomuscular y el 85% (3,520) a anomalías congénitas.

De acuerdo a las proyecciones de la población de México y entidades federativas del INEGI/S.P.P. se señala una prevalencia del 1% para retraso mental (424 640 casos), y para trastornos de conducta el 2% para mujeres y 9% para hombres en el año de 1990. (2,3)

Considerando la definición de invalidez dentro de lo que consideramos enfermedad ya sea aguda o crónica o incurable. Los procesos patológicos agudos así como los crónicos pueden dejar secuelas que se consideran invalidantes si dejan una limitación en el desarrollo integral de las actividades de la vida diaria humana, tanto en las de traslación, las educativas, laborales, recreativas así como en el cuidado personal. La invalidez no sólo se refiere a la limitación física, sino también al desajuste psicológico provocado por la secuela. (12,13)

En el momento actual es importante diferenciar el concepto de invalidez del de enfermedad aguda o crónica, considerando como una entidad aguda aquella que evoluciona en un lapso no mayor de 6 meses y que se resuelve sin dejar secuelas ya sea por curación o por muerte por el contrario una enfermedad crónica es la que evoluciona en un lapso mayor de 6 meses o es incurable, ambas pueden evolucionar sin dejar ninguna secuela, restituyéndose el individuo íntegramente y regresando a todas sus actividades normales; pero ambas también pueden dejar secuelas, ya sea invalidantes

o no invalidantes. Las secuelas invalidantes son aquellas que dejan una limitación en el desarrollo de las actividades de la vida humana. (6,9) Con relación a la invalidez, se considera que este proceso es de larga evolución o irreversible y siempre cursa con limitaciones de las actividades de la vida diaria, en diferentes grados de severidad. Ibarra en (1980) menciona que dentro del concepto de invalidez no solamente se basa en una alteración patológica permanente, como secuela de una enfermedad, o incurable como puede resultar de una enfermedad crónica, sino que a éste deba agregarse necesariamente un componente importante o sea una limitación de las actividades de la vida diaria del ser humano. Entonces la invalidez es un binomio; por un lado tenemos el aspecto biológico y por el otro la limitación en el desempeño de las actividades del individuo. (10,11,16,24,29)

Por lo tanto un paciente discapacitado se considera aquel que tiene limitadas sus capacidades para realizar las actividades necesarias para su desarrollo físico, mental, social, ocupacional y económico como consecuencia de una insuficiencia somática, psicológica o social.

Con relación a esto se considera que una de las primeras causas de invalidez ha sido el aumento del promedio de vida entre la población, con los cuidados médico-quirúrgicos y sus avances; los cuales al prevenir la muerte, ha dado lugar al incremento en la esperanza de vida y el aumento de padecimientos crónico degenerativos, con sus respectivas secuelas, calculando que para el año 2000, México ocupara el noveno lugar en todo el mundo con una población mayor de 60 años, significando el 10% de la población en el país, aumentando la incidencia de las enfermedades crónicas. (30,34)

En el ámbito mundial se ha utilizado indistintamente los términos de incapacidad o discapacidad e invalides, y esto ha provocado confusión para realizar una adecuada clasificación de las diferentes patologías.

Por lo anterior, actualmente la OMS emite una Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) siendo ésta una

herramienta que trata de poner en orden la confusión existente y da un salto cualitativo en la aproximación a cada caso, al tiempo que sirve a efecto de: (19,30)

- La elaboración de estadísticas.
- La planificación y la evaluación de servicios.
- La unificación de criterios de valoración.
- La indicación y tratamiento de historias y expedientes.
- Los procesos de homologación e intercambio entre profesionales.
- El desarrollo de trabajos de investigación.
- La comunicación científica.

Además pretende la supresión de un viejo hábito segregador, que es el de substantivizar situaciones adjetivas de la persona, lo que conduce a la etiquetación y a la consolidación de la marginación.

La (CIDDM), establece tres niveles de consecuencias de la enfermedad. No obstante, hay que señalar que aunque los conceptos a utilizar deben ser homogéneos, sus definiciones han de ser operativas y, por ello, deberán ajustarse a las características socioculturales de cada país y estar adaptadas a los objetivos de cada encuesta.

El primer nivel hace referencia a las deficiencias, las cuales se definen como cualquier pérdida o anomalía de un a estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Caracterizada por pérdida o anormalidades que pueden ser temporales o permanentes, entre las que se incluyen la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo incluidos los sistemas propios de la función mental. La deficiencia representa la exteriorización de un estado patológico y en principio, refleja perturbaciones a nivel de órgano en las que se incluyen:

1. Deficiencia intelectual.
2. Otras deficiencias psicológicas.
3. Deficiencias del lenguaje.

4. Deficiencias del órgano de la audición.
5. Deficiencias del órgano de la visión.
6. Deficiencias viscerales.
7. Deficiencias musculoesqueléticas.
8. Deficiencias desfiguradoras.
9. Deficiencias generalizadas, sensitivas y otras.

El segundo nivel lo constituyen las discapacidades las cuales se definen como toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma y dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Se caracteriza por exceso o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una actividad normal rutinaria, las cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivas o regresivas. Las discapacidades pueden surgir como consecuencia directa de una deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales, o de otro tipo en las que se incluyen:

1. Discapacidad de la conducta.
2. Discapacidad de la comunicación.
3. Discapacidad del cuidado personal.
4. Discapacidad de la locomoción.
5. Discapacidad de la disposición del cuerpo.
6. Discapacidad de la destreza.
7. Discapacidad de la situación.
8. Discapacidad de una determinada aptitud.
9. Otras restricciones de la actividad. (32,31)

El tercer nivel constituye la minusvalía la cual es una situación desventajosa para un individuo consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de edad, sexo y factores sociales y culturales), esta relacionada con

el valor atribuido a la situación o experiencia de un individuo cuando se aparta de lo normal. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento y el estatus del individuo y las expectativas del individuo mismo o de un grupo concreto al que pertenece. La minusvalía representa, la socialización de una deficiencia o discapacidad, que refleja consecuencias, culturales, sociales, económicas y ambientales, que para el individuo se derivan de la presencia de la deficiencia y la discapacidad, incluyendo en este grupo las siguientes:

1. Minusvalía de orientación.
2. Minusvalía de independencia física.
3. Minusvalía de la movilidad.
4. Minusvalía ocupacional.
5. Minusvalía de integración social.
6. Minusvalía de autosuficiencia económica. (30,31,32,36)

Otro de los puntos importantes a tratar es que las discapacidades pueden no darse solas, sino que una misma persona puede padecer dos o más discapacidades que pueden ser independientes unas de otras, o bien pueden tener su origen en una misma deficiencia.

