



Anales de la Facultad de Medicina

ISSN: 1025-5583

anales@unmsm.edu.pe

Universidad Nacional Mayor de San Marcos  
Perú

Camacho-Conchucos, Herminio Teófilo; Fajardo-Campos, Pedro; Zavaleta de Flores, Elsa  
Análisis descriptivo sobre deficiencias y discapacidades del desarrollo psicomotor en pacientes  
atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación 2006 - 2008  
Anales de la Facultad de Medicina, vol. 73, núm. 2, abril-junio, 2012, pp. 119-126  
Universidad Nacional Mayor de San Marcos  
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37923188007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Análisis descriptivo sobre deficiencias y discapacidades del desarrollo psicomotor en pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación 2006 - 2008

Descriptive analysis on psychomotor development impairments and disabilities in patients attended at Instituto Nacional de Rehabilitación 2006 - 2008

Herminio Teófilo Camacho-Conchucos<sup>1,2,a,b</sup>, Pedro Fajardo-Campos<sup>1,3,a</sup>,  
Elsa Zavaleta de Flores<sup>1,c</sup>

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Rehabilitación 'Dra. Adriana Rebaza Flores', Lima, Perú.

<sup>2</sup> Docente Asociado, Tecnología Médica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

<sup>3</sup> Docente, Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

<sup>a</sup> Licenciado Tecnólogo Médico, especialidad Terapia Física y Rehabilitación.

<sup>b</sup> Magister en Salud Ocupacional.

<sup>c</sup> Médico Rehabilitador.

## Resumen

**Introducción:** La deficiencia constituye la exteriorización directa de las consecuencias de la enfermedad, y la discapacidad es la restricción o ausencia de realizar una actividad debido a una deficiencia. **Objetivos:** Determinar las deficiencias y discapacidades del desarrollo psicomotor y características de pacientes atendidos en el Departamento de Investigación Docencia y Rehabilitación Integral de las Discapacidades del Desarrollo. **Diseño:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. **Lugar:** Instituto Nacional de Rehabilitación 'Dra. Adriana Rebaza Flores', Callao, Perú. **Participantes:** Pacientes atendidos de 0 a 7 años con diagnóstico definitivo, sin retardo mental evidente. **Intervenciones:** De 5 795 pacientes atendidos en el periodo 2006-2008, se obtuvo una muestra de 400, de los cuales se revisó sus historias clínicas. Se describe las deficiencias y discapacidades y sus características. **Principales medidas de resultados:** Deficiencias y discapacidades del desarrollo psicomotor. **Resultados:** En el rango de 0 a 7 años, 76,6% fueron de 0 a 2 años; 51% niñas; 54,3% procedía del departamento de Lima, 42,8% de la provincia del Callao. A nivel de distritos de Lima Metropolitana acudieron mayormente del Callao (23,8%) y San Martín de Porres (10,6%). Los principales diagnósticos fueron trastorno específico del desarrollo de la función motriz (17,5%), trastornos específicos mixtos del desarrollo (15%), parálisis cerebral infantil (12%); 91,3% presentó alguna deficiencia, de las cuales las más importantes fueron músculo esqueléticas 66,6%, del órgano de la audición 14,5%, del lenguaje 7,9%, psicológicas 6,8%. Registró discapacidad el 78%; las principales fueron de locomoción 35,9%, de disposición corporal 22,8%, de la comunicación 17,6%. En gravedad de la discapacidad, 11,9% fue severa, 59,3% moderada, 21,1% leve y no aplicable en 7,7%. **Conclusiones:** Las principales deficiencias y discapacidades fueron músculo esqueléticas y de locomoción, respectivamente, en pacientes que provinieron mayormente de distritos cercanos a la institución, quedando para los lugares alejados una demanda insatisfecha de atención especializada.

