

11222

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA
SUBSECRETARIA DE ASISTENCIA
DIRECCION GENERAL DE REHABILITACION
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA DE REHABILITACION



DEMANDA DE SERVICIOS DE REHABILITACION EN
ALGUNAS INSTITUCIONES DE SALUD DEL
ESTADO DE CHIAPAS

TRABAJO DE INVESTIGACION ESTADISTICA
QUE PRESENTA EL
DR. ALVARO ARTEAGA RIOS
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA DE REHABILITACION
MEXICO, D. F. 1983

1042



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



~~ASESOR - INSTITUTO NACIONAL DE~~
~~EDUCACIÓN DE REHABILITACIÓN~~
~~DEPTO. ENSEÑANZA~~

DR. LUIS BUSTILLO Y BARRA I.

Rehabilitar es el sentimiento
que hace tender la mano al --
ser humano desgraciado,
es una caricia transformada en
ayuda práctica,
rehabilitar es decir:
ven conmigo hermano,
¡ te ayudaremos a caminar !

A.A.R.

I N D I C E

<u>C O N T E N I D O</u>	<u>PAGINA</u>
I. INTRODUCCION	1
II. CONDICIONES GENERALES DEL ESTADO	2
III. HIPOTESIS DE TRABAJO	9
IV. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	10
V. ANTECEDENTES	11
VI. MATERIAL Y METODO	12
VII. RESULTADOS	13
VIII. DISCUSION	39
IX. RESUMEN	42
X. CONCLUSIONES	43
XI. BIBLIOGRAFIA	44

1. INTRODUCCION.

La magnitud del problema de la invalidez se puede precisar en función de su prevalencia e incidencia y mediante la descripción de algunas características de las personas afectadas. La prevalencia de invalidez puede conocerse mediante los censos de población o por medio de encuestas por muestreo. El primer procedimiento plantea la desventaja de su alto costo, el prolongado lapso que transcurre entre cada censo y la posibilidad de conocer las manifestaciones más gruesas del problema. La encuesta por muestreo, con todas las dificultades que se deben superar para su levantamiento, representan quizá el procedimiento idóneo para determinar la prevalencia de la invalidez en la población general, es debido a ésto que en la investigación que nos ocupa se ha utilizado dicho procedimiento. (1).

El Estado de Chiapas representa para México una de las entidades de mayor importancia política y económica, por ser un importante productor agrícola y ganadero, pero sobre todo porque cuenta con las presas más importantes del país, además de un desarrollo petrolero de magnitud aún no sospechada.

No obstante ser un gran catalizador de riqueza para la nación, en contraste, el estado presenta todavía elevados índices de analfabetismo, mortalidad, morbilidad y miseria; el panorama anterior se agrava por el incremento creciente de la natalidad. (2, 3)

Es en el renglón de la salud en donde se aprecian las más urgentes necesidades de estudio, planeación y ejecución - de programas sanitarios, no solo en las tradicionales - - áreas de atención a los enfermos; también y antes que todo, en la promoción de la salud, educación higiénica, prevencción de enfermedades y en la rehabilitación de gran -- cantidad de padecimientos que limitan la independecia y productividad del hombre, repercutiendo en forma negativa sobre la familia y colectividad al producir diversos grados de invalidez.

La elaboración de este estudio es avalada por el interés de conocer la magnitud real del fenómeno invalidez en el Estado de Chiapas, así como sus repercusiones económicas y sociales más importantes. Siendo ambiciosa la idea y - poco factible de realizar en tiempo tan breve, decidimos efectuar el presente estudio, que si bien no nos responde a la pregunta de lo que pasa con los inválidos en el Estado de Chiapas, nos permite asomarnos, aunque en forma parcial al problema.

II. CONDICIONES GENERALES DEL ESTADO.

El Estado de Chiapas cubre el 3.8% del territorio nacio--nal, con 73,887 km.², se encuentra habitado por 2,097,000 habitantes. Su medio físico es variable y su vegetación exuberante. Recibe el mayor volumen de precipitación --pluvial de la República Mexicana (9.6%), así mismo posee el 23% del potencial hidrológico del país.

El Estado presenta uno de los índices más bajos de desarrollo, ocupando, después de Oaxaca, el penúltimo lugar - en ingresos anuales, el segundo lugar nacional en analfabetismo (60.7%), así como los más elevados índices de morbilidad, mortalidad y miseria en todo el país.

El 72.5% de la población (1,453,010 habitantes) reside en el medio rural y el resto en comunidades urbanas. La densidad de población es de 27 habitantes por km.². La población económicamente activa es apenas del 26% (521,080 habitantes). Las principales poblaciones se muestran en el Cuadro 1-2.

