



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

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

**ESTUDIO DE 584 CASOS DE INVALIDEZ EN EL CENTRO
DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL
DE IRAPUATO**

**TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA QUE PRESENTA EL DOCTOR
ADOLFO MALDONADO ARBOLEYA PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA DE REHABILITACION**

- 1975 -



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

RECONOCIMIENTOS:

Quiero agradecer la muy importante Dirección que la Dra. Edna Berumen Amor me brindó para la realización del presente trabajo; así como las colaboraciones de los doctores Luis Montes de Oca Domínguez Subdirector Técnico, Alicia Castañeda I., Luis Rosales Pérez y Roberto Barrientos, quienes aportaron datos y recomendaciones muy valiosas; también expreso mi reconocimiento a las autoridades del Estado de Guanajuato por las facilidades y apoyo que me brindaron y sin cuyo impulso no hubiera sido posible su realización.

S U M A R I O

INTRODUCCION

- I.- GENERALIDADES SOBRE INVALIDEZ Y REHABILITACION.
- II.- ANTECEDENTES Y ESTRUCTURACION DEL CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL (C.R.E.E.)
- III.- INVALIDEZ EN EL ESTADO DE GUANAJUATO.
 - El Programa de Rehabilitación del Instituto de Protección a la Infancia de Guanajuato (I.P.I.G.)
- IV.- ESTUDIO DE 584 CASOS DE INVALIDEZ EN EL CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL DE IRAPUATO.
 - Material.
 - Método.
 - Resultados.
 - Conclusiones.
 - Recomendaciones.
- V.- BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

En base a los estudios obtenidos para adquirir la especialidad de Medicina de Rehabilitación lo que me ha permitido conocer todas las etapas del proceso rehabilitatorio integral y habiendo sido comisionado en Guanajuato para coordinar los trabajos de rehabilitación en el Estado, tuve la oportunidad de observar los recursos humanos y materiales con que cuenta esta entidad federativa para la atención rehabilitatoria de los inválidos, las metas del programa que se lleva a cabo y sus limitaciones.

Conociendo la doctrina que sustenta la Dirección General de Rehabilitación en el Programa Nacional de Rehabilitación que forma parte del Plan Nacional de Salud, me motivó a encaminar mi trabajo de investigación clínica a un análisis comparativo entre la atención de los inválidos en Irapuato, Gto. y los lineamientos que señala el Programa Nacional de Rehabilitación para la atención de los inválidos en los estados y a través de este estudio plantear las conclusiones y las recomendaciones pertinentes.

I GENERALIDADES:

De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud, se considera a la Salud: "Como un estado de completo bienestar físico, mental y social que no es simplemente la ausencia de enfermedad". (1)

Cuando este equilibrio se rompe ante una alteración patológica, estamos en presencia de la enfermedad, la cual de acuerdo a su tiempo de evolución podemos para fines prácticos clasificar en: Aguda (menos de 6 meses) tiempo suficientemente amplio como para poder en forma estricta, separar las enfermedades que sin lugar a duda son crónicas de aquellas que siendo propiamente agudas tienen una evolución prolongada por diagnóstico tardío o por complicaciones en su manejo, y crónicas (más de 6 meses), en todos los casos la resolución final será: La curación, la incurabilidad o la muerte. (2)

La curación puede ser completa o bien con secuelas, las cuales si interfieren con el desempeño de las actividades de la vida diaria del sujeto son invalidantes y requieren de la Rehabilitación, cuyo objetivo será permitirle el desempeño de sus actividades a pesar de sus incapacidades utilizando al máximo sus capacidades residuales para adaptarlo a la vida social y productiva.

Las actividades de la vida diaria son las que realiza un individuo durante las 24 horas del día y que son:(3)

PERSONALES: Alimentación
Higiene
Vestido
Traslación
Hogar

RELACION: Comunicación
Recreativas
Viaje
Escolares
Ocupacionales

La valoración de las actividades de la vida diaria permite determinar el grado de invalidez que presenta el paciente.