Ibarra en uno de sus estudios realizados en el Hospital Infantil de México en 1967, menciona la gran importancia que tiene el gran incremento de inválidos, como consecuencia de la disminución en la mortalidad por las mejores técnicas de tratamiento utilizadas así como un aumento notorio en cuanto a las enfermedades crónicas. (5,14,19)

En 1970 Ibarra y Montes de Oca realizan un siguiente estudio comparativo con pacientes de la consulta externa y hospitalizados del Hospital Infantil de México, con el fin de comprobar, en forma aproximada el tipo de pacientes manejados en dicha área, tomando como parámetros principales a la edad, sexo, tiempo de evolución, diagnóstico, clasificando a estos como enfermos crónicos, enfermos agudos, inválidos temporales e inválidos permanentes, incluyendo entre estos a

los pacientes que presentaban alguna alteración física o psíquica irreversible que producía limitación variable en las actividades de la vida diaria. Encontrando en esta ocasión una disminución de las enfermedades infecciosas y un aumento en los padecimientos crónicos e invalidantes, debido al cambio radical que está sufriendo el campo de acción de la medicina como consecuencia de mejores procedimientos de diagnóstico y tratamiento. (19,20)

Ibarra menciona en su registro nacional de inválidos que la magnitud del problema de la invalidez puede ser precisada en función de su prevalencia e incidencia mediante la descripción de algunas características de las personas afectadas. (11,19)

Haroutune K. En 1988, realiza un estudio donde refiere que los factores sociodemográficos tienen una gran significancia relacionada con la incidencia de la discapacidad, estos factores son: edad, estado civil, nivel escolar, la comparación de estos factores revela una asociación en la incidencia de la discapacidad en las actividades de la vida diaria. (7,36)

En 1989 Bernardo Salazar revisa 2500 dictámenes de invalidez en el área de salud del IMSS, en los cuales 105 presentaron diabetes mellitus, el resto de pacientes presentaron como motivo de invalidez a la hipertensión, cardiopatía, polineuropatías, retinopatía, asociado al estado de invalidez a un aumento de peso superior a 65 Kg. (25,29)

Youlian Liao (1986-1994), realiza un estudio valorando la diferencia entre discapacidad y morbilidad en los últimos años de vida, analizando datos obtenidos a través de la Institución Nacional de Salud y a partir de entrevistas donde incluía datos como son: tiempo de limitación de sus actividades, número de patologías crónicas, día cama, días de estancia intrahospitalaria, comparando así a pacientes de raza negra y blancos encontrando que entre estos el nivel educacional fue inversamente asociado a índices de discapacidad y morbilidad. (16,5)

Pamela W. Duncan en 1994 realiza un estudio con pacientes que presentan EVC, utilizando un modelo de Nagi, el cual relaciona directamente la patología o patologías presentes, el deterioro ocasionado al paciente así como e grado de limitación funcional y la presencia de discapacidad en estos. (2,3)

Edna Berumen dentro del contexto de discapacidad menciona que en general actualmente se consideran como causas de discapacidad a los defectos al nacimiento en un 19.5%, en los que incluye las malformaciones congénitas y ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, tales como la prematures y el bajo peso al nacer. Las enfermedades no transmisibles en un 19.5%, cuya presencia es derivada de nuevos y variados riesgos que afectan la salud del niño, del adulto y del anciano ante la transmisión epidemiológica y demográfica de todo el orbe, aunque presentando matices diferentes en los países con mayor o menor grado de desarrollo, también es importante las diferencias nutricionales o mal nutrición en un 19.5%. (5)

De acuerdo a estos aumentos con relación a la prevalencia de las distintas patologías antes mencionadas y su grado de discapacidad producida secundaria a estas, hace referencia Ibarra, en su artículo relacionado con la enfermedad aguda y crónica en 1970 realizado en el Hospital Infantil de México, donde resalta la paradójica consecuencia de los progresos de la medicina, cada día aumenta más el número de enfermos crónicos e inválidos que gravitan en la vida del país, tanto médica como social y económicamente. (20)

En 1980 en el Hospital Infantil de México y el Hospital de Pediatría del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ibarra revisa 2 202 pacientes con el fin de conocer la proporción de enfermos crónicos e inválidos, comparando entre los hospitalizados y los de la consulta externa; encontrando en este estudio resultados semejantes a los obtenidos en estudios anteriores. (9)

En 1986 Ibarra y Montes de Oca realizan otro estudio de gran relevancia incluyendo en este encuestas en hospitales pediátricos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de

Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado y del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, localizados en el área metropolitana del D.F. Integrando a este estudio un total de 2 395 casos, mostrando dentro de su análisis global los diagnósticos que generaron 579 casos de invalidez, demostrarán un predominio de los correspondientes al sistema neuromusculoesquelético y al de enfermedades mentales. (11).

## OBJETIVO GENERAL

Actualizar la información estadística de los padecimientos agudos y crónicos en relación con las deficiencias, discapacidades y minusvalías que presentan los pacientes hospitalizados en las distintas salas y de la consulta externa en el Hospital Juárez de México.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer la proporción de enfermos crónicos y enfermos agudos en el área intrahospitalaria del Hospital Juárez de México en un día determinado.
2. Conocer la proporción de padecimientos agudos y crónicos en los pacientes de la consulta externa en el Hospital antes mencionado en un día determinado.
3. Conocer la proporción de pacientes hospitalizados que presentan algún tipo de deficiencia, discapacidad o minusvalía ya sea temporal o permanente.
4. Conocer la proporción de pacientes de la consulta externa que presentan algún tipo de deficiencia, discapacidad o minusvalía ya sea temporal o permanente.

## HIPOTESIS

- Debido al incremento en el promedio de vida entre la población, con los cuidados médico-quirúrgicos y sus avances; los cuales han dado lugar a un incremento en la esperanza de vida, por tal motivo suponemos que se incrementará el número de padecimientos crónico/degenerativos, con sus respectivas secuelas.

- Si sabemos que existe un incremento en las enfermedades de tipo crónico y que en su mayoría estas cursan con algún tipo de discapacidad durante su evolución y estas no sean detectadas oportunamente se espera encontrar un aumento en el deterioro continuo del paciente con discapacidad hasta llegar a un grado de minusvalía permanente.

## MATERIAL Y METODOS

El siguiente estudio será de tipo prospectivo, transversal, descriptivo y observacional, realizado en el Hospital Juárez de México realizado durante el mes de diciembre de 1999; tomando en cuenta los siguientes criterios:

### CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes de todas las edades
- Pacientes que se encuentren hospitalizados en las distintas salas del Hospital Juárez de México en un día determinado
- Pacientes que acuden a la consulta externa en un día determinado en el Hospital antes mencionado
- Pacientes con padecimientos agudos
- Pacientes con algún padecimiento crónico
- Pacientes que presenten algún tipo de deficiencia
- Pacientes que presenten algún tipo de discapacidad
- Pacientes que presenten algún tipo de minusvalía

### CRITERIOS DE EXCLUSION:

- En este estudio no se excluirá ningún paciente

- Si sabemos que existe un incremento en las enfermedades de tipo crónico y que en su mayoría estas cursan con algún tipo de discapacidad durante su evolución y estas no sean detectadas oportunamente se espera encontrar un aumento en el deterioro continuo del paciente con discapacidad hasta llegar a un grado de minusvalía permanente.

