

Caracterización clínica y etiológica de las diferentes discapacidades en el Estado Plurinacional de Bolivia, 2009-2010.

Clinical and etiological characterization of different disabilities in Estado Plurinacional de Bolivia, 2009- 2010.

Noel Taboada-Lugo^A, Graciela Minaya-Ramos^B

RESUMEN

La discapacidad es una realidad humana percibida de manera diferente en diferentes períodos históricos y civilizaciones. El término, de uso frecuente, se refiere al funcionamiento individual e incluye discapacidad físico-motora, sensorial, visceral, cognitiva o intelectual, y discapacidad psíquica o mental. **Objetivos:** Identificar las frecuencias de los distintos tipos de discapacidad, así como las principales causas que la originaron. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal de todas las personas con discapacidad en el Estado Plurinacional de Bolivia, identificadas en el marco de la Misión Solidaria del ALBA Moto Méndez. **Resultados:** La discapacidad físico motor, seguido de la intelectual, auditiva y la visual, fueron las más frecuentes, y las causas postnatales predominaron en el 63.3% de los casos, seguido de las prenatales. **Conclusiones:** Los accidentes constituyeron un serio problema social como factor postnatal.

PALABRAS CLAVE: Personas con discapacidad, Evaluación de la discapacidad, Discapacidad auditiva, Discapacidad mental, Discapacidad visual, Discapacidad intelectual.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la discapacidad como un término genérico que incluye déficit, limitación en la capacidad, y restricciones en la participación, en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.¹

En diciembre de 2006, las Naciones Unidas acordaron formalmente la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el primer tratado del sistema de derechos humanos del siglo XXI, para proteger y reforzar los derechos y la igualdad de oportunidades de las cerca 650 millones de personas con discapacidad que se estima existen a nivel mundial.²

La experiencia de la discapacidad es diferente para cada individuo, no sólo porque la manifestación concreta de la enfermedad, desorden o lesión es única, sino porque esa condición de salud estará influida por una compleja combinación de factores que van desde las diferencias en experiencias personales, construcciones psicológicas e intelectuales, antecedentes y bases emocionales, hasta el contexto físico, social y cultural en el que la persona vive.

El término, de uso frecuente, se refiere al funcionamiento individual e incluye discapacidad físico-motora, sensorial, visceral, cognitiva o intelectual, y discapacidad psíquica o mental. Desde el punto de vista causal, estas se pueden clasificar según el momento de la vida en que se originó el defecto: prenatal, perinatal o postnatal.³

Oficialmente, Bolivia cuenta con datos estadísticos, producto del

último Censo Nacional de Población y Vivienda realizado en el año 2001, donde se empadronaron 1 977 665 hogares particulares de los cuales se registró la presencia de al menos una persona con discapacidad física, sordomuda o con ceguera en 61 145 hogares, lo que representa a 3.09% de hogares. Sin embargo no se tomó en cuenta a la población con discapacidad intelectual.⁴

El Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad (PRUNPC), del Ministerio de Salud y Deportes reporta que hasta el año 2011 se logró calificar 40 402 personas con discapacidad a nivel nacional, de las cuales 38 736 fueron registrados en la base de datos y 29 713 recibieron su carnet de discapacidad.⁵

Sin embargo, en el Estado Plurinacional de Bolivia no se había realizado nunca antes un estudio sobre discapacidad puerta a puerta que abarcara todo el territorio nacional, con el objetivo de identificar los tipos de discapacidades más frecuentes en el país, y sus agentes causales, lo que constituye la base que permite el diseño de estrategias preventivas.

(A) Programa de Genética de la Misión Solidaria del ALBA Moto Méndez, Bolivia.

(B) Unidad de Discapacidad, Rehabilitación y Habilitación Bio-Psico-Social del Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia.

Correspondencia a Noel Taboada-Lugo: drtaboada@genetica@gmail.com

Recibido el 06 de mayo de 2012 y aprobado el 25 de julio de 2012.

Cita sugerida: Taboada-Lugo N, Minaya-Ramos G. Caracterización clínica y etiológica de las diferentes discapacidades en el Estado Plurinacional de Bolivia, 2009-2010. *Rev peru epidemiol* 2012; 16 (3) [7 pp.]

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de todas las personas con alguna de estas discapacidades en el Estado Plurinacional de Bolivia, en el marco del *Estudio Clínico-genético Psicopedagógico y Social a las personas con discapacidad*, realizado en los períodos comprendidos de noviembre a diciembre de 2009, y de marzo a agosto de 2010 por la Misión Solidaria del ALBA Moto Méndez.

El estudio basa su metodología en la integración de los métodos: epidemiológico, pedagógico, clínico-genético y social de todas las personas con algún tipo de discapacidad, que desearon ser estudiadas, no tan sólo de una muestra, basando la búsqueda de las personas de forma exhaustiva, a través de la pesquisa activa casa a casa y en todos los establecimientos de salud públicos o privados, e incluyó la totalidad de las provincias y municipios de los nueve departamentos de Bolivia.

Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

Discapacidad físico-motora: Personas con parálisis de una extremidad superior o inferior, hemiplejía, paraplejía o tetraplejía, amputación de miembros superiores o inferiores, trastornos en la coordinación de movimientos y en el tono muscular trastornos graves del sistema nervioso (distrofias musculares, trastornos graves de la marcha). Alteraciones del sistema osteomioarticular o ausencias congénitas de miembros u otra región anatómica, deformidades graves de la columna vertebral. Enanismo, alteraciones malformativas severas.³

Discapacidad visual: Personas con ceguera total (sin percepción de luz en ninguno de los dos ojos) y débiles visuales (baja visión), aquellas personas con una grave deficiencia visual, no susceptible a tratamiento quirúrgico y que para ver de cerca requiere el uso de gafas con cristales o lupas con una potencia no menor a cuatro dioptrías.^{3,6}

Discapacidad auditiva: Personas con sordera (discapacidad para percibir cualquier sonido) e hipoacúsicos (aquellas con diferentes niveles de pérdida de la audición que requiere del uso de prótesis auditivas (audífonos).⁷

Discapacidad orgánica o visceral: Deficiencias de las funciones y estructura de los órganos, en esta investigación solo se incluyó la insuficiencia renal crónica (IRC). Solo se contempló en la que existía criterio de diálisis.⁸

Discapacidad Intelectual: Personas con un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, déficit en la conducta adaptativa, y comienzo en la infancia, o antes de los 18 años de edad.⁵

La conducta adaptativa hace referencia a la eficacia de las personas para adaptarse y satisfacer las exigencias de su medio en diferentes áreas, como la comunicación, autonomía personal, habilidades sociales en la comunidad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo. Estas habilidades deben ser relevantes para la edad de que se trate, de tal modo que la ausencia de ellas suponga un obstáculo.¹⁰

Discapacidad mental: Personas con psicosis crónica (esquizofrenia, parafrenias y trastornos bipolares) y con demencias (se refiere a enfermedad de Alzheimer, y a demencias vasculares y mixtas.)

Discapacidad mixta o múltiple: Cuando las personas están afectadas por dos o más de estas discapacidades.^{3,6}

Se excluyeron las personas con discapacidad menor, como la ausencia de un dedo sin afectar la pinza digital, con discapacidad temporal, como fracturas en proceso de consolidación, u otra

somática o visceral, excepto la IRC.

Se precisó la causa según el tipo de discapacidad. Para ello se consideraron las categorías de prenatal, perinatal, y postnatal, según el período de la vida que ocurrió el insulto, y dentro de la primera se incluyen la prenatal genética, ambiental e inespecífica, las enfermedades heredo-familiares, y los defectos congénitos (alteración anatómica presente en el momento del nacimiento de posible causa prenatal genética o ambiental) aislados o múltiples.⁶

El método de recolección de la información fue a través de la entrevista personal. La persona que brindó la información fue la persona objeto de la entrevista. No obstante se admitió la respuesta de otra persona en casos de: incapacidad para contestar, desconocimiento del idioma, y en menores de 18 años. En los casos que lo requirieron se realizó la valoración y exámenes específicos por parte de un grupo de especialistas que incluyó: Genética Clínica, Neuropediatría, Otorrinolaringología, Psiquiatría, Medicina Física y Rehabilitación, Ortopedia y Traumatología y Psicología. Así como la revisión de las Historias Clínicas de las personas internadas en instituciones de salud.

Análisis estadístico: Los resultados se recogieron en un instrumento de recolección de información, que luego fueron plasmados en una base de datos, que permitió el procesamiento estadístico descriptivo, utilizando el porcentaje como principal medida de resumen de variables cualitativas nominales. Para el procesamiento de la información se utilizó el paquete informático EPINFO 6, las tablas y gráficos se elaboraron con el programa Excel para Windows XP.

Aspectos éticos: Se tuvo en cuenta el consentimiento informado por escrito de las personas para participar en el estudio, y en los menores de 18 años, y en casos con grados severos de discapacidad intelectual o mental, el consentimiento informado fue firmado por los padres o tutores. Este estudio fue aprobado por los Comités de Ética y de Investigación del Centro Nacional de Genética Médica de Cuba, previo a su aplicación en seis países integrantes de la Alianza Bolivariana para los pueblos de nuestra América (ALBA).

RESULTADOS

Se estudió un universo de 82 087 personas con algún tipo de discapacidad. Teniendo en cuenta su tipo, existen 27 938 personas con discapacidad físico motor (34.03%), 18 429 personas con discapacidad intelectual (22.45%), 13 125 personas con discapacidad auditiva (15.99%), 9 375 personas con discapacidad visual (11.42%), 3 212 personas con discapacidad mental (3.91%), 133 personas con discapacidad visceral (0.16%), y 9 875 personas con discapacidad múltiple o mixta (12.03%) (Tabla 1).

Se identificaron un total de 40 843 personas con discapacidad del sexo femenino, y 41 244 del sexo masculino, con predominio de estos últimos en todos los grupos de edades, excepto en el grupo de 60 años y más en el que el mayor porcentaje (54.79%) correspondió al sexo femenino (18 298 personas) (Figura 1).

El mayor número de personas con discapacidad (33 394), se ubicó en el grupo de edad de 60 años y más, que representan el 40.68% del total de personas con discapacidad, con predominio en todos los tipos de discapacidad, con excepción de la intelectual, donde predominaron las personas menores de 20 años de edad (11 883 personas), la mental donde 1 475 personas estaban en el grupo de 20 a 39 años de edad, y de la visceral donde el mayor número de casos con IRC (45 personas) se encontró en el grupo de edad de 40 a 59 años (Tabla 1).

