

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

SITUACION DE LAS DEFICIENCIAS Y
DISCAPACIDADES EN EL PERSONAL DEL
EJERCITO DE GUATEMALA, SECUNDARIO A LOS
ULTIMOS 5 AÑOS DE CONFLICTO ARMADO
INTERNO

Estudio analítico y descriptivo de 200 casos atendidos en el
Centro de Atención al Discapacitado del Ejército de Guatemala
(CADEG), durante los últimos 5 años del conflicto armado
(1992 a 1996)

TESIS

*Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala*

POR

HECTOR DAVID ESPAÑA RODRIGUEZ

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, octubre de 1998

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

05
T(7966)
e.4

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

H A C E C O N S T A R Q U E :

El (la) BACHILLER : HECTOR DAVID ESPAÑA RODRIGUEZ
Carnet Universitario No: 92-10605

Ha presentado para su Examen General Publico, previo a optar al
título de Médico y Cirujano, el trabajo de tesis titulado:

SITUACION DE LAS DEFICIENCIAS Y DISCAPACIDADES EN EL
PERSONAL DEL EJERCITO DE GUATEMALA SECUNDARIO A LOS
ULTIMOS 5 AÑOS DEL CONFLICTO ARMADO INTERNO

trabajo asesorado por:

Doctor: RONALD CONTRERAS

y revisado por:

Doctor: HECTOR LUCERO LIMA

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,
firman y sellan la presente ORDEN DE IMPRESION.

Guatemala, 28 de septiembre de 1998.

Dr. José María Gramajo G.
COORDINADOR UNIDAD DE TESIS

DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRESIONES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

DR. ROMEO ARNALDO VASQUEZ VASQUEZ
DECANO AÑO 1990-2002



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
Ciudad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamerica

Guatemala, 28 de septiembre 1998

Doctor:
José María Gramajo Garméndez
Coordinador Unidad de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas

Se le informa que el (la) **BACHILLER**
HECTOR DAVID ESPAÑA RODRIGUEZ

Nombres y apellidos completos

Carnet No. : 92-10605 ha presentado el Informe Final de su trabajo

de tesis titulado:

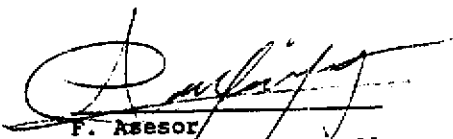
SITUACION DE LAS DEFICIENCIAS Y DISCAPACIDADES EN EL

PERSONAL DEL EJERCITO DE GUATEMALA SECUNDARIO A LOS

ULTIMOS 5 AÑOS DEL CONFLICTO ARMADO INTERNO

Del cual autor, asesor(es) y revisor nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.


Firma del estudiante


F. Asesor

Nombre completo y sello

H. Ronald Contreras
Médico y Cirujano
C.M. No. 1100



F. Revisor
Nombre completo y sello
Reg. Personal 7582

Dr. FLORENTINO GONZALEZ
MÉDICO Y CIRUJANO
C.M. No. 9220



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

APROBACION INFORME FINAL

OF. No. 209-98

Guatemala, 28 de septiembre de 1998

BACHILLER:
HECTOR DAVID ESPAÑA RODRIGUEZ
CARNET No. 92-10605

Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos

Hago de su conocimiento que el Informe Final de tesis titulado:
SITUACION DE LAS DEFICIENCIAS Y DISCAPACIDADES EN EL PERSONAL
DEL EJERCITO DE GUATEMALA SECUNDARIO A LOS ULTIMOS 5 AÑOS
DEL CONFLICTO ARMADO INTERNO

ha sido REVISADO, y habiendo establecido que cumple con los re-
quisitos del Reglamento de Tesis de Grado, se autoriza realizar
los trámites correspondientes para su graduación.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. José María Gramajo G.
Docente Unidad de Tesis

Dr. José María Gramajo G.
Vo.Bo. Coordinador de Tesis

NOTA: La información y conceptos contenidos en el Informe Final
es responsabilidad única del autor.

1.

TITULO

Situación de las deficiencias y discapacidades en el personal del Ejército de Guatemala, secundario a los últimos 5 años del conflicto armado interno.

SUB-TITULO

Estudio analítico y descriptivo de 200 casos atendidos en el Centro de Atención al Discapacitado del Ejército de Guatemala (CALEG), durante los últimos 5 años del conflicto armado (1992 a 1996).

II. INDICE

I.	Título y Subtítulo _____	1.
II.	Indice _____	2.
III.	Introducción _____	3.
IV.	Marco Teórico _____	5.
V.	Marco Metodológico _____	30.
VI.	Aspectos Eticos del Estudio _____	33.
VII.	Tratamiento Estadístico de la Información _____	33.
VIII.	Resultados _____	34.
IX.	Análisis y Discusión de Resultados _____	43.
X.	Conclusiones _____	45.
XI.	Recomendaciones _____	46.
XII.	Resumen _____	47.
XIII.	Bibliografía _____	49.
XIV.	Anexos _____	51.

III. INTRODUCCION

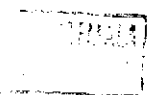
El conflicto armado interno que vivió el país por espacio de 36 años, dejó como saldo un número aún no establecido de discapacitados en los excombatientes de la URNG, Ejército de Guatemala y población civil.

Actualmente en nuestro país no se cuenta con la información necesaria para la planificación de programas de rehabilitación a la población afectada por el conflicto armado interno y/o a la población que por otras causas sufren de alguna discapacidad.

En nuestro país no se cuenta con suficiente atención para el paciente discapacitado, que le permita una rehabilitación integral, siendo pocas las instituciones que se dedican a la rehabilitación y seguimiento del mismo.

En respuesta a los acuerdos de paz, el centro de atención al discapacitado del ejército (CADEGI) que inició sus funciones en octubre de 1997 con el fin de atender a los discapacitados del ejército, esta registrando diariamente a ex -soldados en su mayoría discapacitados como producto del conflicto armado interno y debido a que no se contaba con datos estadísticos confiable de la población atendida en este centro, se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo en el cual se investigó la situación de las deficiencias y discapacidades en el personal del ejército de Guatemala que participo en los últimos cinco años del conflicto armado (1992-1996) a través de un clasificador internacional OPS-QMS.

Habiéndose encontrado que las deficiencias neuromuscoloesqueléticas y sistema locomotor predominaron en un 61% en 200 pacientes estudiados, concretándose estos en discapacidad de locomoción en un 27.8% y 21.22% presentó discapacidad en algún movimiento del cuerpo.



De los pacientes anteriormente mencionados pocos contaron con la oportunidad de ser capacitados para su nueva vida, ya que se identifico que un 83.5% se dedicaban a la agricultura antes de su accidente y luego solo 36.5% lo pudo hacer después del accidente en el que sufrieron la lesión, pero más significativo fue llegar a la conclusión que un 29.5% no pudieron realizar ninguna actividad luego de su accidente con la información obtenida se puede observar que debido a la residencia habitual de los pacientes, las instituciones que presentan servicios de rehabilitación, deben de descentralizar la atención hacia el interior de la república para hacer accesible los servicios a los discapacitados.

IV. MARCO TEORICO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro país actualmente, la literatura conocida, ilustra sobre áreas comunes en la rehabilitación, tanto para sujetos que nacieron con alguna discapacidad, como para individuos que cayeron en el vicio de alcohol u otras drogas, se ven expuestos posteriormente a una terapia de apoyo, en busca de regresarlos sin esas perturbaciones, al seno de la sociedad a la cual pertenecen. Ejemplos pueden ser: el trabajo con drogadictos, niños con daño cerebral, niños o adultos ciegos, sordomudos e inclusive programas para rehabilitación de reclusos y otros. (1,4)

Pero literatura y estudios sobre hombres psicológica y físicamente sanos, que se alistaron voluntariamente en la profesión de las armas o son llamados al servicio militar y un día regresan a su hogar mutilados del cuerpo y del alma, sin una pierna o sin un brazo; ciegos o sin un ojo; severamente disminuidos en su capacidad corporal y castigados por la realidad de tener que enfrentar el resto de su vida con tanta limitación.