Esta invalidez se considera leve cuando la reducción de la capacidad del individuo para desempeñar sus actividades cotidianas sea parcial y no interfiera con su productividad. Es moderada cuando la reducción limita parcialmente sus actividades cotidianas y su productividad, y severa cuando esta reducción sea tal, que lo haga completamente improductivo y dependiente.(4)

NIVELES DE ATENCION:

La progresión de una enfermedad dejada en cada caso a su evolución natural desde la etapa de salud a la muerte, la recuperación o la

invalidez pasando por la etapa de enfermedad temprana, moderadamente avanzada, muy avanzada o complicada, constituye la Historia Natural de la Enfermedad y el papel del médico al tratar de detener esta evolución natural y llevar al individuo al estado de normalidad lo antes posible implica en cualquier momento en que se actúa la prevención de la lesión o el daño que correspondería a la etapa inmediata.

En la medicina se han considerado tres fases de acción: Prevención, Curación y Rehabilitación, que el médico puede realizar, surgiendo así los tres niveles de prevención.

El término prevención significa anticiparse, preceder, hacer imposible por una provisión adelantada que la enfermedad se presente o progrese.

En el período prepatogénico de las enfermedades se realizan acciones de prevención con medidas diseñadas para promover una salud óptima como una adecuada higiene y alimentación, etc., o con la protección específica del ser humano contra agentes patógenos como en el caso de la vacunación antipolio, B.C.G., etc. o por el establecimiento de barreras en el ambiente contra gérmenes patógenos. A todo este procedimiento se le ha llamado Prevención Primaria.

Cuando el proceso patogénico ha evolucionado hacia la enfermedad, surge entonces la segunda fase de la medicina y las acciones se encaminan a la segunda prevención a través de un diagnóstico temprano y un adecuado tratamiento que en etapas iniciales podrá detener la enfermedad. Cuando el proceso patogénico ha progresado y la enfermedad avanza más allá de sus primeros estadios, la prevención secundaria puede realizarse también por medio de un adecuado tratamiento, para prevenir o evitar las secuelas y evitar así la invalidez. Si el proceso evoluciona hacia una secuela invalidante, la prevención terciaria se lleva a cabo por medio de la limitación de la invalidez y la atención rehabilitatoria oportuna y adecuada, lo que evita el agravamiento de la invalidez y permite reincorporar al sujeto a una vida útil. (5, 6)

La Rehabilitación Integral se define como: La aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, Psicológicas, Educativas, Ocupacionales y otras de orden social encaminadas a la adaptación o readaptación del inválido con el objeto de que alcance la mayor proporción posible de funcionamiento social y productivo.

Para que se cumpla con el objetivo enunciado es indispensable contar con un equipo multidisciplinario que trabaje coordinadamente y el cual debe contar con:

Un médico especialista en Rehabilitación, quien además de - - realizar valoración de las capacidades funcionales, residuales y evaluaciones periódicas, estructura el diagnóstico de invalidez y elabora el - programa total de rehabilitación, además de coordinar las diferentes - actividades del equipo,

Como integrante del equipo, el médico especialista en medicina de la Comunicación Humana, trata los problemas de la voz, audición y lenguaje que presentan diferentes invalidos.

Otros especialistas tales como: Pediatra, Neurólogo, Oftalmólogo, Ortopedista, etc., son integrantes indispensables para el diagnóstico de su área correspondiente y en ella poder precisar si la condición patológica causante de la invalidez es susceptible de mejorar por medio de tratamiento médico o quirúrgico previo, simultaneo o posterior a la aplicación de medidas rehabilitatorias.

La valoración psicológica es importante para los problemas emocionales, de la conducta y grado de capacidad intelectual que presentan tanto los inválidos como sus familiares y es realizada por psiquiatras y psicólogos que participan junto con el equipo, en la evaluación y tratamiento de los casos.

Paralelo al diagnóstico médico se debe realizar el diagnóstico social para conocer los problemas de integración y de interrelación - -

del paciente, la familia y la comunidad.

Los Maestros de Educación Especial en los niños, valoran el nivel pedagógico y determinan las dificultades en el aprendizaje, así como las necesidades de cada caso en el área educacional.

El Consejero en Rehabilitación tiene a su cargo la valoración, orientación vocacional (cuando así lo requiera el caso) y el entrenamiento para empleos competitivos y protegidos para posteriormente lograr su colocación.