**Palabras clave:** Personas con discapacidad, rehabilitación, evaluación de la discapacidad.

## Abstract

**Introduction:** Impairment is the direct exteriorization of disease consequences, and disability is restriction or absence of any activity due to impairment. **Objectives:** To identify impairments and disabilities of psychomotor development and characteristics of patients treated at the Department of Investigation, Teaching and Integral Rehabilitation of Development Disabilities. **Design:** Observational, descriptive, cross-sectional study. **Setting:** Instituto Nacional de Rehabilitación Dra. Adriana Rebaza Flores, Callao, Peru. **Participants:** Patients treated from 0 to 7 years with definite diagnosis and no evident mental retardation. **Interventions:** From 5 795 patients attended in the period 2006-2008 we reviewed a sample of 400 medical records, and studied impairments and disabilities and their characteristics. **Main outcome measures:** Impairments and disabilities of psychomotor development. **Results:** In the range 0 to 7 years, 76,6% were 0-2 year-old, 51% female, 54,3% from Lima department, 42,8% from Callao province. According to districts of Lima Metropolitana most came from Callao (23,8%) and San Martín de Porres (10,6%). Main diagnoses were specific developmental disorder of motor function (17,5%), mixed specific developmental disorders (15%), cerebral palsy (12%); 91,3% presented some impairment, 66,6% musculoskeletal, 14,5% of the hearing organ, speech 7,9%, psychological 6,8%; 78% reported disability, of locomotion 35,9%, of body disposition 22,8%, of communication 17,6%. As of disability severity 11,9% were severe, 59,3% moderate, 21,2% mild and 7,7% not applicable. **Conclusions:** In subjects studied main impairments and disabilities were musculoskeletal and locomotion, in patients who were from districts close to the institution, with unsatisfied demand for specialized attention to patients from distant places.

**Key words:** Disabled persons, rehabilitation, disability evaluation.

## INTRODUCCIÓN

En salud, la deficiencia constituye la exteriorización directa de las consecuencias de la enfermedad, que se manifiesta como pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. La restricción o ausencia por deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano es denominada discapacidad <sup>(1)</sup>.

Se estima que en el mundo existen alrededor de 600 millones de personas con discapacidad, de las cuales 400 millones están en países en vías del desarrollo y unos 60 millones en la región de las Américas <sup>(2)</sup>. En países como España, la prevalencia de las discapacidades en niños menores de 6 años es 2,24% <sup>(3)</sup>.

El conocimiento de las deficiencias y discapacidades y su tendencia en la población del país no está consolidado, debido a deficiencias en los registros y a la falta de integración de la información. En 1993, la prevalencia de deficiencias a nivel nacional fue 45,4% y de discapacidades 31,28%. En el rango de 0 a 5 años, se encontró que 37,17% presentaba deficiencia y 13,09% discapacidad <sup>(4)</sup>. Las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística e Informática consideran que la población del país es de 30 millones de personas para el año 2010, de los cuales 24% estaría conformado por niños y niñas de 0 a 11 años <sup>(5)</sup>.

El nivel de vida como indicador de pobreza es el grado de satisfacción de la necesidad humana, que tiene como indicadores a la escolaridad familiar, hacinamiento, condición de la vivienda y situación económica, la cual puede ser baja, mediana y alta <sup>(6)</sup>. El tipo de familia por estructura de hogar está en función de los miembros del hogar que lo constituyen, tomando como modelo ideal al hogar nuclear (ambos padres e hijos), que es el completo; en el incompleto se considera el uniparental cuando existe solo uno de los padres, extenso cuando se le agrega otros parientes, y compuesto cuando están conformados por un

hogar nuclear o extenso más otras personas no ligadas por relaciones de parentesco <sup>(7)</sup>. En la Encuesta Nacional de Hogares del 2009, 35% de la población vivía en situación de pobreza; esta cifra se elevó a 49% entre 0 y 5 años y a 48% entre los 6 y 11 años. El 12% del total de la población peruana se encuentra en pobreza extrema, frente al 19% de los niños de 0 a 5 años <sup>(8)</sup>.

Las personas discapacitadas tienden a ser las más pobres; se ven excluidas de la vida social y económica y de las medidas destinadas para combatir la pobreza. Esta exclusión también afecta a sus familias y comunidades. La discapacidad y la pobreza forman un círculo vicioso. A menudo la pobreza lleva a la discapacidad, la cual atrapa luego a las personas en la pobreza <sup>(8,9)</sup>.

El Instituto Nacional de Rehabilitación es la institución de más alto nivel de complejidad en su campo; ubicado en el Callao atiende una alta demanda de personas con discapacidad, aproximadamente 20 741 pacientes por año, de los cuales 53,4% pertenecen a las edades de 0 a 9 años. Del total de pacientes atendidas en el Departamento de Investigación Docencia y Rehabilitación Integral de las Discapacidades del Desarrollo, 12,28% corresponde a las edades de 0 a 7 años en la institución <sup>(10)</sup>.

Considerando que se debe focalizar las acciones de rehabilitación a nivel institucional y nacional, el objetivo de la presente investigación es determinar las deficiencias y discapacidades del desarrollo psicomotor y características de los pacientes atendidos en el Departamento de Investigación Docencia y Rehabilitación Integral de las Discapacidades del Desarrollo del Instituto Nacional de Rehabilitación.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal en pacientes de 0 a 7 años con diagnóstico médico definitivo, sin retardo mental evidente, atendidos en el Departamento de Investigación Docencia y

Rehabilitación Integral del Desarrollo Psicomotor del Instituto Nacional de Rehabilitación, entre los años 2006 y 2008. Se excluyó a los infantes que presentaron diagnóstico de niño sano.