Se intenta destacar la diversificación coherente del proceso en áreas de rehabilitación postraumática, tanto física y psicológica, como fisiológica y ortopédica; elaboración y adaptación de prótesis, evaluación psicológica y vocacional, nivelación académica, capacitación en talleres, promoción empresarial y últimamente, salud mental y orientación.

Se pretende además, visualizar el rumbo que debe tomar el proceso, cuando gran parte del camino se ha recorrido, cuando los mayores esfuerzos están hechos y cuando en la alborada de la paz, se cuenta con un equipo humano de especialistas y conocedores experimentados en el contacto directo y consistente con la realidad del lisiado de guerra; experiencia única e incalculable para una sociedad que reclama ciudadanos útiles y para una Patria, que en todo caso a ninguno desdía a todos necesita.

JUSTIFICACION

Por mucho tiempo en Guatemala el conflicto armado interno fue la expresión de muchos problemas: a nivel social, mas que todo en la década de los 80.

Durante este periodo la violencia se agudizo y los mas afectados fueron los campesinos pobres y miembros del Ejército (personal de tropas), el conflicto armado interno ocasionó pérdidas materiales y humanas, entre estas ultimas la muerte y discapacidad. (17)

Secundario al conflicto armado; hay personas que fueron afectadas por deficiencia y discapacidad.

Siendo estos grupos:

1. Población civil
2. Unión Revolucionaria Nacional Guatemalteca URNG
3. Excombatientes del Ejército de Guatemala

El factor común entre estos son sus propias limitaciones, los cuales afectan su desenvolvimiento individual en el desarrollo y la economía familiar, comunitaria y nacional.

Los años de milicia para los excombatientes han determinado en ellos experiencias y costumbres que cambiaron su vida (sobre todo por la discapacidad) por lo tanto, su retorno a la vida civil y productiva presupone un proceso de incorporación y readaptación Psico-Social integral en condiciones de Seguridad Dignidad y Permanencia con todos los derechos y privilegios de que se gozan sus connacionales. Por medio de programas adecuados y especializados en rehabilitación física y Psicológica. (Etapas de la Rehabilitación Integral). (7)

Dentro de los acuerdos de paz, secundario al conflicto armado se incluye el compromiso de prestar atención a los discapacitados, del ejército, de la URNG y la Población Civil. Pero el cumplimiento de este compromiso ha tenido como principal limitante, la falta de información que permita cuantificar y diferenciar el daño en dichas poblaciones, lo cual impide plantear programas o proyectos que puedan servir de base para la atención a los discapacitados y a la vez que sirvan para negociar su financiamiento con capitales nacionales o internacionales.

PROPOSITO

La realización de un diagnóstico real sobre la situación de los excombatientes del Ejército, a través de un instrumento unificado con criterios científicos internacionales avalados por OPS/OMS, en relación a deficiencia y discapacidad, el cual dará información que aun no se conoce y la pauta de analizar y realizar programas especializados que se pueden aplicar a nivel de los 3 grandes grupos participantes en el conflicto armado: Población Civil, URNG y Ejército de Guatemala.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la situación de Deficiencia y Discapacidad del personal del ejército de Guatemala que como producto de un conflicto armado adquirió deficiencias estructurales, manifestándose en discapacidades establecidas, que impiden el desarrollo normal del individuo dentro de la sociedad, y requieren de intervenciones mediatas e inmediatas para su integración a la vida productiva.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Establecer cuales son las deficiencias más frecuentes en el personal del ejército de Guatemala en los últimos cinco años del conflicto armado interno. (1992 a 1996).
2. Determinar cuales son las discapacidades más frecuentes en el personal del ejército de Guatemala en los últimos cinco años del conflicto armado interno. (1992 a 1996).

REVISION DE LITERATURA

A. ASPECTOS GENERALES Y TRATADOS INTERNACIONALES SOBRE DEFICIENCIA Y DISCAPACIDAD.

En la mayoría de los países de la región de las Américas, han proliferado a nivel de los Programas y Servicios de Rehabilitación, métodos para la obtención de los datos básicos de información, que de acuerdo a criterios propios, han sido manejados con diferentes instrumentos, en el intento de conocer desde el punto de vista administrativo, la situación y necesidades para la atención de la población portadora de discapacidades y evaluar las actividades de los servicios establecidos en cada localidad, región y/o país.

En la mayoría de los casos esta información no ha sido relevante para el nivel central de toma de decisiones lo que ha dado lugar a que los diferentes aspectos englobados en rehabilitación visto como problema de Salud Pública y el consecuente desarrollo de servicios para atender la población con discapacidades, no halla sido concretizada de un todo. Esta situación es preocupante para la gente que trabaja dentro del área de la rehabilitación, puesto que las condiciones de salud de los pueblos señalan una serie de características poblacionales, sociales y epidemiológicas, que muestran a la discapacidad como un fenómeno complejo, que día a día, se aprecia con mayor claridad pudiendo llegar a tener dimensiones alarmantes dada su connotación a nivel económico y social.

La asamblea General de las Naciones Unidas, consciente de esta situación, reconoció formalmente en 1975 los derechos humanos de las personas con discapacidades, al adoptar la Declaración de los Derechos de las Personas Discapacitadas. Igualmente en 1982 lo reafirma al establecer el programa de Acción Mundial para personas Discapacitadas, donde quedan claramente enunciados sus Derechos, a saber:

"Igualdad de oportunidades, participación plena en las actividades económicas y sociales, e igual acceso a la salud, educación y servicios de rehabilitación"

Del mismo modo, desarrolla como objetivos de dicho plan la promoción de las medidas preventivas de las discapacidades, la extensión de servicios de rehabilitación para todos y, la equiparación de oportunidades.
(1,6)

En 1,993, la Asamblea General de las Naciones Unidas igualmente adoptó las "reglas estándar en la equiparación de oportunidades para personas con discapacidades", las cuales condensan entre las premoniciones para la igual participación, las referidas al cuidado medico, a la rehabilitación y a los servicios de soporte. Asimismo, señala las áreas para el logro de esta igualdad, como son:

- Accesibilidad
- Educación
- Empleo
- Ingresos y seguridad social
- Vida familiar e integral personal
- Cultura
- Recreación y deportes
- Religión
- Información e investigación
- Política y planteamiento
- Legislación
- Políticas económicas
- Coordinación del trabajo
- Organización de personas con discapacidad

- Entrenamiento del personal
- Monitores y evaluación nacional de los programas de discapacidad en la implementación de las reglas
- Cooperación técnica y económica
- Cooperación Internacional

La organización mundial de la salud (OMS) estableció en el noveno programa general de trabajo:

"Apoyar a los países para la reducción de las inequidades tomando en cuenta los problemas más importantes que afectan a la salud y a los sistemas de salud"

y estableció en la meta 7:

"Reducir las discapacidades evitables a través de medidas preventivas y rehabilitadoras apropiadas"

siendo la finalidad que:

"Las discapacidades de las deficiencias sensoriales, locomotoras y mentales serán significativamente reducidas entre grupos de población insuficientemente atendidos"

Por otro lado, el programa enfatiza que en el que hacer del sector salud, en cualquier parte del mundo, para mejorar la salud, debe ser realizado el análisis de las tendencias mundiales, particularmente en salud y atención en salud; determinación de las prioridades en términos de finalidades y metas para mejorar la salud y promover equidad; determinación de las orientaciones políticas, etc.(5,6).

La organización sanitaria panamericana (OPS), a través del programa

de prevención de discapacidades y rehabilitación, reconociendo los señalamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha visto con preocupación el hecho de que a nivel de la región, se ha dificultado en gran proporción el logro de la igualdad.