En el Cuadro 1-1 observamos como el 40.59% de la población carece de atención médica, estando protegido el - - 26.86% por la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

11.1 SERVICIOS DE ATENCION A LA SALUD EN LAS POBLACIONES DEL ESTUDIO.

A. TUXTLA GUTIERREZ

a) Capital del Estado de Chiapas y cabecera municipal.

b) Población: 152,017 habitantes
 143,955 del medio urbano
 4,148 del medio rural

c) Servicios médicos (Cuadro 1-3)
 = 3 hospitales
 = 1 centro de salud
 = 4 dispensarios médicos
 = 17 sanatorios particulares

B. SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS

- a) Población: 52,167 habitantes
 - 37,627 del medio urbano
 - 14,540 del medio rural
- b) Servicios médicos (Cuadro 1-4)
 - = 2 hospitales
 - = 2 clínicas

CUADRO 1-1
 COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD DE
 LA POBLACION DEL ESTADO DE CHIAPAS

INSTITUCION	HABITANTES BENEFICIADOS	PORCENTAJE
I.M.S.S.	298,418	14%
I.S.S.S.T.E.	90,589	4.52%
S.S.A.	538,315	26.8 %
I.N.I.	71,147	3.55%
PRIVADAS	192,198	9.59%
NINGUNA	813,485	40.59%
T O T A L	2,004,152	100.00%

FUENTE:

SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PUBLICA DEL
 ESTADO DE CHIAPAS 1980.

CUADRO 1-2
PRINCIPALES POBLACIONES DEL ESTADO
DE CHIAPAS

P O B L A C I O N	NUMERO DE HABITANTES
TUXTLA GUTIERREZ	152,017
TAPACHULA	136,240
OCOSINGO	68,718
COMITAN	52,251
SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS	52,167
ARRIAGA	50,008
VILLAFLORES	45,142
TONALA	44,411
CINTALAPA	34,097
CHIAPA DE CORZO	32,852
HUIXTLA	30,338
JIQUIPILAS	29,880
PIJIJIAPAN	29,604
VILLA CORZO	28,432
OCOZOCUAUTLA	24,305
REFORMA	16,932
CIUDAD HIDALGO	14,600
JUAREZ	10,469
 T O T A L	 2,004,152

FUENTE:

CENSO GENERAL DE POBLACION Y VIVIENDA
S.P.P. DATOS PRELIMINARES 1980.

CUADRO 1-3
 INSTITUCIONES DE SALUD EN
 TUXTLA GUTIERREZ

INSTITUCION	PERSONAL	No. CAMAS	No. MEDICOS	No. ENFERMERAS
CENTRO DE SALUD S.S.A.	105	0	15	45
HOSPITAL REGIONAL S.S.A.	160	85	27	62
CLINICA HOSPITAL I.M.S.S.	302	99	76	142
CLINICA HOSPITAL I.S.S.S.T.E.	333	69	76	140
CRUZ ROJA MEXICANA	45	13	3	4
T O T A L	1,045	266	197	383

CUADRO 1-4
SERVICIOS DE SALUD EN SAN CRISTOBAL
DE LAS CASAS

INSTITUCION	No. CAMAS	No. MEDICOS	No. ENFERMERAS
I.M.S.S.	12	8	12
I.S.S.S.T.E.	3	2	4
S.S.A.	2	1	2
PRIVADAS	14	4	6
CENTRO DE SALUD S.S.A.	8	5	7
CRUZ ROJA MEXICANA	2	1	2
I.N.I.	4	1	2
T O T A L E S	45	22	35

FUENTE:

SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PUBLICA DEL
ESTADO DE CHIAPAS 1980.

III. HIPOTESIS DE TRABAJO.

Existen en el Estado de Chiapas ciertas condiciones antiguas y otras más recientes, ligadas a su vertiginoso desarrollo eléctrico, petrolero e industrial, que se podrían considerar como generadoras potenciales de inválidos.

Debido a diversos factores económicos, sociales y culturales, como son la gran cantidad de grupos étnicos existentes en el Estado de Chiapas, encontramos aún deficientes condiciones sanitarias en muchas poblaciones sobre todo rurales; sean defectos en el aprovisionamiento de agua potable, drenaje, manejo de basuras, etc.; mismas que contribuyen al aumento de las enfermedades parasitarias e infecciosas capaces de ocasionar secuelas. Además, las malas condiciones en la salud y nutrición materno-infantil y la atención de los partos por personal no capacitado, han favorecido el nacimiento de niños con lesiones cerebrales susceptibles de rehabilitarse.

A todo lo anterior viene a agregarse las que podrían llamarse causas modernas de invalidez. Así tenemos que el auge en la construcción de presas y la explotación petrolera, ha incrementado, hasta ser realmente alarmante, los accidentes de trabajo como son heridas, fracturas, amputaciones, quemaduras, lesiones medulares y diversos traumas que hacen aumentar día a día las filas de los inválidos del sistema musculoesquelético.