De una población de 5 795 pacientes, se obtuvo una muestra de 360, con un nivel de confianza al 95%, a la que se agregó 40 para imprevistos, haciendo un total de 400. Las historias fueron seleccionadas mediante un muestreo probabilístico de tipo aleatorio sistemático. Cuando no se encontró una historia clínica, esta fue reemplazada con la inmediata posterior del marco muestral ordenado según fecha de atención.

Se recolectó la información de las historias clínicas mediante una ficha que contenía las características generales de los pacientes, como edad, sexo, procedencia, grado de instrucción, tipo de seguro (tomados de la hoja de identidad del paciente), nivel de vida y tipo de familia (tomados del formato de estudio social). El diagnóstico se hizo según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión; y el tipo de deficiencia, discapacidad y gravedad de discapacidad, según la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS, registrado en la primera consulta médica del año de estudio (tomados de la hoja resumen) <sup>(11,12)</sup>.

La información recolectada fue digitalizada en una base de datos en el programa SPSS 17. Después del control de calidad, se volvió a revisar las historias clínicas, para completar el llenado de los datos faltantes.

Se elaboró tablas de frecuencia, porcentajes y cruces de variables necesarios para el análisis descriptivo. Se aplicó la moda para edad, por presentar una distribución asimétrica.

## RESULTADOS

Se revisó 400 historias clínicas, obteniendo la información completa de

todas las variables con excepción del nivel de vida y tipo de familia, por no encontrarse el estudio social en 132 pacientes.

La edad presentó distribución asimétrica con desviación hacia la derecha y fue categorizada por años, en un rango de 0 a 7, siendo la moda de 1 año, que representó el 33,5% de los pacientes, y una frecuencia acumulada de 76,6% de 0 a 2 años. El 51% de los pacientes fueron niñas.

El 54,3% de los pacientes atendidos fue del departamento de Lima, 42,8% de la provincia Constitucional del Callao y 2,9% de otros departamentos y del extranjero.

En los distritos de Lima Metropolitana y el Callao (96,5%), se encontró el mayor porcentaje en el Callao (23,8%) y San Martín de Porres (10,6%). Haciendo la comparación con el porcentaje que debería atenderse, basado en una población de niños de 0 a 14 años, los distritos de la Punta, La Perla, Bellavista y Callao tuvieron la mayor diferencia, es decir, se atendió más de lo esperado. En cambio, los distritos de Santa María del Mar, Punta Hermosa, Punta Negra, San Bartolo, Santa Rosa, Pucusana, Cieneguilla, San Isidro, Chacacayo, Ancón, San Borja, Surquillo, Lurín, Pachacamac, San Miguel, La Molina, Rímac, La Victoria, Santa Anita, El Agustino, Lurigancho, Independencia, Santiago de Surco, Carabayllo, Lima, Puente Piedra, Chorrillos, Los Olivos, Ventanilla, San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo, Villa El Salvador, Comas, Ate, San Martín de Porres y San Juan de Lurigancho no registraron atención de pacientes (figura 1).

Cada año, en promedio, 66% de los pacientes acudió por primera vez; fueron los casos nuevos. El 22,3% de los pacientes atendidos se encontró en edad escolar, de los cuales 11,2% no acudió a la escuela, 3,4% asistió a educación especial. De los 10 niños que no asistieron a la escuela, cinco tuvieron diagnóstico de parálisis cerebral infantil, dos trastornos específicos mixtos del desarrollo, uno otras deformidades adquiridas y dos otros diagnósticos.

Solo en 268 (67%) pacientes, sus historias clínicas contenían la ficha de estudio social aplicada por la trabajadora social, quien determinó el nivel de vida: 72,1% presentó nivel de vida