Teniendo en cuenta el período de la vida en que ocurrió la afección,

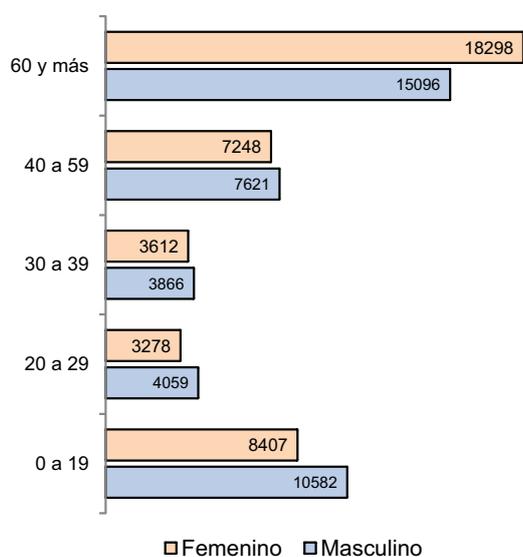
TABLA 1. Distribución de las personas evaluadas según tipo de discapacidad y grupos de edades, Bolivia 2009-2010.

Tipo de discapacidad	Grupos de edades								Total	
	0-19		20- 39		40 - 59		60 y más			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Físico-motora	2 985	10.68	4 361	15.61	6 844	24.50	13 748	49.21	27 938	34.03
Intelectual	11 883	64.48	4 829	26.20	1 420	7.71	297	1.61	18 429	22.45
Auditiva	2 533	19.30	2 444	18.62	2 614	19.92	5 534	42.16	13 125	15.99
Visual	1 218	12.99	1 369	14.60	2 199	23.46	4 589	48.95	9 375	11.42
Mental	197	6.13	1 475	45.92	978	30.45	562	17.50	3 212	3.91
Visceral	9	6.77	36	27.07	45	33.83	43	32.33	133	0.16
Múltiple	164	1.66	321	3.25	769	7.79	8 621	87.30	9 875	12.03
Total	18 989	23.13	14 835	18.07	14 869	18.11	33 394	40.68	82 087	100

TABLA 2. Distribución de las personas según tipo de discapacidad y período de la vida que se originó la discapacidad, Bolivia 2009-2010.

Tipo de discapacidad	Prenatal		Perinatal		Postnatal		No precisada		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Físico-motora	3 440	12.31	791	2.83	23 505	84.13	202	0.72	27 938	34.03
Intelectual	6 338	34.39	5 656	30.69	3 486	18.92	2 949	16.00	18 429	22.45
Auditiva	4 695	35.77	93	0.71	8 132	61.96	205	1.56	13 125	15.99
Visual	2 426	25.88	70	0.75	6 729	71.78	150	1.60	9 375	11.42
Mental	2 284	71.11	4	0.12	713	22.20	211	6.57	3 212	3.91
Visceral	4	3.01	0	0	124	93.23	5	3.76	133	0.16
Múltiple	536	5.43	46	0.47	9 243	93.60	50	0.51	9 875	12.03
Total	19 723	24,03	6 660	8,11	51 932	63,26	3 772	4,6	82 087	100

FIGURA 1. Distribución de las personas con discapacidad según sexo y grupos de edades, Bolivia 2009-2010.



el 63.3% de las discapacidades se deben a factores que operan en la etapa postnatal, al identificarse en 51 932 personas, seguidos de los eventos prenatales en 19 723 casos (24%). El evento postnatal fue el más frecuente en todas las discapacidades, excepto en la intelectual y la mental, en las que predominó la causa prenatal (Tabla 2).

En el 34.39 % de los casos con discapacidad intelectual (6 338 personas) se constató una etiología prenatal, seguido de la causa perinatal con 5 656 personas (30.69 %) y 3 486 casos fueron clasificados como de etiología postnatal (18.92 %) (Tabla 2).

Las causas genéticas representaron más de la mitad de los casos con discapacidad intelectual de etiología prenatal (53.45%) al identificarse en 3 388 personas, con predominio de los casos de tipo cromosómico, donde el mayor número de casos correspondió al Síndrome Down (SD). Se identificaron un total de 1926 personas con SD, que representan el 10.45 % de los 18 429 casos con algún grado de discapacidad intelectual estudiados en el país.

Al indagar sobre las causas prenatales de las otras discapacidades, el 21.23% de las discapacidades fueron defectos congénitos aislados (2 847 personas), el 2.44% fueron defectos congénitos múltiples (327 personas), y en el 76.33 % de los casos se trató de enfermedades heredo-familiares (10 235 personas), predominando estas últimas.

El 71.11% de las personas con discapacidad mental, el 35.77% de las personas con discapacidad auditiva, y el 34.39% de las personas con

discapacidad intelectual, obedecen a una causa prenatal (Tabla 2).

En 4 024 personas con discapacidad, su causa perinatal se debió a una encefalopatía hipóxico isquémica, de ellos el 93.36% (3 757 casos) tuvieron discapacidad de tipo intelectual, seguido de la prematuridad identificadas en 1 249 casos, en orden de frecuencia se identificaron los traumatismos durante el parto y las infecciones neonatales, identificadas en 827 y 127 personas respectivamente, con diferentes tipos de discapacidad.