## MATERIAL Y METODOS

El siguiente estudio será de tipo prospectivo, transversal, descriptivo y observacional, realizado en el Hospital Juárez de México realizado durante el mes de diciembre de 1999; tomando en cuenta los siguientes criterios:

### CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes de todas las edades
- Pacientes que se encuentren hospitalizados en las distintas salas del Hospital Juárez de México en un día determinado
- Pacientes que acuden a la consulta externa en un día determinado en el Hospital antes mencionado
- Pacientes con padecimientos agudos
- Pacientes con algún padecimiento crónico
- Pacientes que presenten algún tipo de deficiencia
- Pacientes que presenten algún tipo de discapacidad
- Pacientes que presenten algún tipo de minusvalía

### CRITERIOS DE EXCLUSION:

- En este estudio no se excluirá ningún paciente

Este estudio se realizo tomando en cuenta dos grupos de pacientes; uno de pacientes hospitalizados y otro con pacientes de la consulta externa del Hospital Juárez de México, en un día determinado, en el cual se procedió a realizar la obtención de datos a través de una entrevista directa con cada uno de los pacientes hospitalizados en las distintas salas y de la consulta externa; tratando de obtener nuestros datos relevantes como son: edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, residencia actual, tiempo de evolución, diagnóstico, días de estancia intrahospitalaria; así como la consulta directa de expedientes para confirmación del diagnóstico.

Clasificando cada una de las patologías obtenidas en agudas y crónicas, de acuerdo a la siguiente clasificación: aguda cuando presenta una evolución menor a 6 meses y que se resuelven sin dejar secuelas; crónica cuando el tiempo de evolución es mayor de 6 meses.

Y tomando en cuenta la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (ICIDH-2 por sus siglas en ingles) descrita por la OMS, realizando una segunda clasificación, basándonos en el diagnóstico de ingreso.

Posteriormente se realizo la captura de datos, analizando la frecuencia de nuestras variables, aplicando pruebas estadísticas tipo "T" de student para grupos independientes, para variables cuantitativas continuas, y pruebas de ANOVA para evaluar los efectos por separado de cada variable independiente y los efectos conjuntos de 2 o más variables independientes; a los que se les realizo niveles de significancia.

## RESULTADOS

La muestra comprendió un total de 893 pacientes de los cuales 655 comprendieron a la consulta externa y 238 a pacientes hospitalizados, en el Hospital Juárez de México. (gráfica 1)

A los 893 pacientes se les dividió por grupos etáreo, observándose el valor más alto en el grupo de 65 y + años (114), y el valor mínimo en el grupo de 1 a 4 años (24). En relación al sexo, las cifras obtenidas fueron 540 pacientes femeninos y 353 pacientes masculinos. (gráfica 2)

La cantidad obtenida en relación al grado escolar fueron 171 pacientes que correspondieron a menores de 4 años sin escolaridad o analfabetas y 722 pacientes que cursaron algún grado escolar.

Del total de pacientes registrados encontramos que la actividad laboral más frecuente fue, actividades del hogar 417 pacientes, seguido de los oficinistas con 109 y estudiantes con 104 de los casos. También se observó que 75 pacientes son desempleados y 70 menores de 4 años registrados como población inactiva.

En relación con el estado civil se observó que los grupos más representativos fueron los 380 pacientes solteros y los 391 casados. De acuerdo a la entidad federativa de residencia permanente de los 893 pacientes, 393 correspondieron al Distrito Federal y 500 pacientes fueron foráneos.

Por otra parte el tipo de problema encontrado en el total de la población estudiada es de 575 (64.39%) pacientes con patologías crónicas, 266 (29.79%) pacientes tuvieron patologías agudas y 52 (5.82 %) pacientes se encontraron sanos. (gráfica 3)

Según la clasificación de la OMS, se encontró que 238 pacientes presentaban deficiencia temporal, 279 pacientes deficiencia permanente, 58 pacientes con

discapacidad temporal, 235 pacientes con discapacidad permanente y 31 pacientes con minusvalía. (gráfica 4)

Con el propósito de detallar el análisis comparativo de este estudio se dividió la muestra en dos grupos, el primero correspondió a los pacientes de la consulta externa y el segundo a los pacientes hospitalizados.

En los pacientes de la consulta externa se encontró que hay un predominio de pacientes con edad de 65 y más años, en un 11.60%, y el menor porcentaje en el grupo de 1 a 4 años con un 2.74%. (cuadro 1)

Respecto al PORCENTAJE POR SEXO EN LA CONSULTA EXTERNA: en este grupo se encontró mayor porcentaje en el sexo femenino con un 64.73% en comparación con el masculino el cual fue de un 35.27% ( $p < 0.01$ ). (cuadro 2)  
El porcentaje de ESCOLARIDAD EN PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA: se observó que el mayor porcentaje se encuentra entre pacientes que cursaron la primaria y secundaria con un 43.05% y 26.87% respectivamente. Por otra parte también encontramos que el 17.80% correspondió a menores de 4 años sin escolaridad y analfabetas.

La OCUPACION en los pacientes de la consulta externa: se encontró que un 50.68% de los pacientes se dedica al hogar seguido de un 10.99% con ocupación de oficinista y llama la atención el 8.39% de desempleados.

La variable de ESTADO CIVIL, en pacientes de la consulta externa: reveló un predominio de pacientes casados con un 43.81%, seguido de un 43.66% de solteros.

ENTIDAD FEDERATIVA en la consulta externa: se encontró un 44.58% de pacientes del Distrito Federal, y un 55.42% de pacientes foráneos que acuden a la consulta a este hospital.