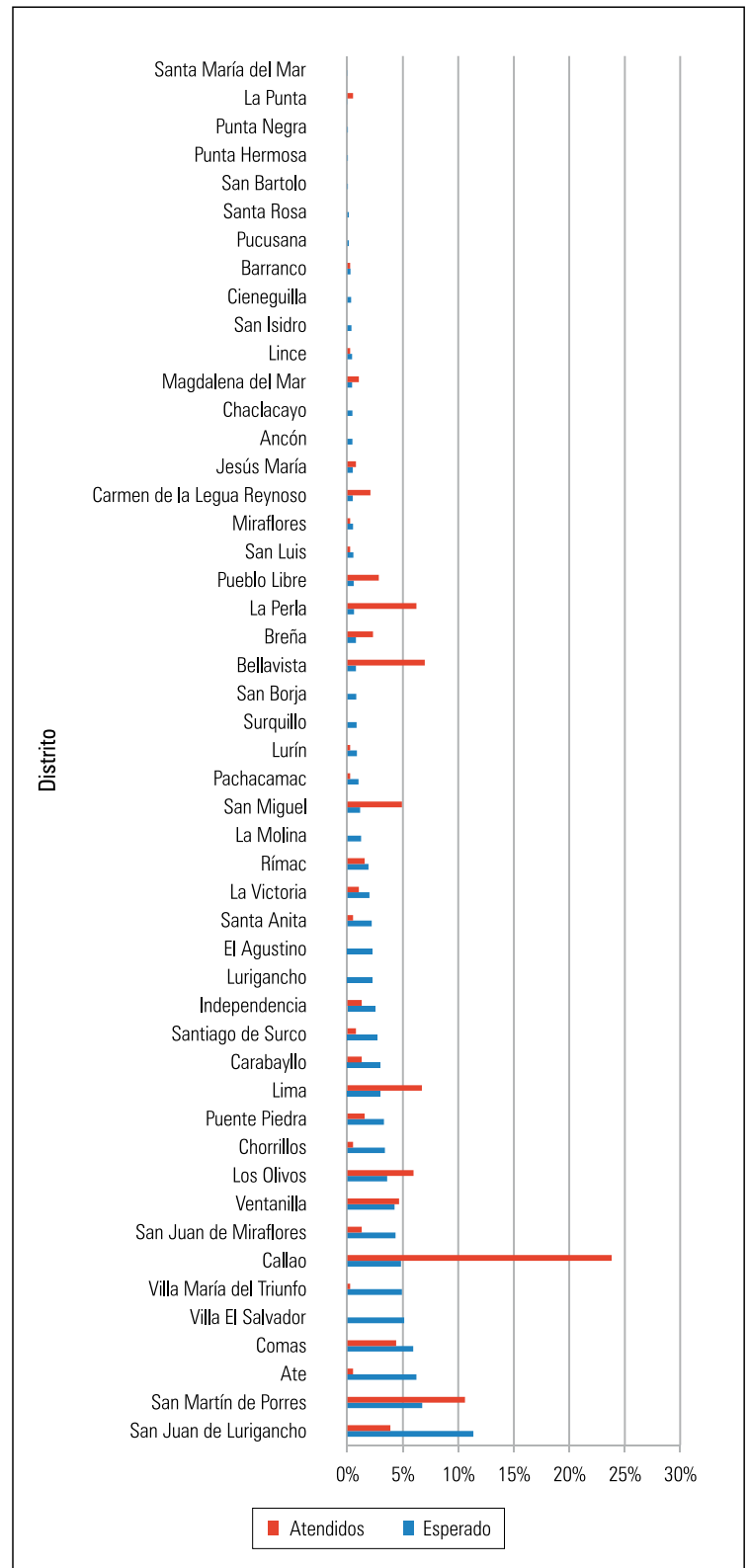


Figura 1. Distribución de pacientes atendidos por distrito, en relación a lo esperado.

Tabla 1. Distribución de pacientes según diagnóstico.

Diagnóstico	Nº	%
Trastorno específico del desarrollo de la función motriz	69	17,5
Trastornos específicos mixtos del desarrollo	60	15
Parálisis cerebral infantil	48	12
Otras deformidades adquiridas de los miembros	37	9,3
Observación y evaluación médicas por sospecha de enfermedades y afecciones	31	7,8
Deformidades congénitas de la cadera	21	5,3
Otros	134	33,5
Total	400	100

mediano, 19,6% bajo y solamente 8,3% alto. De este mismo grupo de pacientes, 51,5% pertenecía a una familia nuclear, 32,8% a una familia extensa, 8,3% a familia compuesta y 7,4% a una familia nuclear uniparental.

El 55,3% del total de pacientes no tenía seguro, 28,8% estaba afiliado a EsSalud, 11,8% al SIS y 2,3% a un seguro privado.

Los diagnósticos más frecuentes fueron trastorno específico del desarrollo

de la función motriz 17,5%, trastornos específicos mixtos del desarrollo 15%, parálisis cerebral infantil 12% (tabla 1).

Del total de pacientes atendidos, 91,3% presentó alguna deficiencia, principalmente músculo esqueléticas 66,6%, del órgano de la audición 14,5%, del lenguaje 7,9%, psicológicas 6,8%.