Hasta la actualidad la atención de la población discapacitada sigue constituyendo un aspecto poco relevante dentro de los planes o políticas de salud en cierta proporción de los países de la región, lo que ha conducido a la lenta evolución de los servicios de rehabilitación, sobre todo en aquellos de baja complejidad destinado a la población de menores recursos y al estancamiento de los existentes.

Los trabajos de investigación realizados hasta el presente, solo permiten evidenciar parte del universo ya que no existe acuerdo en la utilización de criterios uniformes que faciliten la evaluación y las comparaciones.

Motivado a ellos se ha decidido preparar una guía básica para recolección de información en discapacidades y rehabilitación, tomando como referencia experiencias de algunos países de la región y documentos ya formulados por la división de estadísticas de las naciones unidas y de la OMS.

Esta guía pretende hacer una primera aproximación sobre los diferentes aspectos a ser tomados en cuenta por los niveles programadores y decisivos en relación a servicios de rehabilitación y epidemiología de la discapacidad.

La misma está sujeta a revisiones y modificaciones de acuerdo a la práctica y a los resultados de esta, siendo perfectible, pretendiendo al final el establecimiento futuro de un sistema de información en rehabilitación uniforme a nivel de la región, necesaria para el soporte de los programas de

Rehabilitación y, consecuentemente, la organización y desarrollo de servicios que cubran a la población con discapacidades, dentro de lo que corresponde al sector salud, en coordinación con los otros sectores involucrados en el proceso de Rehabilitación.

De esta manera, se pretende colaborar con las organizaciones de discapacitados en el logro de la información básica, que les facilite de manera global, el conocimiento de la situación de la discapacidad y los servicios de rehabilitación necesarios y adecuados para la atención de las personas con discapacidad, de manera eficiente y eficaz, dentro del marco de la equidad y la igualdad de oportunidades.

La igualdad esta dividida en:

- Base conceptual sobre el proceso de discapacidad y rehabilitación.
- Proceso de recolección de la información sobre discapacidades y rehabilitación.

BASE CONCEPTUAL SOBRE EL PROCESO DE DISCAPACIDAD Y REHABILITACION

Uno de los problemas que se han señalado como gestores de las dificultades para el logro de un criterio uniforme en el estudio epidemiológico de la discapacidad es la cierta confusión que se aprecia en la terminología y en las definiciones utilizadas, de ahí que es importante aclarar ciertos conceptos para poder manejar el mismo lenguaje en relación a la obtención de la información en discapacidad

REHABILITACION

Proceso que intenta prevenir el deterioro progresivo de una persona con deficiencias, discapacidades y/o minusvalías (que puede ser causada por

diferentes enfermedades o factores externos) y lograr su integración personal, educacional, laboral, familiar y social. (7)

REHABILITACION INTEGRAL

Inclusión de la rehabilitación como componente esencial de la atención en salud, que comprende la prevención de las discapacidades, el tratamiento y la rehabilitación de la persona con discapacidades, desarrollada en un sistema de salud, con la finalidad de evitar la duplicidad de servicios, permitir la atención desde la fase aguda, agilizar la estadía de los pacientes hospitalizados, disminuir el impacto de la discapacidad y maximizar el rendimiento de los recursos utilizados, coordinados con los otros sectores que intervienen en el proceso de rehabilitación, para lograr el manejo integral de la persona portadora de discapacidades. (1,7)

ESTRATEGIAS MAYORES DE LA REHABILITACION

Prevención de discapacidades: Uso de las medidas de rehabilitación bajo el enfoque preventivo de discapacidades, con la finalidad de evitar la producción del daño, siendo llevado a cabo por el equipo general de salud.

Rehabilitación Institucional: Uso de las medidas de rehabilitación con utilización de alta tecnología, equipo y personal especializado en instituciones.

Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC): Uso de las medidas de rehabilitación, de tecnología adecuada utilizando los recursos de la comunidad, personal no especializado, enfatizando en el desarrollo de las habilidades para el logro de su integración social, basado en la participación de la comunidad. (4)

SISTEMA DE ATENCION EN REHABILITACION

Por lograr la atención adecuada de las personas discapacitadas, con criterio de equidad y equiparación de oportunidades, y tomando en cuenta las estrategias mayores en rehabilitación para lograr la cobertura del 100% de la población, se debe constituir una red de servicios de complejidad creciente, descentralizados, articulados en base a sistemas de referencia y contrarreferencia y con niveles de supervisión que garanticen la adecuada prestación de servicios a la población objeto de la rehabilitación. La experiencia nos muestra que en la gran mayoría de los países de la región, se han establecido redes de servicios en base a los siguientes niveles.

NIVEL I (COMPONENTE LOCAL)

Desarrollado en las unidades básicas de salud, atendido por personal no especializado (médicos generales, enfermeras, promotores de salud), con la responsabilidad de ejecutar acciones rehabilitadoras mediante el uso de estrategias de prevención de discapacidades y rehabilitación basada en la comunidad, donde la familia, la comunidad y el propio discapacitado participan de manera relevante en la INTEGRACION de la persona portadora de discapacidades a su medio ambiente social, familiar, laboral, etc., en base al desarrollo de habilidades y la eliminación de barreras. Debiendo estar bajo la supervisión del nivel 2.

NIVEL II (Componente intermedio)

Desarrollado en el segundo nivel de atención en salud, con establecimiento de servicio atendido por personal técnico y/o médico especializado en rehabilitación (nivel distrital), que actuando con criterio epidemiológico y funcionamiento dinámico, utiliza tecnología apropiada para el nivel, sirve de nivel de referencia y supervisión especializada al nivel I. 1

NIVEL III (componente provisional o regional)

Desarrollado en establecimientos de tercer nivel de atención en salud, mediante recursos humanos y materiales especializados y de alta tecnología, estructurados en áreas para atender la demanda de los otros niveles. Es el responsable del programa de rehabilitación en su área de influencia (estado, provincia, región).

NIVEL IV (componente nacional)

Corresponde al nivel programador, coordinador nacional, normativo (nivel central), primordial. Quede funcionar dentro del centro o instituto nacional de rehabilitación, o en su defecto en el hospital de máxima complejidad, responsable del desarrollo del programa Nacional de Rehabilitación, coordinado con la presentación central de los otros sectores. Puede servir de nivel de referencia nacional desde el punto de vista asistencial. También con funciones docentes, del más alto nivel en el campo de la rehabilitación médica.

PARTICIPACION COMUNITARIA

La participación comunitaria es en los actuales momentos el punto clave para el logro de la integración de la persona discapacitada a su medio ambiente social, lo cual es más factible en los niveles locales. Dicha comunidad puede estar organizada en comités, cuyos integrantes deben estar capacitados para cumplir las funciones de detección e identificación de las personas con discapacidad, manejo de las mismas en base a tecnología apropiada, (la cual sirve de instrumento para el entrenamiento del familiar y del propio discapacitado), ayuda a la comunidad en la eliminación de barreras culturales, geográficas, económicas, educativas, laborales, etc., que impiden la integración de la persona. Puede además colaborar en la puesta en

marcha de acciones preventivas de la discapacidad a nivel local. Los comités pueden ser integrados por todos los recursos existentes en la comunidad, que pueden pertenecer a salud, educación, recreación y deportes, instituciones privadas, asociaciones de discapacitados, voluntariado, que trabajando organizadamente, persigan solidariamente la incorporación de la persona. Estos comités, paralelamente al sistema establecido en salud, deben tener comunicación entre ellos para apoyo, ayuda mutua y transferencia de experiencias, que fortalezcan su actividad, recomendándose que en los mismos se logre representación de los diferentes sectores oficiales y privados para contribuir a la rehabilitación integral.