Otro grupo etiológico prevenible lo constituye la causa postnatal. En la tabla 3 se muestra que otras enfermedades, donde se incluyen las degenerativas articulares y reumáticas, fueron los factores que más incidieron, seguido de los accidentes, al identificarse 14 057 personas con diferentes discapacidades como secuelas de algún tipo de accidente, de ellos en 1 121 casos se trató de traumatismos craneoencefálicos que produjeron discapacidad intelectual. Seguido de las infecciones, identificadas en 6 735 personas, de las que 1 804 correspondieron a discapacidad intelectual como secuela de meningoencefalitis bacteriana.

En la figura 2 se muestra el comportamiento particular de los accidentes como causa de discapacidad en el país, 5 365 personas con discapacidad, independientemente de su tipo, tuvieron su origen en un accidente del hogar, 3 688 personas por accidentes del tránsito, y 3 614 tuvieron un accidente del trabajo como evento causal.

DISCUSIÓN

En el área de las Américas, en las últimas décadas ha existido un marcado interés de los gobiernos de profundizar en el tema de la discapacidad. Se reportan estadísticas de estudios censales realizados en varios países de América Latina.¹¹⁻¹⁴

Aunque si se compara la información de dos censos consecutivos en algunos de estos países, se observan grandes discrepancias. Asimismo, se presentan las amplias diferencias que pueden encontrarse dentro de un mismo país, como es el caso de Chile, que cuenta con varias fuentes de datos sobre personas con discapacidad en los últimos años.

En el Censo efectuado en este país en el año 2002 se identificaron 334 377 personas con discapacidad, lo que representó el 2.2% de la

población. Por otro lado, la encuesta de caracterización socio-económica (CASEN) realizada un año después, señala que un 3.6% de la población chilena tuvo al menos una discapacidad, es decir, 565 913 personas, y según el Fondo Nacional de la Discapacidad de Chile, 2 068 072 personas tienen algún tipo de discapacidad, lo que equivale a decir que uno de cada ocho chilenos presenta una discapacidad.^{11,15}

De acuerdo con el XII Censo General de Población y Vivienda realizado en México en el año 2000, aproximadamente el 2% de la población, 1.8 millones de personas, presenta uno o más tipos de discapacidad y en el 7% de los hogares mexicanos reside al menos una persona con discapacidad.¹²

Según la Encuesta Continua (ENCO) realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática de Perú (INEI) en el año 2006, el 8.4% de la población, unas dos millones cuatrocientos mil personas, presenta alguna discapacidad, cifra muy superior a la observada 12 años antes, en el censo de 1993, donde la prevalencia de la discapacidad era de apenas 1.3%.¹⁶

Es necesario destacar que el estudio que se realizó en Estado Plurinacional de Bolivia en el contexto de la Misión Solidaria del ALBA Moto Méndez, no tuvo un carácter censal, se realizó desde un enfoque psico-social, clínico, y genético. Se logró precisar la causa en más del 90% de los casos, siendo estos resultados consistentes con otros estudios similares realizados en el área de las Américas y el Caribe.^{3,6}

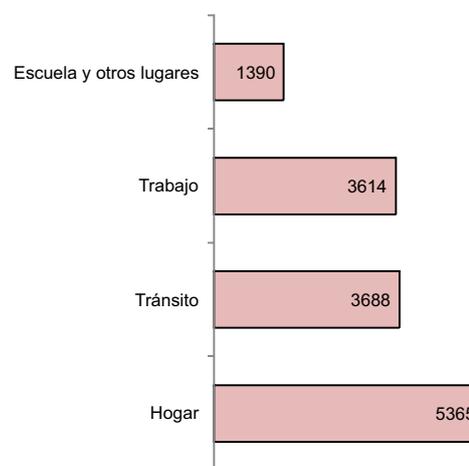
Existió predominio del sexo masculino en todos los grupos de edades, excepto en el de 60 años y más. Se plantea que con anterioridad a los 50 años, las mujeres tienen menos probabilidades que los hombres de tener discapacidad, pero en las edades superiores las tasas femeninas superan ampliamente a las masculinas, de forma que a los 85 años y más el 65.7% de las mujeres tienen alguna discapacidad frente al 59.2% de los hombres.¹⁷ Esta composición por género se explica, en primer término, porque también existen más mujeres que hombres en el cómputo total de población boliviana,⁴ pero especialmente por la mayor esperanza de vida de las mujeres que las hace mucho más numerosas en la cohorte de edad más avanzada.

El mayor porcentaje de personas con algún tipo de discapacidad se encontró en aquellas de 60 años y más. Es posible hallar una relación

TABLA 3. Causas postnatales de discapacidad, Bolivia 2009-2010.

Causa Postnatal	No	%
Infecciones	6 735	12.97
Accidentes	14 057	27.07
Enfermedades sistémicas	1 881	3.62
Intoxicaciones	25	0.05
Iatrogenia	438	0.84
Psicotraumas	219	0.42
Desnutrición	8	0.02
Sobredosis de medicamentos	128	0.25
Actos de violencia	566	1.19
Consumo de drogas	85	0.16
Consumo de bebidas alcohólicas	146	0.28
Otras enfermedades	27 644	53.23
Total	51 932	100

FIGURA 2. Distribución de los tipos de accidentes como causa postnatal de discapacidades, Bolivia 2009-2010.