Los PACIENTES CON ENFERMEDAD AGUDA Y CRONICA en la consulta externa, según la clasificación de los pacientes, se encontró un total de 140 casos de enfermedad aguda (21.37 %) y 482 de enfermedad crónica (73.58 %) y 33 pacientes sanos (5.05%). (3)

LA CLASIFICACION GLOBAL DE LAS PATOLOGIAS POR APARATOS Y SISTEMAS, mostró, un total de 622 casos de los cuales 139 pacientes correspondieron a enfermedad aguda, 483 pacientes a enfermedad crónica, predominando el sistema genitourinario, con 30 padecimientos agudos y 74 crónicos, seguido del sistema nervioso con 32 casos de enfermedad aguda y 41 crónicos. Y en tercer lugar las neoplasias con 72 casos de enfermedad crónica. (cuadro 4)

Por otra parte, de acuerdo a la clasificación de la OMS, el ANALISIS GLOBAL DE LOS DIAGNOSTICOS POR APARATOS Y SISTEMAS, revelo 172 casos (26.25%) con deficiencias temporales, 232 casos (35.41%) con deficiencias permanentes; seguido de la discapacidad temporal con 27 casos (4.12%), discapacidades permanentes 174 casos (25.56%) y minusvalia con 17 casos (2.59%). (cuadros 5,6 y 7)

En el segundo grupo compuesto por los pacientes hospitalizados se encontró un predominio de pacientes mayores de 65 años con 38 casos (15.96%) y el menor porcentaje en pacientes de 1 a 4 años con 6 casos (2.52%). (cuadro 8)

PORCENTAJE DE ACUERDO A SEXO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: en este grupo se observó un predominio del sexo masculino con 51.40% y del sexo femenino 48.60% (p n.s). (cuadro 9)

En el PORCENTAJE DE ESCOLARIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, encontramos que el grado escolar con mayor porcentaje fue la primaria con 42.43% seguida de la secundaria con un 20.58%, también se observó que el 23.10% correspondieron a menores de 4 años sin escolaridad y analfabetas.

EL PORCENTAJE DE OCUPACION en pacientes hospitalizados: mostró que el 35.71% son pacientes dedicados al hogar y el 15.54% laboran en actividades de oficina, también llama la atención que el 12,60% son menores de 4 años considerados como población inactiva y no se registraron pacientes desempleados.

En el ESTADO CIVIL de los pacientes hospitalizados, el 43.69% correspondió a pacientes casados, un 39.49% son solteros.

ENTIDAD FEDERATIVA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: se encontró que el 57.74% de pacientes fueron foráneos y el 42.26% del Distrito Federal.

Los PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ENFERMEDAD AGUDA Y CRÓNICA, según la clasificación de la enfermedad se encontró un total de 127 pacientes con enfermedad aguda (53.36 %), 92 con enfermedad crónica (38.65%) y 19 pacientes sanos (7.98%). (cuadro 10)

EL ANALISIS GLOBAL DE LAS PATOLOGIAS POR APARATOS Y SISTEMAS, mostró, 127 paciente con enfermedad aguda, 92 con enfermedad crónica, revelando un predominio del sistema digestivo con 5 casos de enfermedad aguda y 19 casos de enfermedad crónica, seguida del sistema musculoesquelético con 30 casos de enfermedad aguda y 6 casos de enfermedad crónica y en tercer lugar el sistema genitourinario con 21 casos de enfermedad aguda y 10 casos de enfermedad crónica. (cuadro 11)

Por otra parte , de acuerdo a la clasificación de la OMS, el análisis global de los DIAGNOSTICOS POR APARATOS Y SISTEMAS, en los pacientes hospitalizados revelo, 66 casos ( 27.73 %) con deficiencias temporales, 47 casos (19.74 %) con deficiencias permanentes, seguido de la discapacidad temporal con 31 casos (13.04 %) , discapacidad permanente con 48 casos (20.01 %) y minusvalías con 14 casos (5.88 %). (cuadros 12,13,14)

Al realizar el análisis comparativo entre el total de nuestros grupos de consulta externa y hospitalizados encontramos una diferencia estadística significativa ( $p < 0.001$ ). (cuadro 15)

También encontramos una diferencia significativa entre los dos grupos al compararlos por sexo ( $p < 0.01/p < 0.05$ ). ( cuadro 16)

Por otra parte al comparar los resultados en pacientes hospitalizados por sexo, no se encontró diferencia estadística significativa. (cuadro 9)

No así en el grupo de pacientes de la consulta externa en donde encontramos una diferencia estadística significativa ( $p < 0.01$ ). ( cuadro 2)

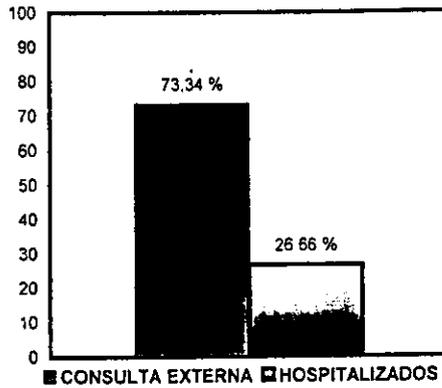
Las deficiencias temporales en la consulta externa se presentaron en un 26.25 %, contra la deficiencia temporal en hospitalizados de un 27.73 %, no mostrando una significancia estadística. Sin embargo la deficiencia permanente en la consulta externa tuvo una frecuencia de 35.41 % contra el 19.74 % de deficiencia permanente en los hospitalizados con una diferencia estadística significativa ( $p < 0.05$ ) (cuadro 17)

Las discapacidades temporales en pacientes de la consulta externa se presentaron en un 4.12% contra el 13.04% de los pacientes hospitalizados con discapacidad temporal, mostrando una diferencia estadística significativa ( $p < 0.01$ ). También la discapacidad permanente se presentó en un 26.56% en pacientes de la consulta externa y en un 13.04% en los pacientes hospitalizados mostrando una diferencia estadística significativa ( $p < 0.01$ ). (cuadro 17)

Los pacientes de la consulta externa que presentaron minusvalía se encontraron en un 2.59% en la consulta externa contra el 5.88% de los pacientes minusválidos hospitalizados mostrando una diferencia estadística significativa ( $p < 0.01$ ). (cuadro 17)

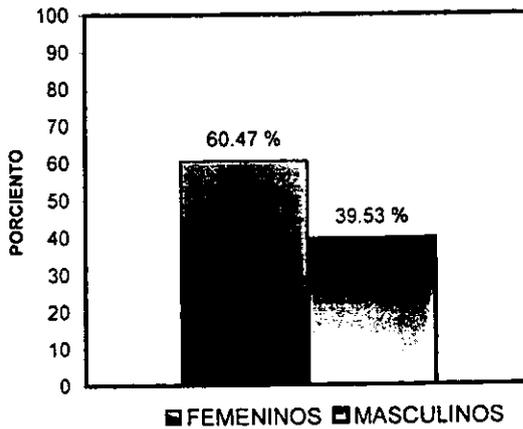
**GRAFICA 1**

**CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION EN  
UNA MUESTRA DE 893 PACIENTES DEL  
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO**



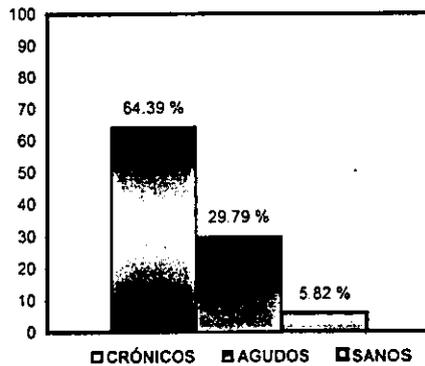
**GRAFICA 2**

**DISTRIBUCION POR SEXO EN PACIENTES DE LA  
CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZADOS DEL  
HOSPITAL JAUREZ DE MEXICO**