El 78% presentó alguna discapacidad, en 11,9% severa, en 59,3% de gravedad moderada, en 21,1% leve y en 7,7% no aplicable. Las discapacidades más frecuentes fueron de locomoción 35,9%, de disposición corporal 22,8%, de la comunicación 17,6%.

La deficiencia músculo esquelética fue la más frecuente según diagnóstico, con mayores porcentajes en otras de-

Tabla 2. Deficiencias según diagnóstico.

Diagnóstico	Deficiencia									Total
	Músculo esqueléticas	Órgano de la audición	Del lenguaje	Otras psicológicas	Generalizadas, sensitivas y otras	Desfiguradoras	Intelectuales	Del órgano de la visión	Ninguna	
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	
Trastorno específico del desarrollo de la función motriz (F82)	45 (65,2)	10 (14,5)	4 (5,8)	5 (7,2)	1 (1,4)	1 (1,4)	0 (0)	0 (0)	3 (4,3)	69 (100)
Trastornos específicos mixtos del desarrollo (F83)	23 (38,3)	12 (20)	12 (20)	6 (10)	2 (3,3)	1 (1,7)	0 (0)	0 (0)	4 (6,7)	60 (100)
Parálisis cerebral infantil (G80)	37 (77,1)	5 (10,4)	2 (4,2)	2 (4,2)	0 (0)	0 (0)	1 (2,1)	0 (0)	1 (2,1)	48 (100)
Otras deformidades adquiridas de los miembros (M21)	30 (81,1)	2 (5,4)	1 (2,7)	1 (2,7)	0 (0)	1 (2,7)	1 (2,7)	0 (0)	1 (2,7)	37 (100)
Observación y evaluación médicas por sospecha de enfermedades y afecciones (Z03)	11 (35,5)	4 (12,9)	1 (3,2)	0 (0)	3 (9,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	12 (38,7)	31 (100)
Deformidades congénitas de la cadera (Q65)	15 (71,4)	2 (9,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (19)	21 (100)
Otros	82 (61,2)	18 (13,4)	9 (6,7)	11 (8,2)	1 (0,7)	1 (0,7)	1 (0,7)	1 (0,7)	10 (7,5)	134 (100)
Total	243 (60,8)	53 (13,3)	29 (7,3)	25 (6,3)	7 (1,8)	4 (1)	3 (0,8)	1 (0,3)	35 (8,8)	400 (100)

Tabla 3. Discapacidad según diagnóstico.

Diagnóstico	Discapacidad								Total
	De locomoción	De disposición corporal	De la comunicación	De destreza	De conducta	De situación	De cuidado personal	Ninguna	
	N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)	
Trastorno específico del desarrollo de la función motriz	18 (26,1)	14 (20,3)	9 (13)	8 (11,6)	4 (5,8)	6 (8,7)	1 (1,4)	9 (13)	69 (100)
Trastornos específicos mixtos del desarrollo	14 (23,3)	14 (23,3)	15 (25)	5 (8,3)	3 (5)	0 (0)	1 (1,7)	8 (13,3)	60 (100)
Parálisis cerebral infantil	18 (37,5)	12 (25)	8 (16,7)	3 (6,3)	0 (0)	3 (6,3)	2 (4,2)	2 (4,2)	48 (100)
Otras deformidades adquiridas de los miembros	11 (29,7)	3 (8,1)	3 (8,1)	5 (13,5)	1 (2,7)	0 (0)	0 (0)	14 (37,8)	37 (100)
Observación y evaluación médicas por sospecha de enfermedades y afecciones	3 (9,7)	2 (6,5)	2 (6,5)	0 (0)	1 (3,2)	0 (0)	0 (0)	23 (74,2)	31 (100)
Deformidades congénitas de la cadera	9 (42,9)	3 (14,3)	0 (0)	1 (4,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8 (38,1)	21 (100)
Otros	39 (29,1)	23 (17,2)	18 (13,4)	19 (14,2)	6 (4,5)	4 (3)	1 (0,7)	24 (17,9)	134 (100)
Total	112 (28)	71 (17,8)	55 (13,8)	41 (10,3)	15 (3,8)	13 (3,3)	5 (1,3)	88 (22)	400 (100)

formidades adquiridas de los miembros, parálisis cerebral, deformidades congénitas de la cadera (tabla 2).

Las discapacidades más frecuentes según diagnóstico fueron: para trastorno específico del desarrollo de la función motriz, 26,1% presentó discapacidad de locomoción; con trastornos específicos mixtos del desarrollo, 25% tuvo discapacidad de la comunicación; con parálisis cerebral infantil, 37,5% mostró discapacidad de locomoción (tabla 3).