Taboada-Lugo N, et al. Caracterización clínica y etiológica de las diferentes discapacidades en el Estado Plurinacional de Bolivia, 2009-2010.

directamente proporcional entre la prevalencia de la discapacidad y la edad, conforme las diferentes cohortes van siendo expuestas a nuevos riesgos y condiciones que afectan su salud, como los accidentes, enfermedades degenerativas, etc. Así, en la ciudad de Bogotá, mientras 72 de cada 1000 personas mayores de 60 años están en situación de discapacidad, en los menores de 60 años, la relación es ocho por cada 1000.¹⁸

El tipo de discapacidad con mayor prevalencia en Bolivia fue la físico motora, donde el mayor número de casos estuvo en el grupo de edad de 60 años y más, con predominio de las enfermedades degenerativas articulares como causa principal.

La osteoartritis es la artropatía de mayor prevalencia en todo el mundo, y la causa más frecuente de discapacidad para la deambulación en los adultos mayores. Se prevé que el aumento de la expectativa de vida y el envejecimiento de la población harán de la artrosis la cuarta causa de discapacidad en el año 2020. Constituye la causa más importante de discapacidad funcional del aparato locomotor en todas las razas y zonas geográficas. Afecta al 9.6% de los hombres y al 18% de las mujeres mayores de 60 años.

La artrosis afecta principalmente a las articulaciones que soportan mayor peso y desarrollan un mayor esfuerzo (caderas, rodillas, hombros, articulaciones cervicales y lumbosacras). Es muy frecuente también en las articulaciones interfalángicas distales y proximales de las manos. Puede afectar sólo a una o dos articulaciones, o ser generalizada, con compromiso de varias de ellas.¹⁹

Las enfermedades reumáticas son la principal causa de discapacidad en las personas de 65 años de edad y mayores. La artritis reumatoidea, la forma más incapacitante de artritis afecta aproximadamente a 2 100 000 de estadounidenses y ataca a las mujeres de 2 a 3 veces más que a los varones.^{20,21}

La mayoría de las personas mayores de 75 años tienen más de un tipo de discapacidad, las que se observaron asociadas con mayor frecuencia en Bolivia fueron la físico motora, visual y auditiva.

El 90% de las hipoacusias en mayores de 65 años son del tipo sensorio-neurales, con una mayor frecuencia de la presbiacusia como grupo causal. Se define como una pérdida progresiva, bilateral y generalmente simétrica de la audición, relacionada directamente con el envejecimiento del sistema auditivo, que no puede ser explicada por procesos traumáticos, genéticos o patológicos extraordinarios.^{7,22}

Se estima que del 70% al 80% de las personas entre 65 a 75 años de edad presentan algún grado de presbiacusia. Según la I Encuesta Nacional de Salud realizada en Chile en 2003, la prevalencia de hipoacusia en los adultos mayores chilenos es 77.8%.²²

Los factores postnatales como causa de las discapacidades predominaron en el presente estudio, los que son totalmente prevenibles. Los accidentes, las enfermedades sistémicas e infecciosas, la desnutrición, entre otras, pudieran controlarse, con medidas de promoción, prevención y diagnóstico precoz y oportuno de muchas de las enfermedades discapacitantes.

Los eventos perinatales y postnatales se identificaron como causa de discapacidad intelectual en 9 142 personas, que representaron la mitad (49.61%) de los casos con este tipo de discapacidad, por lo que la prevención de estos eventos debería ser prioritario para mejorar el estado de salud y disminuir la frecuencia de estas discapacidades en el Estado Plurinacional de Bolivia.

La etiología perinatal de las discapacidades constituye una categoría relevante en todos los estudios sobre este tema según lo descrito en la literatura, en primer lugar, porque depende de la atención materno

infantil que tributará en la calidad de vida del futuro ser, y en segundo lugar, porque también son factores en su totalidad, prevenibles.^{3,6,10} En Bolivia la hipoxia, la prematuridad y los traumas obstétricos fueron las causas perinatales observadas con mayor frecuencia.

La OMS estima que cada año cuatro millones de recién nacidos (RN) presentan asfixia perinatal, de los cuales 800 000 desarrollarán secuelas neurológicas y discapacidad intelectual, y un número similar fallece como consecuencia de estos eventos.¹⁰

La prematuridad provoca alteraciones en el desarrollo neurológico y este riesgo es mayor a medida que el tiempo de gestación disminuye. En un estudio del desarrollo neurológico de más de 140 000 RN pretérminos (entre la semana 30 de gestación o posterior) y también de RN a término, se comprobó que los pretérminos presentaban un riesgo 3.39 veces mayor de sufrir parálisis cerebral que los nacidos a término. Además, también presentan un riesgo de 1.25 veces mayor de padecer discapacidad intelectual.¹⁰

La causa prenatal representó la segunda categoría en orden de frecuencia precedido de la postnatal. En la discapacidad intelectual predominó la etiología prenatal genética, de tipo cromosómico. Las causas genéticas de la discapacidad intelectual pueden ser agrupadas en cuatro grandes grupos: alteraciones cromosómicas (donde se incluyen las aneuploidías, reordenamientos subteloméricos, síndromes microdelecionales o microduplicacionales), alteraciones monogénicas, mitocondriales y multifactoriales.⁶