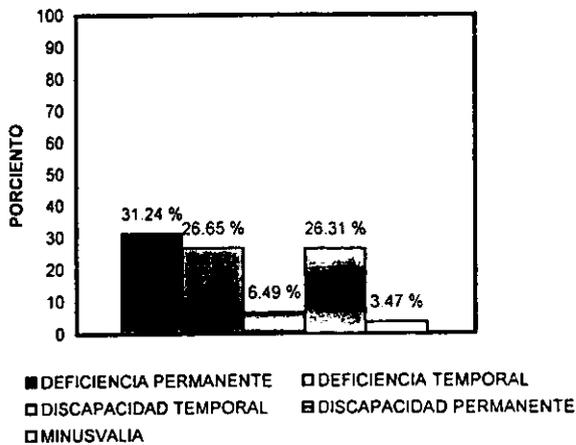
GRAFICA 3

ENFERMEDAD CRONICA, ENFERMEDAD AGUDA  
Y SANOS EN 893 PACIENTES DEL HOSPITAL  
JUAREZ DE MEXICO



GRAFICA 4

DEFICIENCIA, DISCAPACIDAD Y MINUSVALIA EN  
893 PACIENTES DEL HOSPITAL JUAREZ DE  
MEXICO



**CUADRO 1**  
**DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD EN PACIENTES**  
**DE LA CONSULTA EXTERNA**

| EDAD    | TOTAL | PORCIENTO |
|---------|-------|-----------|
| 0 a 11m | 26    | 3.95%     |
| 1 a 4   | 18    | 2.74%     |
| 5 a 9   | 22    | 3.35%     |
| 10 a 14 | 19    | 2.90%     |
| 15 a 19 | 45    | 6.87%     |
| 20 a 24 | 47    | 7.17%     |
| 25 a 29 | 46    | 7.02%     |
| 30 a 34 | 44    | 6.71%     |
| 35 a 39 | 55    | 8.39%     |
| 40 a 44 | 55    | 8.39%     |
| 45 a 49 | 62    | 9.45%     |
| 50 a 54 | 55    | 8.39%     |
| 55 a 59 | 45    | 6.87%     |
| 60 a 64 | 40    | 6.10%     |
| 65 y +  | 76    | 11.60%    |

**CUADRO 2**  
**DISTRIBUCION POR SEXO EN PACIENTES**  
**DE LA CONSULTA EXTERNA**

|           | TOTAL | PORCIENTO |
|-----------|-------|-----------|
| FEMENINO  | 424   | 64.73%    |
| MASCULINO | 231   | 35.27%    |
| p         |       | < 0.01    |

**CUADRO 3**  
**CLASIFICACION POR TIPO DE PROBLEMA EN PACIENTES**  
**DE LA CONSULTA EXTERNA**

| TIPO DE PROBLEMA | TOTAL      | PORCIENTO   |
|------------------|------------|-------------|
| AGUDOS           | 140        | 21.37%      |
| CRONICOS         | 482        | 73.58%      |
| SANOS            | 33         | 5.05%       |
| <b>TOTAL</b>     | <b>655</b> | <b>100%</b> |

**CUADRO 4**  
**CLASIFICACION GLOBAL DE LAS PATOLOGIAS POR APARATOS Y SISTEMAS**  
**EN PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA**

|                    | AGUDOS     | CRONICOS   | TOTAL      | PORCIENTO |
|--------------------|------------|------------|------------|-----------|
| GENITOURINARIO     | 30         | 74         | 104        | 16.04%    |
| NERVIOSO           | 32         | 41         | 73         | 11.14%    |
| NEOPLASIAS         | 0          | 72         | 72         | 10.99%    |
| MUSCULOESQUELETICO | 20         | 45         | 65         | 9.92%     |
| DIGESTIVO          | 24         | 40         | 64         | 9.77%     |
| ENDOCRINO          | 2          | 56         | 58         | 8.85%     |
| OCULAR             | 4          | 39         | 43         | 6.56%     |
| RESPIRATORIO       | 11         | 27         | 38         | 5.80%     |
| CARDIOVASCULAR     | 8          | 28         | 36         | 5.49%     |
| MISCELANEAS        | 4          | 25         | 29         | 4.42%     |
| TEGUMENTARIO       | 3          | 12         | 15         | 2.29%     |
| AUDITIVO           | 0          | 13         | 13         | 1.98%     |
| INMUNOLOGICO       | 0          | 8          | 8          | 1.22%     |
| HEMATOLOGICO       | 1          | 2          | 3          | 0.49%     |
| FONOARTICULAR      | 0          | 1          | 1          | 0.15%     |
|                    | <b>139</b> | <b>483</b> | <b>622</b> |           |

**CUADRO 5**  
**DEFICIENCIA TEMPORAL Y PERMANENTE EN PACIENTES**  
**DE LA CONSULTA EXTERNA**

|                    | DEF TEM       | DEF. PERM.    |
|--------------------|---------------|---------------|
| GENITOURINARIO     | 46            | 38            |
| DIGESTIVO          | 32            | 22            |
| MUSCULOESQUELETICO | 21            | 24            |
| NEOPLASIAS         | 0             | 42            |
| NERVIOSO           | 17            | 20            |
| ENDOCRINO          | 2             | 30            |
| RESPIRATORIO       | 20            | 8             |
| CARDIOVASCULAR     | 5             | 19            |
| OCULAR             | 5             | 17            |
| TEGUMENTARIO       | 11            | 4             |
| AUDITIVO           | 4             | 6             |
| MISCELANEA         | 8             | 0             |
| INMUNOLOGICO       | 0             | 2             |
| HEMATOLOGICO       | 1             | 0             |
| FONOARTICULAR      | 0             | 0             |
| <b>TOTAL</b>       | <b>171</b>    | <b>232</b>    |
| <b>PORCIENTO</b>   | <b>26.25%</b> | <b>35.41%</b> |

**CUADRO 6**  
**DISCAPACIDAD TEMPORAL Y PERMANENTE EN PACIENTES**  
**DE LA CONSULTA EXTERNA**

|                    | DISCA. TEM.  | DISCA. PERM   |
|--------------------|--------------|---------------|
| NERVIOSO           | 16           | 17            |
| NEOPLASIAS         | 0            | 26            |
| ENDOCRINO          | 0            | 26            |
| MISCELANEA         | 1            | 20            |
| OCULAR             | 0            | 21            |
| GENITOURINARIO     | 2            | 18            |
| MUSCULOESQUELETICO | 0            | 16            |
| CARDIOVASCULAR     | 2            | 9             |
| DIGESTIVO          | 2            | 8             |
| RESPIRATORIO       | 4            | 4             |
| AUDITIVO           | 0            | 3             |
| INMUNOLOGICO       | 0            | 3             |
| HEMATOLOGICO       | 0            | 2             |
| FONOARTICULAR      | 0            | 1             |
| TEGUMENTARIO       | 0            | 0             |
| <b>TOTAL</b>       | <b>27</b>    | <b>174</b>    |
| <b>PORCIENTO</b>   | <b>4.12%</b> | <b>25.56%</b> |