Los datos recopilados en las diferentes valoraciones se someten a una junta por el equipo multidisciplinario en donde se trazan metas alcanzables para cada caso y en base a los cuales se elabora el programa de tratamiento que va dirigido a resolver o compensar las limitaciones físicas del inválido, su desajuste emocional y social, proveerlo de una educación y adiestramiento vocacional adecuado y finalmente de obtener un empleo adecuado y remunerado en forma permanente.

EL PROBLEMA DE LA INVALIDEZ:

Como repercusión del progreso de las ciencias médicas y de la socialización de la medicina cada día se salvan mayor número de vidas humanas, pero frecuentemente no se logra evitar secuelas que invalidan al individuo en mayor o menor grado. Por lo anterior existe -

un incremento en el número de individuos inválidos, dado también por el crecimiento demográfico y por la mecanización e industrialización que han favorecido el mayor número de accidentes civiles e industriales.

Este aumento en el número de inválidos constituye un problema de salud pública, habiéndose estimado por la Dirección General de Rehabilitación que para 1973 existían en la República Mexicana 3,718,725 personas con alguna forma y grado de invalidez, o sea que de cada 100 mexicanos, 7 eran inválidos, aproximadamente el 34% está en edad productiva, o sea 1 550 000 y la pérdida económica por fuerza de trabajo es del orden de los \$ 7 220 000 000.00

En el siguiente cuadro se señala la distribución de acuerdo a los diferentes tipos de invalidez.

PREVALENCIA DE INVALIDEZ EN LA REPUBLICA MEXICANA			
I N V A L I D E Z	N U M E R O	TASA POR 100 000 HABS.	%
Sist. Músculo Esquelético	316,595	596	.59
Ciegos	49,933	94	.09
Débiles Visuales	106,240	200	.2
Sordos	21,779	41	.4
Deficientes Mentales	1593,600	3,000	3
Alcohólicos (de 15 años)	660,000	2,309	2.3
Otros	970,578	760	.7
T O T A L	3718,725	7,000	7.

La solución al problema de la invalidez en México, se lleva a cabo en base a lo contemplado en el plan Nacional de Salud en su programa de Rehabilitación, elaborado por la Dirección General de Rehabilitación, siendo sus objetivos:

A) GENERALES.

- 1.- Librar de la invalidez y sus efectos a la población de la República Mexicana.
- 2.- Incorporar a los inválidos a la vida activa, económica y social del país.

B) ESPECIFICAS.

- 1.- Abatir la prevalencia e incidencia de la invalidez en el país:
 - a) Prevenir la invalidez evitable.
 - b) Limitar el grado de invalidez de los procesos evolutivos invalidantes.
- 2.- Rehabilitar integralmente a los inválidos física, psicológica, educativa, social y ocupacionalmente. (7, 8)

II ANTECEDENTES Y ESTRUCTURACION DEL C. R. E. E.

Hasta hace poco tiempo los servicios de rehabilitación y educación especial funcionaban en forma aislada, siendo el inválido el más perjudicado, pues su rehabilitación con este sistema era incompleta y de dudoso éxito.

Este tipo de atención rehabilitatoria parcial ofrecida en forma dispersa operando en instalaciones aisladas, duplicaban gastos y esfuerzos, lo cual se hacía más manifiesto cuando estos servicios eran destinados para la atención de un solo tipo de invalidos como: Deficiencia Mental, Alteraciones del Sistema Músculo Esquelético, de Visión, de la Comunicación Humana, etc.

Conscientes de este problema, la Dirección General de Rehabilitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y la Dirección de Educación Especial de la Secretaría de Educación Pública, estructuraron el Programa Nacional de Rehabilitación y el Programa Nacional de Educación Especial, surgiendo de estos un nuevo modelo de institución, el Centro de Rehabilitación y Educación Especial (C.R.E.E.) el cual permite proporcionar una atención adecuada e integral, física, psicológica, social, educacional y ocupacional a todo tipo de inválidos, con la mejor utilización de los recursos físicos, humanos y económicos de la región en que se ubique.

OBJETIVOS DEL C.R.E.E.