Estos inválidos dejan de producir para sí mismos, para su familia y para el estado, constituyendo una fuente perma--

nente de daño social al asociarse con delincuencia, mendicidad, prostitución, alcoholismo, desempleo y otras lacras frenadoras de un mejor futuro para el Estado de Chiapas.

Por desgracia, el Estado de Chiapas no cuenta con los recursos adecuados para la atención y rehabilitación de las diversas enfermedades invalidantes y por ese motivo se gasta en ellos enormes cantidades por concepto de pensiones, incapacidades y gastos médicos; además de que se disminuyen los ingresos por impuestos y baja la producción.

En cambio por cada inválido que se rehabilita, incorporándose de nuevo a la productividad, regresa al estado más de diez veces lo que invierte, se combate la marginación y se contribuye al progreso del país.

IV. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

Como propósito fundamental de la presente investigación es elaborar una estadística hospitalaria que nos de una visión panorámica de los requerimientos de atención en las áreas de rehabilitación y educación especial, de acuerdo a la incidencia de las diferentes enfermedades en el área, para de esta forma determinar el número de pacientes que podrían beneficiarse con este tipo de atención.

Como metas complementarias pretendemos captar la actitud del personal médico de los diferentes hospitales hacia los procedimientos rehabilitatorios y hacia los inválidos.

Consideramos que este tipo de estudio quedaría incompleto si no se sugirieran de una manera somera algunas estrategias para la prevención de las enfermedades invalidantes y la ulterior programación de los servicios de rehabilitación y educación especial en el Estado de Chiapas.

V. ANTECEDENTES.

No se cuenta hasta la fecha con estadísticas confiables sobre la demanda de servicios especializados para la atención de enfermos inválidos en los diversos niveles de atención en el Estado de Chiapas.

Por otra parte, considerando los cálculos de la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente el 8% de la población mundial sufre algún tipo de invalidez, sea musculoesquelética, visual, de la comunicación o mental. Si proyectamos esta cifra conservadora a la población actual del Estado de Chiapas, de más de dos millones de habitantes, esperaríamos encontrar por lo menos cien mil inválidos. (4)

Para la prevención y tratamiento de las enfermedades es fundamental determinar si se trata de una enfermedad aguda, crónica o invalidante, por ello consideramos necesario basarnos en estudios previos (5, 6), con el objeto tanto de ayudar a una mejor clasificación de los padecimientos, como para determinar las acciones de rehabilitación dentro de cada grupo.

En el Plan Nacional de Salud ya se tenía contemplada la creación de Centros de Rehabilitación y Educación Especial para cada Estado de la República Mexicana. (7), a pesar de lo cual, el Estado de Chiapas es uno de los pocos que no cuentan con este tipo de servicio, ni siquiera en unidades hospitalarias.

VI. MATERIAL Y METODO.

El estudio se realizó por medio de una encuesta impresa - en la cual se determinó lo siguiente: Unidad, Servicio, - Sexo, Escolaridad, Residencia, Ingresos, Diagnóstico, - - Tiempo de Hospitalización y Evolución, si existían limitaciones en las actividades diarias de la vida y si recibía algún tipo de rehabilitación.

El universo del estudio lo constituyeron las principales instituciones de salud (S.S.A., I.M.S.S. e I.S.S.S.T.E.) de Tuxtla Gutiérrez, actual capital del Estado de Chiapas, así como San Cristobal de las Casas, población sub-urbana del mismo. La muestra estadística se realizó en 100 casos atendidos en la Consulta Externa de cada unidad y en un número variable de pacientes hospitalizados durante el período del 10 de septiembre al 4 de noviembre de 1982.

Una vez recopilada la información, se clasificó a los pacientes, de acuerdo a la evolución de su enfermedad, en 4 grupos:

- I. ENFERMO AGUDO: Aquellos con enfermedades que evolucionan en menos de seis meses y se resuelven sin dejar secuelas.
- II. ENFERMO CRONICO: Pacientes con evolución de más de seis meses.
- III. INVALIDOS TEMPORALES: Los que presentaron padecimientos de más de seis meses de evolución con limitaciones en las actividades diarias de la vida humana (A.D.V.H.), pero con posibilidad de curación completa.
- IV. INVALIDO PERMANENTE: Pacientes con enfermedades -- irreversibles con limitación variable de las A.D.V. H.

A continuación se procedió a determinar la posibilidad de acción de la rehabilitación dentro de los grupos.

Las actitudes del personal médico hacia la especialidad de rehabilitación y hacia el inválido, se evaluó mediante entrevistas personales, previas al estudio, tanto con los directores de las diversas unidades médicas, como con médicos generales, médicos familiares y diversos grupos de especialistas.

VII. RESULTADOS.

El muestreo estadístico se efectuó en 6 hospitales de diversas instituciones de salud de dos poblaciones del Estado de Chiapas, abarcando un total de 690 pacientes: 553 -

correspondieron a la consulta externa (80%) y el 20% restante (137) a enfermos hospitalizados. (Cuadro N° 1).