**CUADRO 7**  
**MINUSVALIA EN PACIENTES**  
**DE LA CONSULTA EXTERNA**

|                    | <b>MINUSVALIA</b> |
|--------------------|-------------------|
| NEOPLASIAS         | 4                 |
| MUSCULOESQUELETICO | 4                 |
| NERVIOSO           | 3                 |
| INMUNOLOGICO       | 3                 |
| RESPIRATORIO       | 2                 |
| CARDIOVASCULAR     | 1                 |
| AUDITIVO           | 0                 |
| DIGESTIVO          | 0                 |
| FONOARTICULAR      | 0                 |
| HEMATOLOGICO       | 0                 |
| ENDOCRINO          | 0                 |
| TEGUMENTARIO       | 0                 |
| OCULAR             | 0                 |
| GENITOURINARIO     | 0                 |
| MISCELANEA         | 0                 |
| <b>TOTAL</b>       | <b>17</b>         |
| <b>PORCIENTO</b>   | <b>2.59%</b>      |

**CUADRO 8**  
**DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD EN**  
**PACIENTES HOSPITALIZADOS**

| GRUPOS DE EDAD | TOTAL | PORCIENTO |
|----------------|-------|-----------|
| 0 a 11m        | 26    | 10.92%    |
| 1 a 4          | 6     | 2.52%     |
| 5 a 9          | 7     | 2.94%     |
| 10 a 14        | 13    | 5.46%     |
| 15 a 19        | 12    | 5.04%     |
| 20 a 24        | 15    | 6.30%     |
| 25 a 29        | 17    | 7.14%     |
| 30 a 34        | 23    | 9.66%     |
| 35 a 39        | 15    | 6.30%     |
| 40 a 44        | 16    | 6.72%     |
| 45 a 49        | 18    | 7.56%     |
| 50 a 54        | 12    | 5.04%     |
| 55 a 59        | 7     | 2.94%     |
| 60 a 64        | 13    | 5.46%     |
| 65 y +         | 38    | 15.96 %   |

**CUADRO 9**  
**DISTRIBUCION POR SEXO EN PACIENTES**  
**HOSPITALIZADOS**

|           | TOTAL | PORCIENTO |
|-----------|-------|-----------|
| FEMENINO  | 116   | 48.60 %   |
| MASCULINO | 122   | 51.40 %   |
| p         |       | n.s       |

**CUADRO 10**  
**CLASIFICACION POR TIPO DE PROBLEMA EN**  
**PACIENTES HOSPITALIZADOS**

| PROBLEMA | TOTAL | PORCIENTO |
|----------|-------|-----------|
| AGUDOS   | 127   | 53.36%    |
| CRONICOS | 92    | 38.65%    |
| SANOS    | 19    | 7.98%     |

**CUADRO 11**  
**CLASIFICACION GLOBAL DE LAS PATOLOGIAS POR APARATOS Y SISTEMAS**  
**EN PACIENTES HOSPITALIZADOS**

|                    | AGUDOS | CRONICOS | TOTAL | PORCIENTO |
|--------------------|--------|----------|-------|-----------|
| DIGESTIVO          | 25     | 19       | 44    | 18.48%    |
| MUSCULOESQUELETICO | 30     | 6        | 36    | 15.12%    |
| GENITOURINARIO     | 21     | 10       | 31    | 13.02%    |
| NEOPLASIAS         | 0      | 24       | 24    | 10.08%    |
| RESPIRATORIO       | 18     | 1        | 19    | 7.98%     |
| CARDIOVASCULAR     | 14     | 3        | 17    | 7.14%     |
| NERVIOSO           | 10     | 6        | 16    | 6.72%     |
| MISCELANEAS        | 9      | 1        | 10    | 4.20%     |
| ENDOCRINO          | 0      | 8        | 8     | 3.36%     |
| INMUNOLOGICO       | 0      | 5        | 5     | 2.10%     |
| OCULAR             | 0      | 3        | 3     | 1.30%     |
| HEMATOLOGICO       | 0      | 2        | 2     | 0.84%     |
| AUDITIVO           | 0      | 2        | 2     | 0.84%     |
| FONARTICULAR       | 0      | 2        | 2     | 0.84%     |
| TEGUMENTARIO       | 0      | 0        | 0     | 0%        |
|                    | 127    | 92       | 219   |           |

**CUADRO 12**  
**DEFICIENCIA TEMPORAL Y PERMANENTE**  
**EN PACIENTES HOSPITALIZADOS**

|                    | DEF. TEM.     | DEF. PER      |
|--------------------|---------------|---------------|
| DIGESTIVO          | 11            | 16            |
| MUSCULOESQUELETICO | 25            | 1             |
| GENITOURINARIO     | 19            | 2             |
| RESPIRATORIO       | 2             | 10            |
| NEOPLASIAS         | 0             | 8             |
| MISCELANEAS        | 6             | 0             |
| NERVIOSO           | 2             | 2             |
| CARDIOVASCULAR     | 0             | 4             |
| ENDOCRINO          | 0             | 2             |
| OCULAR             | 1             | 0             |
| AUDITIVO           | 0             | 1             |
| HEMATOLOGICO       | 0             | 1             |
| TEGUMENTARIO       | 0             | 0             |
| INMUNOLOGICO       | 0             | 0             |
| FONOARTIULAR       | 0             | 0             |
| <b>TOTAL</b>       | <b>66</b>     | <b>47</b>     |
| <b>PORCIENTO</b>   | <b>27.73%</b> | <b>19.74%</b> |

**CUADRO 13**  
**DISCAPACIDAD TEMPORAL Y PERMANENTE**  
**EN PACIENTES HOSPITALIZADOS**

|                    | DISCA. TEM    | DISCA. PERM   |
|--------------------|---------------|---------------|
| DIGESTIVO          | 3             | 1             |
| MUSCULOESQUELETICO | 6             | 4             |
| GENITOURINARIO     | 4             | 6             |
| RESPIRATORIO       | 7             | 0             |
| NEOPLASIAS         | 1             | 15            |
| MISCELANEAS        | 1             | 3             |
| NERVIOSO           | 8             | 2             |
| CARDIOVASCULAR     | 0             | 6             |
| ENDOCRINO          | 0             | 6             |
| OCULAR             | 0             | 2             |
| AUDITIVO           | 0             | 1             |
| HEMATOLOGICO       | 1             | 0             |
| TEGUMENTARIO       | 0             | 0             |
| INMUNOLOGICO       | 0             | 0             |
| FONOARTIULAR       | 0             | 2             |
| <b>TOTAL</b>       | <b>31</b>     | <b>48</b>     |
| <b>PORCIENTO</b>   | <b>13.04%</b> | <b>20.01%</b> |