La discapacidad de locomoción fue la más frecuente de las deficiencias músculo esqueléticas, con 36,6%; en deficiencia del órgano de la audición, fue la discapacidad de disposición corporal con 35,8%; en deficiencias de lenguaje y otras deficiencias psicológicas, en ambas, fue la discapacidad para

la comunicación, con 69% y 40%, respectivamente (tabla 4).

El sexo femenino predominó en la discapacidad de locomoción, con 57,1%; así mismo, en discapacidades de cuidado personal y de conducta 80% y 60% respectivamente; en cambio, en el género masculino fue mayor de 60% en discapacidad de la comunicación.

En la discapacidad por edad, en los menores de un año 58,6% presentó discapacidad de disposición corporal; de un año a más, la de locomoción tuvo el mayor porcentaje.

El grado moderado de discapacidad fue mayor para todos los niveles de vida, alcanzando en el nivel alto 71,4%. En el nivel bajo, la gravedad severa tuvo mayor porcentaje que en los otros niveles de vida.

## DISCUSIÓN

La población atendida fue mayormente de un año y más de las tres cuartas partes se encontraba en el rango de 0 a 2 años. A nivel institucional, los pacientes nuevos representaron el 26% y a nivel nacional en los servicios de rehabilitación, 50,5%. Más del 60% vino por primera vez, lo que indicaría una mayor renovación de pacientes y alta demanda de atención especializada de nuevos casos <sup>(13)</sup>. El 96,5% de los pacientes atendidos provino de Lima Metropolitana, con mayor representación en los distritos próximos al hospital; los ubicados al norte tuvieron un mayor porcentaje que los del sur y los más alejados en general no registraron atención. Así mismo, los pacientes de la mayoría de los distritos más alejados a la institución no acudieron para su

Tabla 4. Discapacidad según deficiencia.

Deficiencia	Discapacidad de locomoción	Discapacidad de disposición corporal	Discapacidad de la comunicación	Discapacidad de destreza	Discapacidad de conducta	Discapacidad de situación	Discapacidad de cuidado personal	Sin discapacidad	Total
	N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)
Deficiencias músculo esqueléticas	89 (36,6)	48 (19,8)	21 (8,6)	30 (12,3)	4 (1,6)	8 (3,3)	3 (1,2)	40 (16,5)	243 (100)
Deficiencia del órgano de la audición	15 (28,3)	19 (35,8)	1 (1,9)	2 (3,8)	2 (3,8)	4 (7,5)	2 (3,8)	8 (15,1)	53 (100)
Deficiencia del lenguaje	3 (10,3)	1 (3,4)	20 (69)	2 (6,9)	2 (6,9)	0 (0)	0 (0)	1 (3,4)	29 (100)
Otras deficiencias psicológicas	2 (8)	1 (4,0)	10 (40)	5 (20)	5 (20)	0 (0)	0 (0)	2 (8)	25 (100)
Deficiencias generalizadas, sensitivas y otras	1 (14,3)	1 (14,3)	0 (0)	1 (14,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (57,1)	7 (100)
Deficiencias desfiguradoras	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (25,0)	0 (0)	1 (25)	0 (0)	2 (50)	4 (100)
Deficiencias intelectuales	0 (0)	0 (0)	1 (33,3)	0 (0)	2 (66,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (100)
Deficiencias del órgano de la visión	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)
Sin deficiencia	2 (5,7)	1 (2,9)	1 (2,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	31 (88,6)	35 (100)
Total	112 (28)	71 (17,8)	55 (13,8)	41 (10,3)	15 (3,8)	13 (3,3)	5 (1,3)	88 (22,0)	400 (100)

atención. En cambio, los distritos cercanos al hospital sobrepasaron la atención, es decir, no se cubre proporcionalmente con una atención especializada los pacientes de los distritos en relación a su población <sup>(14, 15)</sup>.

De los pacientes en edad escolar en el estudio no asistió el 11,2%, a diferencia de la población general de Lima Metropolitana, que lo hace 30,2% de 3 a 5 años y 3,5% de 6 a 11 años <sup>(16)</sup>. Puede deberse a que son niños de padres con una mayor preocupación por su salud y educación.

El nivel de vida predominante en los pacientes fue el mediano. El tipo de familia nuclear fue mayor de 50%, similar al censo nacional del 2007. Asimismo, más de 50% de los pacientes no tenía algún tipo de seguro, equivalente al porcentaje de Lima Metropolitana <sup>(16)</sup>. El resto de pacientes, a pesar que contaba con un seguro, acudió para ser atendido en el Instituto Nacional de Rehabilitación.