Del total de casos estudiados 335 (48.5%) correspondieron al sexo masculino y 355 (51.5%) al femenino. (Cuadro N° 2).

El 40.4% (279) correspondió a padecimientos agudos, 210 casos (30.6%) a padecimientos crónicos y el 29% (201 casos) a padecimientos invalidantes. (Cuadro N° 3).

El mayor porcentaje de padecimientos agudos (34%) correspondió a patología digestiva, especialmente parasitosis e infecciones entéricas. (Cuadro N° 4).

De la misma manera, correspondieron al área gastroenterológica los padecimientos crónicos más frecuentes 53 casos (25%) (Cuadro N° 5).

Las más frecuentes enfermedades generadoras de invalidez se debieron a afecciones osteotendinosas (42%) con 86 casos, sobre todo las denominadas enfermedades del tejido conectivo. (Cuadro N° 6).

Del total de padecimientos agudos, 217 correspondieron a consulta externa (78%) y 62 casos (22%) a hospitalización.

El 80% (168 casos) de las enfermedades crónicas correspondieron a pacientes externos y el 20% (42 casos) a pacientes encamados.

En los 201 inválidos estudiados, el 85% era ambulatorio (170 casos) y el 15% (31 casos) permanecían internados.

Dentro del Cuadro N° 7 se observa la relación entre los inválidos temporales (20%) y los permanentes (80%).

El sexo en el grupo de inválidos fue masculino en el 57% y femenino en el 43.2%. (Cuadro N° 8).

Las edades en los inválidos se aprecian predominantemente de los 40 a 49 años (Cuadro N° 9).

El Cuadro N° 9-1 muestra al I.M.S.S. como la institución con mayor número de inválidos en la muestra.

La Clínica Hospital de Campo del I.M.S.S. en San Cristobal de las Casas aportó el mayor número de casos al estudio: 60 inválidos (30%), de los cuales 54 pertenecían a la consulta externa y 8 a hospitalización.

Los servicios que presentaron mayor número de inválidos fueron consulta externa y medicina familiar (Cuadro N° 10).

El primer lugar de residencia de los inválidos del estudio lo ocupó la ciudad de San Cristobal de las Casas -- con 111 casos (55%), seguida por Tuxtla Gutiérrez con 80 casos (45%). (Cuadro N° 11).

El ingreso mensual promedio de los pacientes clasificados como inválidos fue de \$4,200.00 antes del proceso invalidante.

Para concluir se muestra en la Tabla N° 12 el tipo de servicio requerido por los inválidos estudiados.

CUADRO N° 1
UNIVERSO DE TRABAJO DEL ESTUDIO

INSTITUCION	CASOS DE CONSULTA EXTERNA	CASOS DE HOSPITALIZACION
CLINICA HOSPITAL I.S.S.S.T.E. TUXTLA GUTIERREZ	100	21
CLINICA HOSPITAL I.M.S.S. TUXTLA GUTIERREZ	100	35
HOSPITAL REGIONAL S.S.A. TUXTLA GUTIERREZ	95	23
CLINICA HOSPITAL DE CAMPO I.M.S.S. SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS	83	34
CLINICA DEL I.S.S.S.T.E. SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS	100	0
HOSPITAL REGIONAL S.S.A. SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS	70	23
T O T A L	548	136

CUADRO N° 2

SEXO DE 690 PACIENTES ESTUDIADOS

S E X O	N° CASOS	PORCENTAJE
MASCULINO	335	48.5
FEMENINO	355	51.5
T O T A L	690	100%

CUADRO N° 3

CLASIFICACION DE 690 CASOS DE ACUERDO
A SU CLASIFICACION

TIPO DE PADECIMIENTO	N° CASOS	PORCENTAJE
AGUDO	279	40.4
CRONICO	210	30.6
INVALIDANTE	201	29.0
T O T A L	690	100.0%

CUADRO N° 4
ENFERMEDADES AGUDAS EN UNA MUESTRA DE
690 CASOS

I. DIGESTIVOS.

Amibiasis intestinal	30 casos
Parasitosis múltiple	25 casos
Gastroenteritis	13 casos
Salmonelosis	10 casos
Apendicitis	4 casos
Disentería amebiana	2 casos
Parotiditis	2 casos
Hepatitis viral	2 casos
Perforación intestinal	2 casos
Moniliasis bucal	1 caso
Sangrado de tubo digestivo	1 caso
Ascaridiasis	1 caso
Pancreatitis aguda	1 caso
Absceso hepático amebiano	1 caso
T O T A L	95 casos
	95 casos

II. OTORRINOLARINGOLÓGICOS.

Amigdalitis aguda	34 casos
Rinofaringitis	25 casos
Otitis media aguda	8 casos
Influenza	5 casos
Sinusitis aguda	2 casos
Cuerpo extraño en nariz	1 caso
T O T A L	75 casos
	75 casos