CARACTERISTICAS DEL PROCESO DE DISCAPACIDAD

- Proceso dinámico influenciado por múltiples variables que se puede presentar en un sujeto como consecuencia de una enfermedad o factor externo de naturaleza diversa.
- Es un fenómeno de incidencia cada vez mayor.
- De alta vulnerabilidad en la población general.
- Vislumbrado como uno de los principales problemas del futuro.

CAUSAS DE DISCAPACIDAD

1. Enfermedades : Infecciones, parasitarias, tumorales, degenerativas, hereditarias, congénitas.
2. Otras causas: Accidentes, violencias, drogas, iatrogenia, desnutrición, depravación, ambiental y social.

CLASIFICACION INTERNACIONAL DE DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES Y MINUSVALIAS (CIDDM)

Es una familia de la clasificación internacional de enfermedades, elaborada por la Organización Mundial de la Salud, para facilitar la recolección de la información estadística esencial para el desarrollo y evaluación de políticas y programas.

Esta bibliografía esta relacionada a las consecuencias de la enfermedad, injurias o desordenes, y las implicaciones de estos en las vidas de los individuos. Esta categorizada en deficiencia discapacidades y minusvalias.

Originalmente en idioma ingles, traducida y editada al español, por el instituto de asuntos sociales (INSERSO), dependiente del ministerio del trabajo y seguridad social de España, para ensayo en 1983, de acuerdo a la resolución WHA 29.35 de la XXIX asamblea mundial de la salud, celebrada en mayo de 1987. (5,6)

Este instrumento ha sufrido varias revisiones, dado su uso experimental y, por dos publicaciones, siendo la ultima en 1993, la mejor definida.

En la región de las Américas el CIDDM ha sido ampliamente promocionado entre la gente que elabora en rehabilitación y para el desarrollo de políticas y programas.

Daño, Injuria o Enfermedad

Corresponde al diagnóstico clínico y a la etiología del proceso.

Ejemplos:

- Lesión de la arteria cerebral media izquierda por accidente cerebrovascular trombotico por arteriosclerosis.
- Gangrena gaseosa por diabetes mellitus en el miembro inferior izquierdo.

DEFICIENCIA

Corresponde a la consecuencia inmediata del daño, " es toda perdida o anomalía de una estructura o función psicológica o anatómica".

Ejemplos:

- Hemiplejía derecha (deficiencia musculoesquelética), afasia mixta (deficiencia del lenguaje), etc.
- Amputación del miembro inferior izquierdo por debajo de rodilla (deficiencia musculoesquelética). (7,12)

DISCAPACIDAD

Es la consecuencia funcional de una deficiencia a nivel de persona, que le dificulta la realización de actividades propias a cualquier sujeto normal en sus mismas condiciones. "Es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma y dentro del margen que se considera normal para un ser humano". Ejemplo:

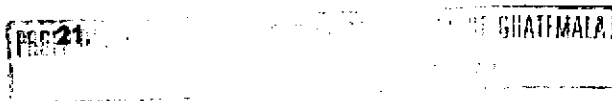
- Discapacidad de la locomoción, de la comunicación, del cuidado personal, etc.
- Discapacidad de la locomoción. (7,12)

MINUSVALIA

Por algunos llamados desventaja, es la consecuencia social, laboral, familiar, etc. que coloca a una persona portadora de una deficiencia y/o discapacidad en desventaja en relación a las otras persona de sus mismas características. (7,12)

"Es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso" (en función de edad, sexo y factores sociales y culturales).

Los dos ejemplos anteriores podrían estar sujetos a las mismas minusvalias, como pudieran ser la de integración social, ocupacional, autosuficiencia económica, etc.



B. NUEVO CLASIFICADOR

NUEVO CLASIFICADOR INTERNACIONAL DE DEFICIENCIAS, ACTIVIDAD (DISCAPACIDAD) Y PARTICIPACION SOCIAL

DEFICIENCIA:

Pérdida o anomalía de una estructura o de una función del cuerpo que debe ser observable y medible por medidas evaluadoras externas.

CAPITULO I	Función Mental (000-199) Específicas, integrales (Lenguaje)
CAPITULO II	Voz, habla, audición (Vestibular).
CAPITULO III	Visión
CAPITULO IV	Función Cardiovascular y Respiratoria
CAPITULO V	Función digestiva, nutricional y metabólica.
CAPITULO VI	Función endócrina e inmunológica y relacionadas.
CAPITULO VII	Función Urogenital, reproductora y sexual.
CAPITULO VIII	Función del Aparato Neuromusculoesquelético y del Sistema Locomotor.
CAPITULO IX	Piel, sensibilidad cutánea y órganos relacionados.

DISCAPACIDAD:

Se refiere a la posibilidad para una persona de realizar una actividad. Las actividades a realizar pueden variar de simples a compleja.

Implica una valoración de la funcionalidad de la persona en forma objetiva o los aspectos negativos de su funcionalidad como individuo.

CAPITULO I	Ver, escuchar, reconocer.
CAPITULO II	Actividad de Comunicación
CAPITULO III	Aprendizaje y Conocimiento

CAPITULO IV	Locomoción
CAPITULO V	Cuidado personal
CAPITULO VI	Actividades de la vida doméstica diarias.
CAPITULO VII	Relaciones Interpersonales.
CAPITULO VIII	Uso de ortesis y prótesis.
CAPITULO IX	Adaptación al medio.

PARTICIPACION SOCIAL:

Se refiere a la interacción de la persona como individuo y su medio ambiente y a la conquista de la interacción del individuo con la sociedad por tanto están involucrados un conjunto de factores que influyen en el individuo a través de las reglas sociales y contexto ambiental.

CAPITULO I	Cuidar de si mismo.
CAPITULO II	Moverse en el entorno doméstico
CAPITULO III	Moverse en el entorno no doméstico
CAPITULO IV	Comunicación
CAPITULO V	Relaciones sociales e interpersonales.
CAPITULO VI	Educación, trabajo, uso del tiempo libre.
CAPITULO VII	Actividad económica.
CAPITULO VIII	Vida activa, vida comunitaria.

FACTORES DE CONTEXTO AMBIENTAL:

Se considera la trascendencia del impacto en la participación social de la persona con deficiencia o discapacidad al interactuar con la sociedad. Las dimensiones consideradas son la social, la cultural y la ambiental que conforman el contexto de la participación del individuo como ser social. Estos factores pueden actuar en forma

positiva como facilitadores de la integración social o en forma negativa como barreras impuestas al individuo que tienen una discapacidad o una deficiencia.

- FISICOS
- INMEDIATOS: Familiares, demográficos, comunitarios, educativos.
- Barreras Arquitectónicas, acceso a parques y reservas forestales, baldíos, ejidos.
- Afiliación a partidos y sistemas políticos o de Gobierno, actividad económica, Sistemas de Seguridad, Sistemas Financieros, Sistemas Militares e Integración a Sistema Jurídico.