Los diagnósticos más frecuentes fueron seis: a) trastorno específico del desarrollo de la función motriz; b) trastornos específicos mixtos del desarrollo; c) parálisis cerebral infantil; d) otras deformidades adquiridas de los miembros; e) observación y evaluación médicas por sospecha de enfermedades y afecciones; f) deformidades congénitas de la cadera, entre otros. De los niños con parálisis cerebral infantil, más de la tercera parte no asistía al colegio; en menor porcentaje estuvieron los niños con trastornos específicos mixtos del desarrollo y con otras deformidades adquiridas de los miembros. Esto se debería al tipo de discapacidad y nivel de gravedad que confluyen en estos pacientes.

Más del 90% de los pacientes atendidos presentó alguna deficiencia, siendo la más frecuente la músculo esquelética, seguida del órgano de la audición; a nivel institucional, en general también es la músculo esquelética <sup>(17)</sup>. En España, para menores de 6 años, fueron las

viscerales, mentales, visuales, lenguaje y después las osteoarticulares <sup>(18)</sup>. Esto se explica porque el estudio fue en pacientes principalmente con alteraciones motoras y no de patologías en general.

En Lima Metropolitana, en el 2006, la discapacidad representó 11,7%, con mayor porcentaje la visual, motora y auditiva, en ese orden <sup>(16,19)</sup>. En España, en 1999, la discapacidad llamada 'limitación' debida a la edad y duración de la misma, representó el 2,2% en menores de 6 años, siendo las más frecuentes hacer las cosas como los demás niños de su edad, dificultad para hablar, caminar, debilidad o rigidez en las piernas <sup>(3,18,20)</sup>. Los estudios sobre discapacidad en niños generan discusión debido a la variabilidad de la percepción de la misma y su gravedad. También se debe considerar que a una edad temprana es difícil determinar una discapacidad a futuro, porque puede ser temporal. En el presente estudio, menos del 80% presentó alguna discapacidad, la mayoría de gravedad moderada y en menor por-



centaje severa, similar a lo encontrado para todas las edades en los servicios de rehabilitación del país, en el 2007<sup>(13)</sup>. En el último análisis situacional del Instituto Nacional de Rehabilitación, la parálisis cerebral y las alteraciones del desarrollo ocuparon el quinto lugar, de las cuales la gravedad de la discapacidad fue de nivel moderado, seguido del severo<sup>(17)</sup>. En todos los niveles de vida, la gravedad moderada de discapacidad fue mayor en el nivel alto; en el nivel bajo, la gravedad severa fue más alta que en los otros niveles. Las discapacidades más frecuentes fueron de locomoción, de disposición corporal y de la comunicación. A nivel nacional, en los servicios de rehabilitación las discapacidades más frecuentes para todas las edades fueron las mismas, aunque cabe señalar que en el caso de la discapacidad de locomoción que representó 28,6% de todas las discapacidades, solo 22% fueron niños de 0 a 9 años<sup>(13)</sup>. Así mismo, en el censo nacional del 2007 la discapacidad para usar brazos y manos/pies -que es la que guarda relación con discapacidad de locomoción- ocupó el segundo lugar, con 1,7% de los hogares con algún miembro con discapacidad en Lima Metropolitana<sup>(16)</sup>. Según diagnóstico, las discapacidades más frecuentes fueron la discapacidad de locomoción para trastorno específico del desarrollo de la función motriz y parálisis cerebral infantil; y en la discapacidad de comunicación, los trastornos específicos mixtos del desarrollo. Según sexo, la discapacidad fue ligeramente mayor en el femenino, similar a la referencia nacional del 2006 o a la de España<sup>(18,19)</sup>. El sexo masculino predominó en la discapacidad de comunicación, el femenino para la de cuidado personal y de conducta. La discapacidad de disposición corporal fue mayor en menores de un año y para los mayores fue la de locomoción.

En la relación deficiencia-discapacidad, la discapacidad de locomoción fue la más importante en la deficiencia músculo esquelética; para la deficiencia del órgano de la audición, la

discapacidad de disposición corporal y en las deficiencias de lenguaje y otras deficiencias psicológicas, fue la discapacidad de comunicación. En el plano internacional, es necesario desarrollar metodologías para recopilar datos sobre las personas con discapacidad. Las definiciones uniformes de discapacidad deberían basarse en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), que posibiliten la obtención de datos comparables internacionalmente. Esta clasificación denota los aspectos negativos de la interacción entre personas con un problema de salud (como parálisis cerebral, síndrome de Down o depresión) y factores personales y ambientales (como actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles, y falta de apoyo social)<sup>(21)</sup>.