III. OSTEOARTICULARES.

Fractura tercio medio de húmero	3 casos
Luxación interfalángica	1 caso
Fractura de maxilar inf.	1 caso
Fractura de tercio medio de tibia	1 caso
Fractura de diáfisis cubi- tal	3 casos
Esguince de tobillo	1 caso
T O T A L	<u>10 casos</u>

IV. GENITOURINARIOS.

Infección de vías urina-- rias	10 casos
Pielonefritis	6 casos
Cervicitis	4 casos
Gonorrea	3 casos
Metrorragia disfuncional	2 casos
Vulvovaginitis	2 casos
Cistitis	1 caso
Absceso escrotal	1 caso
Endometritis	1 caso
Tricomoniasis vaginal	1 caso
T O T A L	<u>31 casos</u>

V. DERMATOLÓGICOS.

Impétigo seco	6 casos
Herida superficial de piel	5 casos
Herpes Zoster	2 casos

Escabiasis	2 casos
Dengue	2 casos
Prúrigo por insectos	2 casos
Urticaria	1 caso
Sarampión	1 caso
Piodermatitis	1 caso
Melanoma	1 caso
Erisipela	1 caso
T O T A L	24 casos

VI. PULMONARES.

Bronquitis aguda	19 casos
Neumonía	4 casos
Hemotorax traumático	3 casos
Laringotraqueítis	1 caso
T O T A L	27 casos

VII. NEUROLOGICOS.

Crisis convulsivas febriles	2 casos
Cefalea tensional	2 casos
T O T A L	4 casos

VIII. ODONTOLÓGICOS.

Absceso dental	2 casos
Gingivitis	1 caso
T O T A L	3 casos

IX. VARIOS.

Deshidratación	1 caso
Linfadenitis inguinal	<u>1 caso</u>
T O T A L	<u>2 casos</u>

X. CARDIOVASCULARES.

Taquicardia supraventricu- lar paroxística	1 caso
T O T A L	<u>1 caso</u>

T O T A L G L O B A L 273 casos

CUADRO N° 5
ENFERMEDADES CRONICAS EN UNA MUESTRA DE
690 CASOS

I. DIGESTIVOS.

Hernia inguinal	7 casos
Amibiasis intestinal	6 casos
Absceso perianal	4 casos
Parasitosis múltiple	4 casos
Cirrosis hepática	4 casos
Hernia umbilical	3 casos
Colecistitis	4 casos
Fístula rectoperineal	2 casos
Coledocolitiasis	2 casos
Colon irritable	4 casos
Úlcera gástrica	2 casos
Gastritis	2 casos
Hemorroides	2 casos
Hernia inguinoescrotal	2 casos
Insuficiencia hepática	1 caso
Prolapso rectal	1 caso
Hernia crural	1 caso
Fístula enterocutánea	1 caso
Carcinoma gástrico	1 caso

T O T A L 53 casos

II. GENITOURINARIOS.

Fimosis	4 casos
Ureterolitiasis	4 casos
Miomatosis uterina	4 casos

Hipertrofia prostática	3 casos
Rectocistocele	3 casos
Dismenorrea	3 casos
Infección de vías urinarias	2 casos
Síndrome nefrótico	2 casos
Cervicovaginitis	2 casos
Glomerulonefritis	1 caso
Tuberculosis genital	1 caso
Tuberculosis renal	1 caso
Esterilidad primaria	1 caso
Seminoma	1 caso
Prolapso uterino	1 caso
Mastopatía quística	1 caso
Sífilis	1 caso
Insuficiencia renal crónica	1 caso
T O T A L	<u>36 casos</u>
	=====

III. ENDOCRINOLOGICOS Y METABOLICOS.

Diabetes mellitus	18 casos
Desnutrición	7 casos
Bocio tiroideo	1 caso
Ginecomastia	1 caso
Síndrome climatérico	1 caso
T O T A L	<u>28 casos</u>
	=====

IV. CARDIOVASCULARES.

Hipertensión arterial	15 casos
Várices	4 casos

Insuficiencia venosa periférica	3 casos
Hipotensión arterial	1 caso
Migraña	1 caso
T O T A L	<u>24 casos</u>

V. DERMATOLÓGICOS.

Tiña ungueal	7 casos
Secuelas de quemaduras	4 casos
Úlcera varicosa	3 casos
Acné pustuloso	2 casos
Vitíligo	1 caso
Complejo de pierna	1 caso
Micetoma	1 caso
Mal del pinto	1 caso
Psoriasis	1 caso
Pitiriasis alba	1 caso
Herida quirúrgica infectada	1 caso
Condilomas	1 caso
T O T A L	<u>24 casos</u>

VI. HEMATOLÓGICOS.

Anemia	10 casos
T O T A L	<u>10 casos</u>

VII. OTORRINOLARINGOLOGICOS.

Sinusitis crónica	3 casos
Escleroma de orofaringe	1 caso
Otitis media crónica	1 caso
T O T A L	<u>5 casos</u>