Los casos con SD representaron el 10.45 % del total de casos con algún grado de discapacidad intelectual estudiados en el país. Porcentaje que coincide con muchos autores que plantean que el SD representa entre el 10 y el 18% del total de personas con discapacidad intelectual, mientras que otros plantean que este síndrome constituye el 25% de todos los casos con este tipo de discapacidad.^{6,10}

La prevalencia del SD en los países desarrollados se encuentra en el orden de 6 a 8 por 10 000 habitantes, mientras que es mucho mayor en los países en vías de desarrollo, donde influyen diferentes factores como la planificación familiar, el nivel de información respecto al riesgo de la avanzada edad materna, el diagnóstico prenatal y la actitud social respecto al aborto selectivo.¹⁰

Las entidades heredo-familiares tuvieron un franco predominio entre las causas prenatales de las otras discapacidades, con una mayor prevalencia en las discapacidades mental y auditiva. Los trastornos heredo-familiares que con mayor frecuencia se observaron como causa de discapacidad psíquica o mental fueron la esquizofrenia, el trastorno bipolar, y otras psicosis inespecíficas, que tienen una herencia multifactorial. La esquizofrenia resultó la más frecuente.

La prevención, atención y rehabilitación de las personas afectadas por trastornos mentales constituyen un problema sanitario creciente en América Latina y el Caribe. En los años 90 se estimó que las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban 8.8% de los años de vida ajustados por discapacidad observados en América Latina y el Caribe, sin embargo para el año 2002, esa carga había ascendido a más del doble, 22.2%, según datos del proyecto Carga Mundial de Morbilidad de la OMS.²³

En el estudio de carga de enfermedad realizado en el Perú, se estimaron los años de vida saludables perdidos de 135 subcategorías de causas de enfermedad y lesiones, que agrupan a todos los procesos patológicos que presentaron los habitantes del Perú el año 2004, donde la mayor carga de enfermedad se debió a las enfermedades no transmisibles, y dentro de estas, las que mayor carga de morbilidad ocasionan fueron precisamente las enfermedades psiquiátricas.²⁴

En las personas con discapacidad auditiva de etiología prenatal en el Estado Plurinacional de Bolivia, las entidades que con más

frecuencia se constataron fueron las sorderas heredofamiliares no sindrómicas autosómicas recesivas, superando ampliamente a los defectos congénitos aislados y múltiples.

Se estima que la discapacidad auditiva de causa genética representa el 55% de los casos a nivel mundial. Las sorderas hereditarias, según su cuadro clínico, pueden aparecer junto a otras manifestaciones y formar parte de síndromes en el 30% de los casos, el resto se presenta de manera aislada o sea, no sindrómicas. Dentro de estas últimas, el 75% son autosómicas recesivas, el 20% autosómicas dominantes, y 1% ligadas al cromosoma X.⁷

Otras enfermedades, donde se incluyen las artropatías y enfermedades reumáticas, y los accidentes constituyeron las categorías postnatales más frecuentes como causa de discapacidad. Estas son causas prevenibles con un programa de atención y educación a la población. Dentro de la categoría de accidentes se ubican los del hogar como los de mayor prevalencia.

Los accidentes son una causa importante de morbilidad y discapacidad, la mayoría de lesiones y muertes por accidentes se producen en el hogar, las calles, el colegio y/o los lugares de recreación.^{25,26}

En Bolivia casi la tercera parte de los accidentes que originaron discapacidad ocurrieron en el hogar. En algunos estudios se señala que la cifra de lesionados por accidentes en el hogar es cinco veces superior a los ocasionados por el tránsito, y figuran entre las cinco principales causas de defunción en los niños de 1-14 años en 20 países de América Latina. Las caídas, las quemaduras y las asfixias representan los accidentes más comunes en los infantes y se evidencia un conocimiento mínimo de las medidas para prevenirlos y controlarlos.²⁵

En estudio realizado en un hospital de tercer nivel y de referencia nacional, en la ciudad de La Paz, se constató que el lugar de ocurrencia más común para accidentes fue el domicilio con 64.5%, en segundo lugar los lugares de recreación (parques, plazas, canchas deportivas), y el 5% se produjo en el colegio o escuela. El mayor porcentaje (63%) correspondió al sexo masculino.²⁶

En orden de frecuencia se identificaron los accidentes del tránsito como causa de discapacidad. Según datos de la OMS, cada día, hasta 140 000 personas se lesionan en las carreteras y calles del mundo. Más de 3 000 mueren y unas 15 000 quedan discapacitadas de por

vida. Las cifras resultan alarmantes y aún lo son más las tendencias observadas.²⁷

En Bolivia, en el quinquenio 1999-2003 se produjeron 98 728 accidentes de tránsito, con el saldo de 3 390 personas fallecidas y 34 139 heridas, lo que corrobora el tema de los accidentes como una problemática social en el país. Las estimaciones realizadas permiten inferir que 55 accidentes se producen por día en Bolivia y 2.5 por hora; con las implicaciones consiguientes de gastos, muertes, heridos y obviamente, personas con discapacidad, que requerirán de servicios de rehabilitación, con los costos adicionales que ello conlleva.²⁷

En una investigación de base poblacional como esta se evidenció que la discapacidad físico motora, la intelectual y la auditiva fueron las más frecuentes, y que la causa postnatal predominó, siendo prevenibles en un 100%. Estos resultados orientan al Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia sobre estrategias de promoción y prevención, y políticas de atención que mejoren la calidad de vida de este grupo vulnerable, y que prevengan, en lo posible, estas discapacidades.