CLASIFICACIÓN DE DEFICIENCIAS POR ALTERACIÓN DE LA ESTRUCTURA

Capítulo I	Cerebro
	Lóbulos Corticales
	Sistema Límbico
	Ganglios Basales y estructuras relacionadas
	Cerebro medio
	Tallo Cerebral
	Pares craneales
	Meninges
	Medula espinal
	Raíces nerviosas
	Sistema Simpático
	Sistema Parasimpático
	Otros.
Capítulo II	Estructuras involucradas en la voz y el habla y Audición
	Huesos de la cara
	Dientes y Paladar
	Lengua

	Labios
	Laringe
	Audición y sistema vestibular
	Oído medio, Oído externo, Oído interno.
Capítulo III	Ojo y estructuras relacionadas
	Cavidad ocular
	Glóbulo ocular
	Estructuras que rodean al ojo
Capítulo IV	Estructuras del Sistema Circulatorio
	Sistema Circulatorio
	Sistema Respiratorio
	Otros especificados
	No especificados
Capítulo V	Estructuras del Sistema Digestivo y Metabolismo
	Glándulas Salivales
	Esófago
	Estómago
	Intestino
	Páncreas
	Hígado
	Vesícula Biliar
	Conductos Biliares
	Otros específicos
Capítulo VI	Estructuras relacionadas con Sist. Endocrino e Inmunológico.
	Sistema Inmunológico
	Glándulas Endócrinas

Capítulo VII	Estructuras relacionadas al Sistema urinario Sistema Urinario Piso Pélvico Sistema reproductor
Capítulo VIII	Estructuras relacionadas con el movimiento Cabeza y cuello Hombros Brazos Antebrazos Mano Región pélvica Muslo, pierna Tobillo y pie Tronco Generalizados
Capítulo IX	Piel y estructuras relacionadas piel uñas cabello Glándulas sudoríficas Glándulas sebáceas Otras especificadas

Se considera:

AUSENCIA:	
TOTAL:	1
PARCIAL:	2
COMPENSADA:	3
ALTERACIONES PSICOSOMATICAS:	4
PERDIDA ALINEAMIENTO:	5
DOLOR:	6

C. MARCO LEGAL

La ejecución de los programas de Rehabilitación corresponden en su fase operativa al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en base a:

Tratados Internacionales:

"Toda persona tiene derecho a un nivel adecuado de su salud, bienestar de sí mismo y su familia. lo que incluye vestimenta, vivienda, servicios médicos, sociales, empleo, discapacidad, vejez y viudez". (Art. 25 Declaración de los Derechos Humanos).

El discapacitado tiene los mismo derechos civiles y políticos que los demás seres humanos. (Declaración de los Derechos de los Impedidos).

El retrasado mental debe gozar hasta el máximo grado de viabilidad de los mismos derechos que los demás seres humanos. (Declaración de los Derechos Humanos del Retrasado Mental).

Leyes Nacionales:

Artículo 53 de la Carta Política de la República de Guatemala
Acuerdo Gubernativo No. 379-94 creación del departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Nacional de Cobán Alta Verapaz.

Decreto Ley 135-96 creación de la Comisión Nacional de Atención a las personas con Discapacidad. Congreso de la república de Guatemala.

Decreto ley 12-87 del congreso de la república creado el 26-3-87 con fin de crear un fondo especial de rehabilitación e indemnización para personal del ejército de Guatemala.

Creación del Pelotón de Veteranos de Combate (PEVECON), adscrito al Servicio de Sanidad Militar en 1990.

Creación del Centro Médico Militar para la atención y rehabilitación del personal del ejército de Guatemala.

V. MARCO METODOLOGICO

A. METODOLOGIA

1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo Retrospectivo.

2. SUJETO DE ESTUDIO

Personal del Tropa del Ejército de Guatemala, con alguna discapacidad o deficiencia registrado en el Centro de Atención al Discapacitado del Ejército de Guatemala, CADEG, en los últimos 5 años.

3. POBLACION Y MUESTRA

200 casos atendidos en el Centro de Atención al Discapacitado del Ejército de Guatemala, CADEG, registrados en los últimos 5 años.

4. DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO

El CADEG es un centro que surgió como producto de un convenio establecido entre el ministerio de la Defensa Nacional y el grupo de discapacitados del Ejército de Guatemala, ADEGUA. En Octubre de 1,997. Con la misión de brindar servicios de rehabilitación integral para personas con discapacidad del Ejército de Guatemala, facilitándole la participación activa en su proceso de reincorporación a la sociedad.

5. VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDIDA	Inst. de MEDICION
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona	Tiempo de vida del paciente, al identificar la discapacidad.	Cuantitativo	Tomado del expediente clínico.
SEXO	Diferencias anatómicas y fisiológicas que diferencian los géneros de la especie.	Sexo del paciente anotado en el expediente médico.	Nominal	Tomado del expediente clínico
DEFICIENCIA	Pérdida o incapacidad de una estructura o función psicológica y anatómica.	Consecuencia inmediata del daño	Nominal	Tomado del expediente clínico
DISCAPACIDAD	Es toda restricción o ausencia debido a una deficiencia	Dificultad para realizar actividades propias de cualquier sujeto normal	Nominal	Tomado del Expediente Clínico.
AREA DE CHOQUE	Area geográfica de combate	Lugar en el cual estuvo destacado	Nominal	tomado del Expediente Clínico
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL	Lugar geográfico donde vive actualmente	Ubicación actual de excombatiente	Nominal	Tomado del Expediente Clínico

B. RECURSOS

1. FISICOS

- 1.1. Instalaciones del Centro de Atención al Discapacitado del Ejército de Guatemala, CADEG.
- 1.2. Registros clínicos de pacientes con alguna deficiencia o discapacidad en los últimos cinco años del conflicto armado interno (1992-1996).
- 1.3. Boleta de recolección de datos.
- 1.4. Equipo de oficina.
- 1.5. Instalaciones de la biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, biblioteca OPS, biblioteca general Hospital Roosevelt.
- 1.6. Libros y artículos de revistas consultados para la elaboración de la revisión bibliográfica.

2. HUMANOS

- 2.1 Personal encargado de los archivos y registros del Centro de Atención al Discapacitado del Ejército de Guatemala, CADEG.
- 2.2 Personal médico de consulta externa del Centro de Atención al Discapacitado del Ejército, CADEG.

VI. ASPECTOS ETICOS DEL ESTUDIO

El soldado lisiado Guatemalteco es en su gran mayoría de extracción campesina, de familias pobres, con vocación eminentemente agrícola y pastoril, dedicadas a la explotación de la tierra ya sea en calidad de colono o arrendatario.

En el presente estudio el paciente esta protegido de cualquier daño físico o Psicológico y su integración al centro de atención al discapacitado del ejército de Guatemala(CADEG) fue totalmente voluntario, considerando que este estudio no presenta ningún riesgo para la población investigada.

VII. TRATAMIENTO ESTADISTICO DE LA INFORMACION

Para la tabulación de los datos del presente estudio se hizo uso de la estadística descriptiva a través de cuadros en los cuales se manejaron totales y porcentajes, debido a la naturaleza y tipo de investigación la cual es descriptiva-retrospectiva, no se tuvo la necesidad de usar formula estadística, o algún método complementario.

VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS

DISCAPACIDAD DIAGNOSTICADA EN EL CENTRO DE ATENCION AL DISCAPACITADO DEL EJERCITO DE GUATEMALA (cadeg) SEGÚN EDAD Y SEXO DE OCTUBRE DE 97 A JULIO DEL 98 CORRESPONDIENTE A LOS ULTIMOS CINCO AÑOS DEL CONFLICTO ARMADO (1992-1996)

Edad y Sexo	18-22		23-27		28-32		33-37		38-42		TOTAL	%
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
Discapacidad								5		5	31	9.04
Ver, Reconocer	2		10		9						11	3.19
Escuchar			6		2		3				33	9.59
Comunicación	1		10		12		7		3		96	27.9
Locomoción	5		36		34		17		4		73	21.22
Movimiento del cuerpo	6		17		25	1	22		2		13	3.77
Cuidado Personal			3		1		7		2			
Adaptación al Medio Ambiente			1								1	0.29
Dependencia de Ortesis y Prótesis	3		28		30		20		5		86	25
Total	17		111		113	1	81		21		344	
Porcentaje	4.94		32.3		32.6	0.29	23.6		6.1			100%

Fuente: Archivo Clínico CADEG

DEFICIENCIA DIAGNOSTICADA EN EL CENTRO DE ATENCION AL DISCAPACITADO DEL EJERCITO DE GUATEMALA (cadeg) SEGÚN EDAD Y SEXO DE OCTUBRE DEL 97 A JULIO DEL 98 CORRESPONDIENTE A LOS ULTIMOS CINCO AÑOS DEL CONFLICTO ARMADO (1992-1996)