VIII. OFTALMOLOGICOS.

Ptorigión	4 casos
Desprendimiento de retina	1 caso
Estrabismo	1 caso
Herida en globo ocular	1 caso
Blefaritis	1 caso
Astigmatismo	1 caso
Catarata	1 caso
T O T A L	<u>10 casos</u>

IX. NEUROMUSCULARES.

Epilepsia	3 casos
T O T A L	<u>3 casos</u>

X. PULMONARES.

Tuberculosis pulmonar	3 casos
Bronquitis crónica	1 caso
Asma Bronquial	1 caso
T O T A L	<u>5 casos</u>

XI. MENTALES.

Neurosis	8 casos
Esquizofrenia	1 caso
Psicosis	1 caso
T O T A L	<u>10 casos</u>

XII. TUMORALES.

Osteocondroma	1 caso
Lipoma	1 caso
T O T A L	<u>2 casos</u>

T O T A L G L O B A L 210 casos

CUADRO N° 6
ENFERMEDADES INVALIDANTES EN UNA
MUESTRA DE 690 CASOS

I. OSTEOARTICULARES.

Enfermedad articular degenerativa	24 casos
Lumbalgia	15 casos
Artritis reumatoide	14 casos
Secuelas de fractura de fémur	8 casos
Artritis gotosa	5 casos
Hernia de disco	4 casos
Artrosis de rodilla	3 casos
Amputación de miembro inferior	2 casos
Secuelas de luxación de codo	1 caso
Espondilitis	1 caso
Ostiomielitis crónica	1 caso
Tuberculosis ósea	1 caso
Secuelas de fractura de codo	1 caso
Secuelas de fractura de rótula	1 caso
Artritis reumatoide juvenil	1 caso
Escoliosis	1 caso
Artrosis de muñeca	1 caso
Secuelas de fractura de tobillo	1 caso
Secuelas de fractura de tibia y peroné	1 caso
T O T A L	86 casos

II. PULMONARES.

Tuberculosis pulmonar	21 casos
Bronquitis crónica	9 casos
Asma Bronquial	<u>5 casos</u>
T O T A L	<u>35 casos</u>

III. NEUROMUSCULARES.

Secuelas de accidentes vasculares cerebrales	15 casos
Epilepsia	11 casos
Sección medular	3 casos
Enfermedad de Parkinson	2 casos
Retraso psicomotor	2 casos
Lesión de nervio mediano	1 caso
Secuelas de poliomielitis	1 caso
Parálisis facial	1 caso
Secuelas de meningitis -- tuberculosa	1 caso
Lesión del plexo braquial	1 caso
Secuelas de mielomeningocele	<u>1 caso</u>
T O T A L	<u>39 casos</u>

IV. MENTALES.

Esquizofrenia	4 casos
Neurosis	2 casos
Deficiencia mental	2 casos
Alcoholismo	<u>1 caso</u>
T O T A L	<u>9 casos</u>

V. CARDIOVASCULARES.

Cardiopatía mixta	3 casos
Insuficiencia coronaria	3 casos
Insuficiencia cardiaca	<u>2 casos</u>
T O T A L	<u>8 casos</u>

VI. CONGENITOS.

Labio leporino	5 casos
Síndrome de Down	1 caso
Genopatía en estudio	1 caso
Pie both	<u>1 caso</u>
T O T A L	<u>8 casos</u>

VII. OFTALMOLOGICOS.

Catarata bilateral	3 casos
Disminución de la agudeza visual bilateral	2 casos
Miopía	1 caso
Retinopatía diabética	<u>1 caso</u>
T O T A L	<u>7 casos</u>

VIII. DE LA COMUNICACION HUMANA

Hipoacusia bilateral	3 casos
Dislalia	2 casos
Afasia	<u>1 caso</u>
T O T A L	<u>6 casos</u>

IX. OTORRINOLARINGOLOGICOS.

Carcinoma nasal	1 caso
Poliposis nasal	<u>1 caso</u>
T O T A L	<u>2 casos</u>

X. DERMATOLOGICOS.

Tuberculosis cutánea	<u>1 caso</u>
T O T A L	<u>1 caso</u>

T O T A L G L O B A L 201 casos

CUADRO N° 7
TIPO DE INVALIDEZ EN 201 CASOS

TIPO DE INVALIDEZ	N° CASOS	%
TEMPORAL	32	20
PERMANENTE	162	80
T O T A L	201	100%

CUADRO N° 8
SEXO DE 201 INVALIDOS ESTUDIADOS

S E X O	N° CASOS	%
MASCULINO	114	57
FEMENINO	87	43
T O T A L	201	100%

CUADRO N° 9
EIDADES DE 201 INVALIDOS

GRUPO DE EDAD	CASOS
0 - 4 años	4
5 - 9 años	7
10 - 14 años	8
15 - 19 años	6
20 - 24 años	14
25 - 29 años	12
30 - 34 años	16
35 - 39 años	26
40 - 49 años	31
50 - 54 años	19
55 - 59 años	21
60 - 64 años	26
65 - 69 años	5
70 - 74 años	5
75 - 79 años	9
80 - 84 años	1
85 y más	1
T O T A L	201