**ESTA TESIS NO DEBE**  
**SALIR DE LA BIBLIOTECA**

**CUADRO 14**  
**MINUSVALIA EN PACIENTES**  
**HOPITALIZADOS**

| MINUSVALIA       |       |
|------------------|-------|
| CARDIOVASCULAR   | 7     |
| INMUNOLOGICO     | 5     |
| NERVIOSO         | 2     |
| NEOPLASIAS       | 0     |
| DIGESTIVO        | 0     |
| FONOARTICULAR    | 0     |
| HEMATOLOGICO     | 0     |
| ENDOCRINO        | 0     |
| TEGUMENTARIO     | 0     |
| OCULAR           | 0     |
| RESPIRATORIO     | 0     |
| GENITOURINARIO   | 0     |
| MUSCULOESQUELICO | 0     |
| AUDITIVO         | 0     |
| MISCELANEA       | 0     |
| TOTAL            | 14    |
| PORCIENTO        | 5.88% |

**CUADRO 15**

**DIFERENCIA ESTADÍSTICA ENTRE AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO**

|           | HOSPITALIZADOS | C. EXTERNA | p       |
|-----------|----------------|------------|---------|
| TOTAL     | 655            | 238        |         |
| PORCIENTO | 73.34          | 26.66      | < 0.001 |

**CUADRO 16**

**DIFERENCIA ESTADÍSTICA ENTRE GRUPOS POR SEXO**

|           | C. EXTERNA | HOSPITALIZADOS | P     |
|-----------|------------|----------------|-------|
| FEMENINO  | 64.73%     | 48.73%         | <0.01 |
| MASCULINO | 35.27%     | 51.27%         | <0.05 |

**CUADRO 17**

**DIFERENCIA ESTADÍSTICA DE DEFICIENCIA, DISCAPACIDAD Y MINUSVALÍA ENTRE PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZADOS**

|                         | C. EXTERNA | HOSPITALIZADOS | p      |
|-------------------------|------------|----------------|--------|
| DEFICIENCIA TEMPORAL    | 26.25 %    | 28.99 %        | n.s    |
| DEFICIENCIA PERMANENTE  | 35.45 %    | 18.48 %        | < 0.05 |
| DISCAPACIDAD TEMPORAL   | 4.12 %     | 13.04 %        | < 0.01 |
| DISCAPACIDAD PERMANENTE | 26.56 %    | 13.04 %        | < 0.01 |
| MINUSVALIDOS            | 2.59 %     | 5.88 %         | < 0.01 |

## DISCUSION

Para adentrarnos en la magnitud de este problema y analizar los datos al respecto, es conveniente revisar la terminología, que en este campo ha recomendado la Organización Mundial de la Salud (OMS), misma que se ha incorporado a la Norma Oficial Mexicana para la Atención Integral de los Discapacitados. Y de esta manera evitar confundir los términos de deficiencia, discapacidad y minusvalía.

Basándonos en lo anterior, la propuesta de esta investigación es la de actualizar los estudios previos sobre invalidez utilizando la clasificación actualizada por la OMS.

Los resultados obtenidos fueron significativos y pocos fueron consistentes a los obtenidos por otros autores. De los cuales los más representativos son los realizados por Ibarra en 1980 y 1986, realizando el primero en 2 202 pacientes pediátricos de los hospitales Infantil de México y Pediátrico del IMSS; los resultados encontrados en el primero hospital fueron: 153 pacientes hospitalizados, 805 de la consulta externa, en el segundo hospital encontró 281 hospitalizados y 963 de la consulta externa; del total de hospitalizados el 39.8% correspondió a enfermedades agudas y 23.5% a enfermedades crónicas y 36.5 a invalidez; en la consulta externa 17.1% fueron enfermedad aguda 32.5 enfermedad crónica y 49.1% invalidez. (9)

En su segundo estudio realizado en el área metropolitana en 2 395 pacientes encontró que el 42% correspondió a la consulta externa y el 58% a hospitalizados; 39.4% correspondía a enfermedades agudas y el 32.6% a enfermedades crónicas y el 24.1% a enfermedades invalidante; del total de inválidos encontró que las enfermedades del sistema musculoesquelético y sistema nerviosos eran las patologías que predominaban. Además encontró que el grado escolar con mayor porcentaje correspondió a primaria con un 55.7%, analfabetas 22.5% y secundaria un 8.2%, del total de su muestra el 45.6% correspondió al sexo femenino y el 54.6% al sexo masculino. (10)

Nosotros encontramos un total de 893 pacientes, en donde el 73.34% correspondió a la consulta externa y 26.66% a hospitalizados; de los cuales un 29.79 % correspondió a enfermedad aguda y 64.39 % a enfermedad crónica.

Al comparar nuestros resultados con el primer estudio de Ibarra encontramos que hay una marcada diferencia en el grupo de hospitalizados ya que nosotros encontramos un mayor porcentaje al reportado por él. En el segundo estudio la diferencia aún es más marcada ya que los porcentajes que reportamos en el grupo de consulta externa es mayor que el reportado en su artículo y menor en el grupo de hospitalizados. En cuanto al reporte de enfermedad aguda y enfermedad crónica son similares.

En relación al sexo 60.47% correspondió al sexo femenino y el 39.53 al sexo masculino. Al comparar estos resultados, con el segundo estudio de Ibarra encontramos también una marcada diferencia ya que en nuestro estudio el mayor porcentaje encontrado correspondió al sexo femenino.

También llama la atención que las enfermedades del sistema genitourinario fueron las que predominaron, seguidas de las enfermedades del sistema nervioso y padecimientos neoplásicos, desplazando a las del sistema musculoesquelético las cuales predominaron en los estudios realizados por Ibarra.

No se pudo comparar los resultados de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía con los resultados de Invalidez de Ibarra debido a que nosotros utilizamos la nueva clasificación emitida por la OMS, la cual dice que toda enfermedad puede cursar con algún grado de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía.

De menor significancia también encontramos que los resultados reportados por Ibarra en relación con el grado escolar difieren en el rubro de secundaria y analfabetas.

## CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio revelan que las mujeres son las más afectadas, además de una gran proporción de patologías crónicas, y un elevado porcentaje de deficiencias y discapacidades que corresponde con el elevado índice de pacientes de más de 65 años de edad, en la consulta externa y hospitalizados.