Edad y Sexo	18-22		23-27		28-32		33-37		38-42		TOTAL	%
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
Deficiencia							2		2		6	2.2
Función Mental, Intelectual			2								8	2.9
Voz, Habla y Audición			5		3						31	11.39
Visión	2		8		10		8		3			
Cardiovasculares y Respiratorias			1								1	0.36
Digestivas, Nutricionales Metabólicas	1		1		2		2		1		7	2.57
Endócrinas, Inmunológicas							1		1		2	0.73
Genito-Urinas	1		4				2				7	2.57
Neuromusculoesqueléticas y Sistema Locomotor	11		50		57	1	42		5		166	61.02
Piel, Sensibilidad cutánea, Faneras	4		13		15		12				44	16.26
Total	19		84		87	1	69		12		272	
Porcentaje	6.98		30.9		31.9	0.36	25.4		4.47			100%

Fuente: Archivo Clínico CADEG

DIAGNOSTICO DE LAS LESIONES REALIZADO EN EL CENTRO DE ATENCION AL DISCAPACITADO DEL EJERCITO (cadeg) DE OCTUBRE'97 A JULIO'98 CORRESPONDIENTE A LOS ULTIMOS CINCO AÑOS DEL CONFLICTO ARMADO (1992-1996)

<i>Diagnostico</i>	<i>No. de casos</i>	<i>%</i>
Lesiones musculoesqueléticas	81	40.15
Deformidades Oseas	25	12.35
Parecias	23	11.35
Ceguera Unilateral	16	7.9
Paraplejia	12	5.9
Amputación por Arriba de la Rodilla	9	4.45
Amputación por Abajo de la Rodilla	8	3.9
Amputación por Abajo del Codo	7	3.5
Sordera Unilateral	5	2.44
Ceguera Total	5	2.44
Hemiplejias	5	2.44
Enfermedades Metabólicas y Cardiacas	2	0.9
Sordera Total	2	0.9
Amputación por Arriba del Codo	1	0.49
Amputación Bilateral de Miembros Superiores	1	0.49
Amputación Bilateral de Miembros Inferiores	1	0.49
Totales	202	100%

Fuente: Archivo Clínico (cadeg)

CLASIFICACION DE LA CAUSA DIRECTA DE LA LESION EN EL ENFRENTAMIENTO ARMADO EN LOS PACIENTES REGISTRADOS EN EL CENTRO DE ATENCION AL DISCAPACITADO DEL EJERCITO (cadeg) DE: OCTUBRE'97 A JULIO'98 CORRESPONDIENTE A LOS ULTIMOS CINCO AÑOS ARMADOS (1992-1996)

CAUSA	No.	Porcentaje
ESQUIRLAS DE ARTEFACTOS EXPLOSIVOS	66	35.7%
PROYECTIL ARMA DE FUEGO	95	51.35%
VEHICULO EN MARCHA	17	9.18%
OBJ. CORTO CONTUNDENTES	7	3.8%
TOTAL	185	100.0%

Fuente: Archivo Clínico (cadeg)

CLASIFICACION DE LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZABA EN EL MOMENTO DE LA LESION EN LOS PACIENTES REGISTRADOS EN EL CENTRO DE ATENCION AL DISCAPACITADO DEL EJERCITO (cadeg) DE: OCTUBRE'97 A JULIO'98 CORRESPONDIENTE A LOS ULTIMOS CINCO AÑOS DEL CONFLICTO ARMADO (1992-1996)

ACTIVIDAD	No.	Porcentaje
Combate	29	15.67%
Emboscada	85	45.96%
Patrullando	68	36.75%
Destacamento	3	1.62%
Total	185	100%

Fuente: Archivo Clínico (cadeg)

CLASIFICACION DE LA CAUSA INDIRECTA DENTRO DEL COMANDO MILITAR EN QUE SUFRIERON LESIONES LOS PACIENTES REGISTRADOS EN EL CENTRO DE ATENCION AL DISCAPACITADO DEL EJERCITO (cadeg) DE OCTUBRE '97 A JULIO '98 CORRESPONDIENTE A LOS ULTIMOS CINCO AÑOS DEL CONFLICTO ARMADO (1992-1998)

CAUSA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
ACCIDENTE POR OTRO COMPANERO	5	33.33%
ESQUIRLAS ARTEFACTO EXPLOSIVO	1	6.66%
PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO	2	13.34%
VEHICULO EN MARCHA	5	33.33%
ENFERMEDADES METABOLICAS	2	13.34%
TOTALES	15	100%

Fuente: Archivo Clínico (cadeg)

**DISTRIBUCION DE LAS OCUPACIONES
ANTES DE LA LESION EN LOS PACIENTES
REGISTRADOS EN EL CENTRO DE
ATENCION AL DISCAPACITADO DEL
EJERCITO (cadeg) DE OCTUBRE'97 A
JULIO'98 CORRESPONDIENTE A LOS
ULTIMOS CINCO AÑOS DEL CONFLICTO
ARMADO (1992-1996)**

Actividad	No.	Porcentaje
Agricultura	167	83.5%
Estudiante	11	5.5%
Comerciante	8	4.0%
Peón	5	2.5%
Chofer	5	2.5%
Otros	4	2.0%
Total	200	100%

Fuente: Archivo Clínico (cadeg)

**DISTRIBUCION DE LAS OCUPACIONES
DESPUES DE LA LESION EN LOS PACIENTES
REGISTRADOS EN EL CENTRO DE
ATENCION AL DISCAPACITADO DEL
EJERCITO (cadeg) DE OCTUBRE'97 A
JULIO'98 CORRESPONDIENTE A LOS
ULTIMOS CINCO AÑOS DEL CONFLICTO
ARMADO (1992-1996)**

Actividad	No.	Porcentaje
Agricultura	73	36.5%
Nada	59	29.5%
Comerciante	30	15.0%
Zapateria	11	5.5%
Sastreña	8	4.0%
Seguridad	5	2.5%
Otros	14	7.0%
Total	200	100.0%

Fuente: Archivo Clínico (cadeg)

DISTRIBUCION DE ACUERDO AL DEPARTAMENTO DEL
 INCIDENTE DONDE ADQUIRIERON LA LESION LOS
 PACIENTES REGISTRADOS EN EL CENTRO DE ATENCION
 AL DISCAPACITADO DEL EJERCITO (cadeg) DE OCTUBRE
 DEL 97 A JULIO DEL 98) CORRESPONDIENTE A LOS
 ULTIMOS CINCO AÑOS DEL CONFLICTO ARMADO
 (1992-1996)

<i>Lugar del Incidente</i> <i>Departamento.</i>	<i>No.</i>	<i>Porcentaje</i>
Quiché	45	22.50%
Jutiapa	22	11.00%
Chimaltenango	22	11.00%
San Marcos	19	9.50%
QUETZALTENANGO	11	5.50%
Guatemala	10	5.00%
Huehuetenango	10	5.00%
Escuintla	10	5.00%
Zacapa	9	4.50%
Petén	9	4.50%
Alta verapaz	7	3.50%
Suchitepequez	6	3.00%
Santa Rosa	6	3.00%
Solola	6	3.00%
Jalapa	4	2.00%
Chiquimula	3	1.50%
Retalhuleu	1	0.50%
Baja Verapaz	0	0.00%
Izabal	0	0.00%
El Progreso	0	0.00%
Totonicapán	0	0.00%
Sacatepequez	0	0.00%
Total	200	100.00%

Fuente: Archivo Clínico (Cadeg)