CUADRO N° 9-1
 INSTITUCIONES DE PROCEDENCIA
 DE 201 CASOS DE INVALIDEZ

INSTITUCION	N° CASOS
S.S.A. SAN CRISTOBAL LAS CASAS	36
I.M.S.S. SAN CRISTOBAL LAS CASAS	60
I.S.S.S.T.E. SAN CRISTOBAL LAS CASAS	14
S.S.A. TUXTLA GUTIERREZ	20
I.M.S.S. TUXTLA GUTIERREZ	28
I.S.S.S.T.E. TUXTLA GUTIERREZ	43
T O T A L	201

CUADRO N° 10
SERVICIOS DE PROCEDENCIA DE
201 INVALIDOS

S E R V I C I O	N° CASOS
CONSULTA EXTERNA	82
MEDICINA FAMILIAR	67
MEDICINA INTERNA	22
CIRUGIA	9
NEUROLOGIA	7
PEDIATRIA	7
PSIQUIATRIA	3
TRAUMATOLOGIA	1
OTORRINOLARINGOLOGIA	1
CARDIOLOGIA	1
REUMATOLOGIA	1
T O T A L	201

CUADRO N° 11
MUNICIPIOS DEL ESTADO DE CHIAPAS DONDE
PROCEDIERON 201 INVALIDOS

M U N I C I P I O	N° CASOS
SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS	111
TUXTLA GUTIERREZ	80
TENEJAPA	1
TEOPISCA	1
SOCOLTENANGO	1
VILLAFLORES	1
CINTALAPA	1
YAJALON	1
SIMOJOVEL	1
PALENQUE	1
CHIAPA DE CORZO	1
VENUSTIANO CARRANZA	1
T O T A L	201

CUADRO N° 12
TIPO DE MANEJO REHABILITATORIO
REQUERIDO POR 201 INVALIDOS

SERVICIOS REQUERIDO	N° CASOS
TERAPIA FISICA	161
TERAPIA OCUPACIONAL	63
TERAPIA DE LENGUAJE	33
PROTESIS Y ORTESIS	24
MANEJO PSIQUIATRICO	42
TRABAJO SOCIAL	180
EDUCACION ESPECIAL	25
ORIENTACION VOCACIONAL Y PROFESIONAL	35

VIII. DISCUSION.

En estudios previos se señaló el incremento de la invalidez debido a la disminución de la morbilidad; asimismo, se describe el aumento de las enfermedades crónicas y la disminución de las enfermedades agudas como consecuencia de la creciente importancia que cada día se brinda a la Medicina Preventiva. Aunque dichos estudios describen el fenómeno como un proceso nacional, encontramos que este comportamiento se presenta con ciertas variantes en el Estado de Chiapas. Así vemos como debido a las precarias condiciones de salud y bienestar en dicho estado predominan los padecimientos agudos (40% de la muestra). En parte, esto se debe a condiciones muy especiales del Estado y diferentes de las demás entidades federativas, como son su difícil orografía, su elevada población indígena, misma que condiciona diferencias culturales, así como a las malas comunicaciones.

Por otro lado tenemos que el paradójico y violento desarrollo hidroeléctrico y petroquímico del Estado, aumenta día a día los riesgos de trabajo y el número de inválidos por causas traumáticas.

Lo anteriormente enunciado ocasiona que exista una elevada demanda de servicios de rehabilitación (29%) del total de la muestra.

También es elevado el número de inválidos, tanto temporales como definitivos, en edades productivas, lo que

a más de constituir un problema propiamente médico, cae en el campo social, al incidir automáticamente sobre la producción, generando mayor pobreza.

Apoyados en las consideraciones anteriores podemos señalar la necesidad de un Sistema Estatal de Rehabilitación, que se encargue de prevenir, detectar y atender a los pacientes con enfermedades invalidantes, teniendo como parte importante de sus estrategias, la búsqueda de soluciones técnicas y administrativas que satisfagan las demandas de rehabilitación y educación especial, al mismo tiempo, que reduzcan los costos actuales de los servicios, sin deterioro de su eficacia, haciendo participar en todo momento a la comunidad en la solución de sus problemas de salud en forma compartida. (8).

Dicho Sistema de Rehabilitación para el Estado de Chiapas, estaría sostenido por un Centro de Rehabilitación y Educación Especial (C.R.E.E.) y apoyado por Unidades Básicas de Rehabilitación, con una distribución estratégica, tanto en los principales hospitales como en poblaciones claves del Estado.