Las limitaciones del estudio estuvieron dadas por el gran número de viviendas cerradas en el momento de las visitas, y por la negativa para abordar algunos establecimientos de salud privados o atendidos por determinadas organizaciones religiosas. Así mismo, en la pesquisa activa puerta a puerta, un número de casos con grado ligero de discapacidad intelectual pudieron no ser incluidos en el estudio, al no haber sido nunca diagnosticados, ni ser reconocidos como tal por sus familiares.

AGRADECIMIENTOS

A todos los profesionales bolivianos, venezolanos y cubanos que participaron en el Estudio Clínico-Genético, Psicopedagógico y Social a las Personas con Discapacidad en el Estado Plurinacional de Bolivia, en la Misión Solidaria del ALBA Moto Méndez, por participar en la recolección del dato primario de la investigación. A las autoridades del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia y del Ministerio de Salud Pública de Cuba por la coordinación del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). ATLAS: GLOBAL RESOURCES FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITIES. GENEVA: WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2007 p.148-56.
2. CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. URL DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.CONVENCIONDISCAPACIDAD.ES/](http://www.convenciondiscapacidad.es/) [ACCESO 3 DE MAYO DE 2012]
3. COBAS M, ZACA E, MORALES F, ICART E, JORDÁN A, VALDÉS M. CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CUBA. REV CUBANA SALUD PÚBLICA. 2010; 36(4): 306-10.
4. RAMOS FA. ORIENTACIÓN BÁSICA SOBRE DISCAPACIDAD EN EL CONTEXTO BOLIVIANO. URL DISPONIBLE EN: [HTTP://ES.SCRIBD.COM/DOC/6876759/ORIENTACION-BASICA-SOBRE-DISCAPACIDAD-EN-EL-CONTEXTO-BOLIVIANO](http://es.scribd.com/doc/6876759/ORIENTACION-BASICA-SOBRE-DISCAPACIDAD-EN-EL-CONTEXTO-BOLIVIANO) [ACCESO 26 DE JUNIO DE 2012]
5. SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD (SIPRUNPCD). [HTTP://SIPRUNPCD.SNS.GOB.BO/REPORTS/NROREGISTRADOS.ASPX](http://siprunpcd.sns.gob.bo/reports/nroregistra-dos.aspx) [ACCESO 26 DE JUNIO DE 2012]
6. LARDOEY R. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y ETIOLÓGICA DE LAS DISCAPACIDADES MAYORES EN LA REPÚBLICA DE ECUADOR. REV CUBANA GENET COMUNIT. 2011; 5(2): 34-9.
7. TABOADA N, BRAVO O, LICEA A, ACOSTA O, PÉREZ O, DÍAZ R ET AL. CAUSAS GENÉTICAS DE DISCAPACIDAD AUDITIVA EN EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA. REV CUBANA GENET COMUNIT. 2011; 5(2): 8-12.
8. ALUAS M, COLOMBETTI E, OSIMANI B, MUSIO A, PESSINA A. DISABILITY, HUMAN RIGHTS, AND THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY, AND HEALTH: SYSTEMATIC REVIEW. AM J PHYS MED REHABIL. 2012; 91(13 SUPPL 1):S146-54.
9. COBAS M, ZACA E, LANTIGUA PA, PORTUONDO M, MORALES F, ICART E. CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y SOCIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN CUBA. REV CUBANA SALUD PÚBLICA. 2010; 37(1): 34-43.
10. TABOADA N, BRAVO O, LICEA A, ACOSTA O, PÉREZ O, DÍAZ R ET AL. DISCAPACIDAD INTELECTUAL: APROXIMACIÓN A LAS PRINCIPALES CAUSAS EN EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA. REV CUBANA GENET COMUNIT. 2011; 5(2): 46-52.
11. SÍNTESIS DE RESULTADOS. CENSO 2002. INE. CHILE. [ACCESO 3 DE MAYO DE 2012]URL DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.INE.CL/CD2002/SINTESIS-CENSAL.PDF](http://www.ine.cl/cd2002/sintesis-censal.pdf)
12. ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. XII CENSO GENERAL DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2000. [ACCESO 3 DE MAYO DE 2012]URL DISPONIBLE EN:

Taboada-Lugo N, et al. Caracterización clínica y etiológica de las diferentes discapacidades en el Estado Plurinacional de Bolivia, 2009-2010.