DISTRIBUCION DE ACUERDO AL DEPARTAMENTO DE
RESIDENCIA ACTUAL DE LOS PACIENTES REGISTRADOS
EN EL CENTRO DE ATENCION AL DISCAPACITADO DEL
EJERCITO (cadeg) DE OCTUBRE'97 A JULIO'98
CORRESPONDIENTE A LOS ULTIMOS CINCO AÑOS DE
CONFLICTO ARMADO (1992-1996)

<i>Lugar de la residencia Actual. Depto.</i>	<i>No.</i>	<i>Porcentaje</i>
Jutiapa	35	17.5
Guatemala	30	15
Quiché	18	9
Baja Verapaz	14	7
Jalapa	13	6
Huehuetenango	11	5.5
Santa Rosa	10	5.5
San Marcos	10	5.5
Retalhuleu	9	4.5
Chimaltenango	9	4.5
Alta Verapaz	7	3
Izabal	5	2.5
Escuintla	5	2.5
Quetzaltenango	4	2
Chiquimula	4	2
Sacatepequez	4	2
Petén	3	1.5
Suchitepequez	3	1.5
Zacapa	2	1
El Progreso	2	1
Solola	2	1
Toloncapán	0	0
Total	200	100%

Fuente: Archivo Clínico (cadeg)

**DISTRIBUCION DE INCIDENTES DE ACUERDO AL AÑO
EN QUE SUCEDIERON EN LOS PACIENTES
REGISTRADOS EN EL CENTRO DE ATENCION AL
DISCAPACITADO DEL EJERCITO (cadeg) DE
OCTUBRE '97 A JULIO '98 CORRESPONDIENTE A LOS
ULTIMOS CINCO AÑOS DEL CONFLICTO ARMADO
(1992-1996)**

No. DE INCIDENTES	Año	Pocentaje
92	92	48.0%
40	93	20.0%
35	94	17.5%
23	95	11.5%
10	96	5.0%
200		100.0%

Fuente: Archivo Clínico (cadeg)

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Actualmente en Guatemala la población discapacitada, tiene pocas oportunidades de rehabilitarse para reintegrarse a la sociedad económicamente activa, es importante resaltar que en los 200 pacientes estudiados las deficiencias del sistema locomotor ocuparon un alto porcentaje (62%), dándonos un producto de discapacidad para la locomoción de un 28%, por lo cual estos pacientes en un 25% tienen dependencia de ortesis y/o prótesis, estos pacientes concurren al centro de atención al discapacitado del ejército (CADEG), desde departamentos muy lejanos como Quiché, Baja Verapaz y Huehuetenango, para dar mantenimiento a sus aparatos o solicitar algún medicamento lo cual les representa gastos muy altos de transporte y alimentación, siendo estos de condición económicamente baja.

La causa directa que más provoco lesiones fueron los proyectiles de arma de fuego (51%) y esquirlas de artefacto explosivo (36%). Estos pacientes fueron los más afectados ya que sufrieron en su mayoría amputaciones en miembros inferiores y superiores (16%) y un 81% sufrió alguna deformidad ósea que produjo acortamiento ,otros efectos fueron pérdidas oculares y auditivas y disfunciones neurológicas.

Se encontró que un 29.5% de la población investigada actualmente no se dedica a ninguna actividad lo que representa un resultado negativo para la economía del hogar del discapacitado, ya que no tuvieron un proceso integral de rehabilitación en el cual se les capacitara debido a lugar de residencia o falta de interés.

Se comprobó que la mayoría de discapacitados investigados (83.5%) Se dedicaron antes a la agricultura; pero después de su lesión aprendieron Zapatería (5%), Sastrería (4%), lo que da la pauta de pensar que un programa especial para discapacitados de guerra podría llenar vacíos que en nuestro país es prescindible llenarlos.

Durante el enfrentamiento armado interno hay poblaciones que fueron afectadas más que otras y por ende, población civil y de la insurgencia que también fue afectada, por ejemplo Quiché, Chimaltenango, Jutiapa, Huehuetenango, áreas en las cuales aún hay mucha carencia de recursos encaminados a la rehabilitación.

Durante los cinco años en los cuales se realizó esta investigación, 1992 y 1993 fueron los que presentaron un alto porcentaje de discapacidad y la población indígena de sexo masculino que osciló entre 20 y 30 años fue la más afectada. Hallándose una sola paciente femenina durante esta investigación, sin embargo considero que a nivel familiar la mujer se ve muy afectada al no tener apoyo económico del cónyuge y en muchas ocasiones provoca abandono de hogar (17).

X. CONCLUSIONES

1. Las lesiones musculoesqueléticas con deformidades óseas en los miembros inferiores predominaron como el factor discapacitante más común en los 200 casos registrados.
2. Las deficiencias neurológicas como la paraplejía y las parencias fueron las que más afectaron al personal de tropa en los 200 casos registrados.
3. Las deficiencias en ojos y oídos(14%) fueron un factor predominante e importante de discapacidad en este estudio.
4. La raza indígena y el sexo masculino con edades entre 20 Y 30 años fueron los más afectados en este estudio.
5. Un alto porcentaje de pacientes no se pudieron dedicar a alguna actividad y/o ocupación luego de sufrir la lesión en combate.
6. Actualmente no se brinda la oportunidad de rehabilitación integral Para el discapacitado del conflicto armado en el interior de la república.
7. El total de los pacientes del estudio fueron atendidos en su fase aguda post-traumática en el Centro Médico Militar, teniendo por lo menos un año de seguimiento de su lesión.

XI. RECOMENDACIONES

1. Crear programas de rehabilitación Integral específicos
Para pacientes que participaron de forma directa o indirecta
En el conflicto armado interno guatemalteco.
2. Fundar centros de rehabilitación en el interior de la república
en las áreas que más sufrieron por el conflicto armado interno
guatemalteco para facilitar el acceso de los discapacitados
a su recuperación e integración a la sociedad económicamente
activa.
3. Seria importante continuar el análisis la situación de los discapacitados
a nivel nacional tanto del ejercito de Guatemala como de la URNG
Y la población civil.
4. Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)
cree programas de rehabilitación para los discapacitados en guerra de
la población civil en todo el país. Que permita responder a la demanda
de discapacidad creada por el conflicto armado interno.
5. Capacitar a los integrantes de los centros de salud a nivel local
en la rehabilitación basada en la comunidad (RBC) para obtener
datos más precisos a nivel nacional.

XII. RESUMEN

El presente estudio es de tipo retrospectivo, descriptivo efectuado en el periodo de octubre de 1997 a julio de 1998, correspondiente a los últimos cinco años del conflicto armado interno (1992 a 1996), y para efectos subsiguientes se plantearon estos objetivos:

- Establecer cuales son las deficiencias más frecuentes en el personal del ejército de Guatemala en los últimos cinco años del conflicto armado interno (1992 a 1996).
- Conocer cuales son las discapacidades más frecuentes en el personal del ejército de Guatemala en los últimos cinco años del conflicto armado interno (1992 a 1996).

Para los objetivos anteriores se tomó a los pacientes registrados en el Centro de Atención al Discapacitado del Ejército (CADEG). En el periodo de octubre de 1997 a julio de 1998, que correspondieran a los últimos cinco años del conflicto armado interno.

Se estableció en el estudio que de los 200 pacientes que formaron el 100%, 166 (62%) presentaron deficiencias neuromusculoesqueléticas y del sistema locomotor lo que produjo una discapacidad de locomoción a 96 pacientes (28%).

Fue importante establecer que 39 pacientes (14%), sufrieron deficiencia en audición y visión.

Todos los pacientes recibieron asistencia hospitalaria en su fase aguda post-traumática y se les dio seguimiento por más de un año, esto en el centro médico Militar. Con estos resultados podemos analizar que muchos integrantes de la población civil que quedó discapacitada en el conflicto armado interno y que vive en el interior de la república no tiene la oportunidad de una rehabilitación integral, por lo que recomiendo la creación de programas especiales de rehabilitación para pacientes discapacitados en el conflicto armado interno y la descentralización de estos servicios por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), así como también por parte del ejército de Guatemala.