El conocer estos datos nos puede orientar en la evaluación de las deficiencias, discapacidades, minusvalías en las patologías crónicas y agudas en la población demandante de servicios de atención médica.

Estos datos también nos son útiles no solo para clasificar a nuestros pacientes, sino para detectar que tipo de alteración tiene e iniciar el tratamiento rehabilitatorio adecuado e inmediato, desde que ingresa al hospital y de esta manera evitar que las deficiencias evolucionen a discapacidades o minusvalías, reduciendo nuestro porcentaje de pacientes discapacitados y minusválidos así como los costos que implica el tratamiento de estas.

Consideramos que se deben hacer más estudios de la misma naturaleza para tener un panorama más amplio del grado de deficiencia, discapacidad y minusvalía que hay en nuestras instituciones de atención médica.

## REFERENCIAS

1. Borges-Yañez A., Gómez-Dantés H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud Pública de México* 1998; 40 (1) : 13 - 23
2. Ciberia J. Rehabilitación: Otra forma de vivir la medicina. *Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física*, 1998; 32 (3): 143 - 144
3. Duncan PW. Stroke disability. *Physical Therapy*, 1994;74 (5):399-413
4. Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud, México. Servicios otorgados en unidades de la Secretaría de Salud, 1997. *Salud Pública de México*, 1998; 40 (3): 293 - 301
5. Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud, México. Principales resultados de la estadística sobre mortalidad en México, 1997. *Salud Pública de México*, 1998;40 (6):517 - 524
6. Garcia Soro J., González Espejo M. Clasificación clínica de la discapacidad en sus aspectos etiológicos y sindrómicos. *Rehabilitación*, 1970; 4: 563 - 573
7. Haroutune K., Laura A., Gallo j. Psychopathology as a predictor of disability: a population-based follow-up study in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol*, 1998; 148 (3): 269 - 275
8. Ham-Chande R. El envejecimiento: Una nueva dimensión de la salud en México. *Salud Pública de México*, 1996; 38(6): 409 - 417
9. Ibarra L.G., Rosales Pérez L. Aspectos epidemiológicos de la invalidez en México. *Gaceta Médica de México*, 1978; 114 (5) : 225 - 234
10. Ibarra L. G., Montes de Oca L. Enfermedad aguda y crónica e invalidez en la infancia. *Cirugía y Cirujanos*, 1980; 48 (1) : 51 - 60

11. Ibarra L. G., Rosales Pérez L. El registro nacional de inválidos. Informe de 24 375 casos notificados. Salud Pública de México, 1980; 22 (2) : 179 - 189
12. Ibarra L. G., Rosete M., Sánchez A. Rehabilitación del niño inválido. Bol Méd Hosp Infant Méx, 1981; 38 : 967 - 977
13. Ibarra L. G., Montes de Oca L. Enfermedad aguda, enfermedad crónica e invalidez en la infancia en el sector salud del área metropolitana. Salud Pública de México; 1986; 28 (2) : 161 - 171
14. Ibarra L. G., Ibarra C. Nuevos horizontes de la investigación aplicada a la recuperación de las alteraciones discapacitantes y a la rehabilitación. Revista Mexicana Medicina Física y Rehabilitación, 1999; 11 (2): 40 - 47
15. Liao Y., Daniel L., McGee. Black-White differences in disability and morbidity in the last years of life. Am J Epidemiol, 1999;149 (12): 1097 - 1102
16. López-Arellano O., Blanco-Gil J. Modelos sociomédicos en salud pública: Coincidencias y desencuentros. Salud Pública Méx, 1994; 36 (4): 374 - 384
17. Lozano Ascencio R., Frenk Mora J. El peso de la enfermedad en adultos mayores, México 1994. Salud Pública de México, 1996; 38(6): 419 - 429
18. López-Rios O. Efecto de los servicios de salud y de factores socioeconómicos en las diferencias espaciales de la mortalidad mexicana. Salud Pública de Méx, 1997; 39 (1): 16 - 24
19. Montes de Oca L., Ibarra L. G. Enfermedad aguda, enfermedad crónica e invalidez en 224 pacientes internados en el Hospital Infantil de México. Bol Méd Hosp Infant de Méx, 1967;24: 941 - 945

20. Montes de Oca L., Ibarra L. G. Enfermedad aguda, enfermedad crónica e invalidez en 166 pacientes de la consulta externa del Hospital Infantil de México. Bol Méd Hosp Infant Méx, 1970; 27: 573 - 578
21. Marks Deborah. Models of disability. Disability and Rehabilitation, 1997;19(3): 85 - 91
22. Pérez-Velásquez A.: Rehabilitación basada en la comunidad. Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física, 1997; 31 (4): 261 - 264
23. Ruiz Arregui L., Rivera Márquez J. Características de la morbilidad en población mexicana de edad avanzada: Un análisis d la Encuesta Nacional de Salud 1988. Salud Pública de México, 1996; 38(6): 430 - 437
24. Santos A., Plubins C., Naranjo-Aguilar J. Análisis de la consulta externa del servicio de rehabilitación de un hospital general. Rehabilitación, 1990; 24 (1):10 - 14
25. Salazar Schettino B., Espinosa Garduño J., Rodríguez Rivera M. Características de los pacientes con diagnóstico de invalidez por diabetes mellitus: un análisis en trabajadores del área de la salud. Rev Méd IMSS (Méx.), 1991;39 (4): 255 - 259
26. Grupo Coordinador y de Diseño Conceptual de la ENSA-II. Bases conceptuales y metodológicas de la Encuesta Nacional de Salud II, México 1994. Salud Pública de México, 1998;40 (1): 76 - 85
27. Secretaria de Salubridad y Asistencia. Diario Oficial, 1976; (febrero): 13 -22
28. Secretaria de Salubridad y Asistencia. Diario Oficial, 1984; (febrero): 27-45
29. Secretaria de Salud. Norma Oficial NOM-173-SSA1 Para la atención integral a personas con discapacidad, 1998:1-22.
30. [www.who.int/msa/mnh/ems/icidadh/icidadhbeta.pdf](http://www.who.int/msa/mnh/ems/icidadh/icidadhbeta.pdf)
31. [www.carm.es/csan/dgps/documentos/cidap.pdf](http://www.carm.es/csan/dgps/documentos/cidap.pdf)

32. [www.europarl.eu.int.htm](http://www.europarl.eu.int.htm)
33. [www.baja.gob.mx/biblioteca/plan/discapac.htm](http://www.baja.gob.mx/biblioteca/plan/discapac.htm)
34. [www.who.int/icidad/introduction.htm](http://www.who.int/icidad/introduction.htm)
35. [www.serpaj.org.uy/inf97/discal.htm](http://www.serpaj.org.uy/inf97/discal.htm)
36. [www.msc.es/revistas/resp/199702/barthel.htm](http://www.msc.es/revistas/resp/199702/barthel.htm)