[HTTP://WWW.INEGI.ORG.MX/PROD_SERV/CONTENIDOS/ESpanol/BVinegi/Productos/Censos/Poblacion/2000/ArchivosPDF/Oportuno.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/ESpanol/BVinegi/Productos/Censos/Poblacion/2000/ArchivosPDF/Oportuno.pdf)

13. BOLETÍN CENSO GENERAL 2005 DISCAPACIDAD-COLOMBIA. URL DISPONIBLE EN: [WWW.DANE.GOV.CO/CENSO/FILES/BOLETINES/DISCAPACIDAD](http://www.dane.gov.co/censo/files/boletines/discapacidad). [ACCESO 26 DE JUNIO DE 2012]

14. ESTADÍSTICAS REGISTRO NACIONAL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD 2008. URL DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.CONADISPERU.GOB.PE/WEB/TEXTO/ESTADISTICAS.PHP](http://www.conadisperu.gob.pe/web/texto/estadisticas.php) [ACCESO 26 DE JUNIO DE 2012]

15. PRIMER ESTUDIO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD E INFORMES REGIONALES 2004. [ACCESO 3 DE MAYO DE 2012] URL DISPONIBLE EN:

[HTTP://WWW.INE.CL/CANALES/CHILE_ESTADISTICO/ENCUESTAS_DISCAPACIDAD/DISCAPACIDAD.PHP](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_discapacidad/discapacidad.php)

16. RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL CONTINUA-ENCO 2006. URL DISPONIBLE EN: [WWW.INEC.GOV.PE/BIBLIOINEIPUB/BANCOPUB/EST/LIBRO734/LIBRO.PDF](http://www.inec.gov.pe/biblioineipub/bancopub/est/libro734/libro.pdf) [ACCESO 3 DE MAYO DE 2012]

17. CASTAÑEDA IE, CORRAL A, BARZAGA M. PERFILES DE GÉNERO Y SALUD EN CUBA. REV CUBANA SALUD

PÚBLICA. 2010; 36(2): 132-41.

18. CRUZ I, HERNÁNDEZ J. MAGNITUD DE LA DISCAPACIDAD EN COLOMBIA: UNA APROXIMACIÓN A SUS DETERMINANTES. REV CIENC SALUD. 2008; 6(3): 23-35.

19. HERNÁNDEZ M, MOLINERO C, GÓMEZ JA, HERNÁNDEZ IM, PORRO J, LÓPEZ G, ET AL. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS DE RODILLA Y TRATAMIENTO REHABILITADOR. REV CUBANA REUMATOL. 2011; 13(17): 21-33.

20. ABUD MC. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PADECIMIENTOS REUMÁTICOS. REV MED HOSP GEN MEX. 2001; 64 SUPL.(1): S7-S12.

21. MASSARDO L. ARTRITIS REUMATOIDE TEMPRANA. REV MÉD CHILE. 2008; 136: 1468-75.

22. DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA PUC. RESULTADOS I ENCUESTA DE NACIONAL DE SALUD, CHILE 2003. MINSAL; 2004. [FECHA DE ACCESO 3 DE MAYO DE 2012] URL DISPONIBLE EN: [HTTP://EPL.MINSAL.CL/EPL/HTML/INVEST/ENS/ENS.HTM](http://epl.minsal.cl/epl/html/invest/ens/ens.htm)

23. KOHN R, LEVAV I, CALDAS DE ALMEIDA JM, VICENTE B, ANDRADE L, CARAVEO-ANDUAGA JJ,

SAXENA S, SARACENO B. LOS TRASTORNOS MENTALES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ASUNTO PRIORITARIO PARA LA SALUD PÚBLICA. REV PANAM SALUD PÚBLICA. 2005; 18(4/5):229-40.

24. VELÁSQUEZ A. LA CARGA DE ENFERMEDAD Y LESIONES EN EL PERÚ Y LAS PRIORIDADES DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL. REV PERU MED EXP SALUD PÚBLICA. 2009; 26(2): 222-31.

25. RODRÍGUEZ Y, HERNÁNDEZ MS. DISCAPACIDAD INFANTIL POR ACCIDENTE DOMÉSTICO. MEDISAN 2010; 14(3):391-5.

26. PAULSEN K, MEJIA H. FACTORES DE RIESGO PARA ACCIDENTES EN NIÑOS. HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URÍA" REV CHIL PEDIATR. 2005; 76(1):98-107.

27. ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN BOLIVIA: SITUACIÓN EN EL ÚLTIMO QUINQUENIO / MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES; POLICÍA NACIONAL; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. LA PAZ: OPS/OMS, 2004. [ACCESO 3 DE MAYO DE 2012] URL DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.OPS.ORG.BO/TEXTOCOMPLETO/NAC23045.PDF](http://www.ops.org.bo/textocompleto/nac23045.pdf)

ABSTRACT

CLINICAL AND ETIOLOGICAL CHARACTERIZATION OF DIFFERENT DISABILITIES IN ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA, 2009-2010.

Disability is a human reality perceived differently in different historical periods and civilizations. The following types of disabilities are described: intellectual, physical-motor, sensory, visceral, and psychological or mental. **Objective:** To identify the frequencies of the different types of disabilities as well as the main causes that led to it. **Methods:** A descriptive study of all people with disabilities in the State of Bolivia was performed, identified in the framework of Mision Solidaria del ALBA Moto Mendez. **Results:** Motor physical disability, followed by intellectual, auditory and visual, were the most frequent types, and postnatal causes predominated in 63.3% of cases, followed by prenatal. **Conclusion:** Accidents were a serious social problem as postnatal factor.

KEY WORDS: Disabled persons, Disability evaluation, Hearing disability, Mental disability, Visual disability, Intellectual disability.