XII. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. OPS / OMS. Aproximaciones para el establecimiento de sistemas de vigilancia Epidemiológica de la Discapacidad. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Programa de Prevención de Discapacidades y Rehabilitación. Washington D.C., 1997. pp 3-10, 55, 59.
2. Murray CJL. Quantifying the burden of disease: The Technical Basis for disability-Adjusted life years. Bull Whoi 1994 vol 72. pp 429-445.
3. Robine JM, Colwez A. Esperance de vie sans incapacite en France en 1981. Population 1986, vol 41. pp 1025-1042.
4. WHO. Draft. Guidelliner for evaluating communitie-based Rehabilitation Programmes. Genova 1995 vol 2/95.
5. WHO. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Genova 1980.
6. United Nations. Rehabilitation for the Disabled. New York 1990.
7. Krusen, F.H. D.D. y cd. Conceptos de Medicina Fisica y Rehabilitación. Editorial Saunders, Philadelphia. 4ta. Edición 1996. pp 40-46, 52-58.
8. Quiroz, F. Et. Al. Tratado de Anatomía Humana. Editorial Porrúa, México D. F. Tomo I, 1983. pp 293-347.

9. Brancha L. G. Comorbidity of Chronic Conditions and Disability among older persons. United States, Editorial JAMA 1990. pp 209-210
10. World Bank. World Development Report 1993. Investing in Health. Oxford University Press 1993. Pp 12-27.
11. Aston. J.N. MD. Ortopedia y Traumatología. Barcelona, Editorial Salvat. Tercera Edición 1980. pp 874-967 tomo I.
12. Serrano, C. y Juarez. Manual de Traumatología Musculo-Esquelética. Principios Básicos. Editorial Publicesco, Guatemala. Tomo Unico 1986. pp 40-43.
13. FONAPAZ. Síntesis acuerdos de Paz hasta el 19 de septiembre de 1996 Ciudad Guatemala 1996. Pp1-24.
14. Murray CJL. López AD. The Global Burden of Disease in 1990 Summary Results, Sensitivity analysis and Future Directions Bull Who 1994 No. 72. pp 495-509.
15. Beddington AC. The expectation fo Life Without Disability in England and Wales. Popul Trends 1991 No. 66. pp 26-29.
16. Crimmins El Saito y Ingegnery D. Changes in Life expectancy and disability-free expecting in the United States. Popul Dev Rev.
17. POS. Rehabilitación basada en la comunidad. Oficina sanitaria panamericana, 1997. Pp 18 -24.

XIV. ANEXOS

**CENTRO DE ATENCION AL DISCAPACITADO
DEL EJERCITO DE GUATEMALA**

CADEG

32 CALLE 27-00 ZONA 5
HISTORIA CLINICA DE REHABILITACION

Historia Clinica No _____

Fecha de ingreso _____

Apellidos: _____

Nombres: _____

Edad: Sexo (m) (f) Fecha de Nacimiento: Dia Mes Año

Lugar de Nacimiento: _____

Dirección Actual: _____

Ciudad: _____ Ocupación Actual: _____

Ocupación Anterior: _____

Persona quien lo refiere: Medico () Agente Salud Comunal () Terapeuta ()
Enfermera () Otro Profesional de Salud () Otra Persona ()

RELACION CAUSAL

Causa Directa en Enfrentamiento Armada	Causa Indirecta Dentro del Comando Militar
Combate <input type="checkbox"/>	Accidente por otro compañero <input type="checkbox"/>
Emboscada <input type="checkbox"/>	Esquirlas de Bomba <input type="checkbox"/>
Patrullando <input type="checkbox"/>	Proyectil de Arma de Fuego <input type="checkbox"/>
Esquirlas de Artefacto explosivo <input type="checkbox"/>	Esquirlas de Mina <input type="checkbox"/>
Proyectil de Arma de Fuego <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Vehiculos en Marcha <input type="checkbox"/>	Especifique _____ _____ _____
Otros objetos corto-Contundentes <input type="checkbox"/>	Fecha: _____
Otros objetos punzo-Cortantes <input type="checkbox"/>	
Fecha: _____	

Lugar de Alta: _____ departamento

Destacamento

ATENCION PREVIA EN REHABILITACION

1. Diagnostico Estructural o Funcional Anterior Registrado (Los dos mas significantes).

Fuente: Hoja sumario, Archivo Clínico. Hospital Militar y/o Centro Médico Militar.

2. Diagnostico Estructural o Funcional Establecido en el CADEG.

Fuente: (Archivo Clínico)

3. Tiempo promedio que estuvo hospitalizado
- | | |
|-------|----------------------|
| Meses | <input type="text"/> |
| Años | <input type="text"/> |

4. Referido al Departamento de Rehabilitación y otro departamento.
Especifique: Tiempo promedio de seguimiento.

Departamento:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

- a) Traumatología
- b) Fisiatría
- c) Otorrino
- d) Oftalmología
- e) Otro

Tiempo:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

- a) 1-6 meses
- b) 6 meses a 1 año
- c) mas de 1 año

Fecha

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

**CLASIFICADOR INTERNACIONAL
OPS/OMS**

DEFICIENCIAS QUE PRESENTAN POR ALTERACION DE LA FUNCION

1.	Funcion Mental Intelectual.....	<input type="text"/>
2.	Voz, habla y audición.....	<input type="text"/>
3.	Visión.....	<input type="text"/>
4.	Cardio-Vasculares y respiratoria.....	<input type="text"/>
5.	Digestivas, Nutricionales, Metabólicas.....	<input type="text"/>
6.	Endocrinas, Inmunológicas.....	<input type="text"/>
7.	Genito-Urinaris.....	<input type="text"/>
8.	Neuro-Musculo-Esqueléticas y Sistema Locomotor.....	<input type="text"/>
9.	Piel, Sensibilidad Cutánea, Fancras.....	<input type="text"/>

Se considera:

Ausencia	
Total	1
Parcial	2
Compensada	3
Alteraciones psicofunciones	4
Pérdida de alineamiento postural	5
Dolor	6

**CLASIFICADOR INTERNACIONAL
OPS / OMS
DISCAPACIDAD QUE PRESENTAN
COMO PRODUCTO DE UNA DEFICIENCIA**

- | | | | |
|-----|--|---|---|
| 1. | Ver, Reconocer: | a) Orientación B) Ambiente c) Reconocimiento..... | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | 1.1. Escuchar: | a) Sonidos Audibles en sus diferentes tonos..... | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 2. | Comunicación: | a) Hablar B) Escuchar c) Ver d) Escribir..... | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 3. | Conocimiento,
Aprendizaje: | a) conciencia del Yo B) Tiempo c) Espacio
d) Inteligencia e) pensamiento f) Juicio Raciocinio
g) Concentración h) Memoria | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 4. | Locomoción | a) Posturas b) Destreza c) Biomecánica del Cuerpo
d) Brazos e) Piernas f) Manos
g) Destrezas de las manos h) Equilibrio
i) Coordinación j) Caminar k) Subir l) Bajar
m) Correr n) Transportarse ñ) Desplazarse..... | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 5. | Cuidado Personal: | a) Higiene b) Limpieza..... | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 6. | Actividades Vida
Doméstica: | a) Alimentación b) Vestirse c) Limpieza..... | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 7. | Relaciones
Interpersonales: | a) Platicador b) Colaborador c) Rol Familiar
d) Expresivo e) Trabajador..... | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 8. | Adaptación al Medio
Ambiente: | a) Función Emotiva b) Conducta Percepción
c) Atención d) Desfiguración e) Personalidad..... | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 9. | Dependencia de: | a) Ortesis b) Prótesis..... | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 10. | Dependencia de Trasplante de Organos y/o Procedimientos.
Especifique: | | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