Consideramos que dicho Sistema de Rehabilitación podría estar organizado de la siguiente forma: El Centro de Rehabilitación y Educación Especial se ubicaría en San Cristobal de las Casas, las Unidades Básicas Hospitalarias, en los Hospitales Regionales del I.M.S.S., I.S.S.S.T.E. y S.S.A., tanto de Tuxtla Gutiérrez como -

de Tapachula (6 en total), finalmente 3 Unidades Básicas de apoyo, controladas por el C.R.E.E., se ubicarían en las Ciudades de Tuxtla Gutiérrez, Comitán y Cintalapa.

Por otra parte, mediante las entrevistas efectuadas -- con directores de hospitales, se encontró que el 70% de los mismos desconocían la utilidad y aplicación de procedimientos de rehabilitación en gran número de enfermedades. Esta desorientación fue mayor en médicos generales y en diversos especialistas, así como en los propios pacientes.

Lo anterior es de suma importancia, ya que por una parte el estudio señala la necesidad de rehabilitación en gran número de enfermos y por otro señala el desconocimiento de esta necesidad por médicos y pacientes, con la consiguiente marginación del inválido.

Así se entiende que previamente a cualquier medida para atacar el problema de los inválidos del Estado de Chiapas, es necesario un proceso educativo sensibilizante sobre las finalidades y alcances de la rehabilitación.

Finalmente es justo reconocer que la muestra analizada, aunque significativa en número, no es representativa de lo que realmente sucede en el Estado de Chiapas en relación a los inválidos, pero por otro lado servirá de base a estudios más extensos y completos.

IX. RESUMEN.

En el presente estudio se pone de manifiesto una demanda de servicios de rehabilitación y educación especial del 29% del total de pacientes estudiados, siendo la mayor demanda para los servicios de consulta externa y medicina familiar.

La mayoría de los demandantes fueron ambulatorios (84% y con invalidez permanente 80%). Asimismo, se encon--tró más afectación a edades grandemente productivas -- (4a. y 5a. décadas).

Como dato significativo se encontró que en el medio rural se presentaron los más elevados índices de enfermedades invalidantes, así como el más bajo ingreso "per-capita" mensual (\$4,200.00).

Otras causas encontradas como participantes del fenómeno invalidez las constituyeron el bajo nivel de vida - de gran parte de la población del Estado, las condiciones de marginación en que viven indígenas y campesinos, la accidentada geografía y las malas comunicaciones.

El estudio señala a la invalidez en el Estado, como generadora de daño social, al ser causa del aumento en - la mendicidad, desempleo, vicios y miserias.

Para complementar el estudio se sugiere la formación - de un Sistema de Rehabilitación para el Estado de Chia pas, que funcione en estrecha coordinación con los - -

servicios sanitarios establecidos, como son las clínicas de atención materno-infantil, con el objeto primordial de coordinar la prevención y detección precoz de minusválidos, (9). Previamente a lo cual se efectuaría una campaña educativa destinada a personal médico y público general.

X. CONCLUSIONES.

PRIMERO:

EXISTE UNA IMPORTANTE DEMANDA DE SERVICIOS DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL EN EL ESTADO DE CHIAPAS.

SEGUNDO:

SE REQUIERE ORIENTAR AL PERSONAL MEDICO Y POBLACION GENERAL SOBRE LAS POSIBILIDADES DE MANEJO DE LAS ENFERMEDADES INVALIDANTES.

TERCERO:

ES NECESARIO UN SISTEMA DE REHABILITACION PARA EL ESTADO DE CHIAPAS.

XI. BIBLIOGRAFIA.

1. Ibarra G. Rosales L. El Registro Nacional de Inválidos. Informe de 24,375 casos notificados. Salud Pública de México. Epoca V, Vol. XXII N° 2 -- marzo-abril, pág. 179. 1980.
2. Compendio de Estadísticas Vitales de México, S.S.A. México, 1975.
3. Cuadernos de Información Oportuna del Sector Salud. S.P.P. México, 1981.
4. Disability prevention and rehabilitation. O.M.S. U.S.A. 28 april 1976.
5. Ibarra G. Montes de Oca L. Enfermedad aguda, enfermedad crónica e invalidez en la infancia. Cirugía y Cirujanos. Vol. 48, N° 1, pág. 51. 1980.
6. Montes de Oca L. Ibarra G. Enfermedad aguda, enfermedad crónica e invalidez en 224 pacientes internados en el Hospital Infantil de México. Bol. - med. Hosp. Infant. Vol. XXIV sept.-oct., N° 5, pág. 573, 1967.
7. Programa Nacional de Rehabilitación. Plan Nacional de Salud. S.S.A. México, 1974.

8. Acuña E. Estrategias para extender la cobertura de servicios de salud. Boletín Médico de la O.S.P. Washington 1981.

9. La incapacidad infantil, su prevención y rehabilitación. U.N.I.C.E.F. U.S.A. 1980.