La principal limitación que presentó el estudio fue no encontrar en todas las historias clínicas el estudio social de los pacientes, que hubiera permitido tener en su totalidad el nivel de vida y tipo de familia, teniendo en cuenta que se tomó una muestra, restringiendo una mejor descripción de la distribución de la discapacidad y deficiencia con estas variables.

Concluimos que la principal deficiencia fue la músculo esquelética y como discapacidad la de locomoción, en los pacientes atendidos en el Departamento de Investigación Docencia y Rehabilitación Integral de las Discapacidades del Desarrollo, que brinda atención a niños con retraso del desarrollo sin retardo mental evidente. Los pacientes provinieron mayormente de distritos cercanos a la institución, lo que estaría revelando una demanda insatisfecha para una atención especializada en rehabilitación.

Se recomienda extender el estudio a otras unidades orgánicas de la institución, así como hospitales de las diferentes regiones del país donde se atiende pacientes para su rehabilitación. Así mismo, unificar criterios para un mejor registro de datos relevantes en las historias clínicas, que conduzcan a una

mejor atención y uso de recursos con la orientación hacia el tipo de deficiencia y discapacidad que presenten.

## AGRADECIMIENTOS

A los profesores Cesar Tipacti Alvarado y José Rojas Vilca por su asesoramiento durante el desarrollo de la investigación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Egea C, Sarabia A. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad. 2001;50:15-30.
2. OPS, OMS. La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos relacionados. España: OPS; 2006.
3. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Madrid: INE; 2000.
4. Instituto Nacional de Rehabilitación. Prevalencia de la Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía Perú 1993. Perú: INEI-OPS; 1994.
5. INEI-UNICEF. Estado de la niñez en el Perú. 1ª ed. Lima: Tarea Asociación Gráfica Educativa; 2011.
6. Díaz M. Análisis Comparativo de los Niveles de Vida 1993-1998. Perú: INEI; 2000.
7. Barahona M. Familias, hogares, dinámica demográfica, vulnerabilidad y pobreza en Nicaragua. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2006.
8. Banco Mundial. El banco mundial y la discapacidad [página de internet]. Banco Mundial: Discapacidad; 2011. [Citado: Marzo 2011]. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/temas/resenas/discapacidad.htm>
9. Pan American Health Organization. Discapacidad: lo que todos debemos saber. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2006.
10. Instituto Nacional de Rehabilitación. Análisis situacional del Instituto Nacional de Rehabilitación INR-2008. Perú: Oficina epidemiología-INR; 2009.
11. OPS. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10ª revisión. Washington, DC; 1995.
12. Ministerio de Salud OPS/OMS/ CONAIL. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS. 1ª revisión. Perú; 1990.
13. Instituto Nacional de Rehabilitación. Plan estratégico institucional 2008-2012. Perú: INR; 2008.
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perfil Sociodemográfico de la Provincia Constitucional del Callao. Perú: INEI; 2008.
15. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perfil Sociodemográfico de la Provincia de Lima. Perú: INEI; 2008.
16. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perfil Sociodemográfico del Perú. 2ª ed. Perú: INEI; 2008.
17. Instituto Nacional de Rehabilitación. Análisis situacional del Instituto Nacional de Rehabilitación INR-2010. Perú: Oficina epidemiología-INR; 2011.
18. Ministerio de Trabajo y asuntos Sociales. La Discapacidad en cifras. 1ª ed. Madrid: Artegraf SA; 2002.



19. CONADIS. Plan de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad 2009-2018. 1ª ed. Perú: MINDES; 2008.
20. Jiménez A, Huet A. La discapacidad en España: datos epidemiológicos; aproximación desde la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud de 1999. España: Centro español de documentación sobre discapacidad; 2002.
21. OMS. Resumen Informe mundial sobre la discapacidad. Malta: Organización Mundial de la Salud; 2011.

*Artículo recibido el 28 de octubre de 2011 y aceptado para publicación el 8 de marzo de 2012.*

*Trabajo publicado como resumen en el V Congreso Científico Internacional del Instituto Nacional de Salud, noviembre 2011.*

*Conflictos de interés:  
Los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación del presente artículo.*

*Financiamiento:  
Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores".*

*Autor corresponsal:  
Herminio Teófilo Camacho Conchucos  
Dirección: Calle Ícaro 105 Urb. La Campiña, Chorrillos. Lima, Perú.  
Teléfono: (511) 4672103 / (51) 999251213.  
Correo electrónico: teocamacho20@hotmail.com*