Proporcionar servicios de rehabilitación integral a todo tipo de inválidos, con la más alta técnica y el menor costo mediante la coordinación de instituciones y personal especializado en la atención de inválidos.

ACTIVIDADES:

- a) Diagnóstico de invalidez (Médico, Psicológico, Social, Educación - Especial y Ocupacional).
- b) Terapia (Física, Ocupacional, del Lenguaje, Prótesis y Ortesis, - Ayudas Visuales, Psicoterapia y Socioterapia).
- c) Educación Especial (para sordos, ciegos, deficientes mentales, inválidos del sistema músculo esquelético, grupos integrados, etc.)
- d) Capacitación para el trabajo y colocación de inválidos rehabilitados.
- e) Acciones de prevención de invalidez.
- f) Educación para la salud en materia de rehabilitación.
- g) Desarrollo de personal para la rehabilitación.
- h) Investigación científica en los aspectos relacionados con la prevención de la invalidez y la rehabilitación de inválidos.
- i) Producción de Prótesis y Ortesis.
- j) Educación y orientación a la familia del inválido.

ORGANIZACION:

La coordinación del C.R.E.E. se realiza a través de la Dirección - General de Rehabilitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la Dirección General de Educación Especial de la Secretaría de Educación - Pública y el Gobierno del Estado en que se localice el Centro.

La Dirección del Centro se delega a un Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación, del cual dependen las jefaturas de las áreas de: Diagnóstico, Terapias, Educación Especial y Capacitación para el Trabajo.

El Administrador es responsable de los aspectos relacionados con el control del personal, adquisiciones, mantenimiento, contabilidad, almacén, etc.

AREAS ARQUITECTONICAS:

El diseño arquitectónico varía de acuerdo a la población de la región de influencia del C.R.E.E. pero en cada caso debe proporcionar servicio integral.

Las áreas arquitectónicas de que consta son:

a) Area de Gobierno.

- Dirección Médica.
- Dirección Pedagógica.
- Administración.

b) Area de Diagnóstico con consultorios de:

- Medicina de Rehabilitación.
- Medicina de la Comunicación Humana.
- Oftalmología.
- Neurología.
- Ortopedia.
- Pediatría.
- Psiquiatría y Psicología.
- Psicopedagogía.
- Evaluación Vocacional.
- Trabajo Social.

c) Area de Terapias:

- Terapia Física Hidroterapia
 Terapia en mesa
 Gimnasia Terapéutica
- Terapia Ocupacional Actividades de la vida diaria.
 Actividades cinóticas.
 Actividades psicomotrices.
- Terapia del Lenguaje

d) Talleres:

- Prótesis y Ortesis.
- Adiestramiento Específico
 Inespecífico

e) Area de Educación Especial:

- De ciegos y débiles visuales.
- De sordos e hipoacúsicos.
- De deficientes mentales.
- Del sistema músculo esquelético.

f) Servicios Generales.

g) Area de Hospitalización y Albergue Temporal.

h) Auditorio.

Personal Médico:

- Especialista en Medicina de Rehabilitación.
- Especialista en Medicina de la Comunicación Humana.
- Oftalmólogo.

Pediatra.
Psiquiatra.
Ortopedista y Consultantes en:
Neurología y otros.

Personal Paramédico:

Terapeuta Físico.
Terapeuta Ocupacional.
Terapeuta del Lenguaje.
Enfermeras en Rehabilitación.
Trabajadoras Sociales.
Consejeros en Rehabilitación.
Protesistas y Ortesisistas.
Optometristas.
Audiometristas.
Electroencefalografistas
(Psicólogos Clínicos y Psicopedagógicos.)

Personal Pedagógico:

Maestros Especialistas en Educación Especial de Ciegos
y Débiles Visuales.
Maestros Especialistas en Educación de Sordos e Hipo-
cúsicos.
Maestros Especialistas en Deficientes Mentales.
Maestros Especialistas en Inválidos del Sistema del - -
Músculo Esquelético.

Personal Administrativo y de Intendencia:

El número de personal varía de acuerdo a la población a la cual se le va a prestar servicio.

Como personal de apoyo en las áreas rurales se utilizan los estudiantes de las diferentes profesiones dedicadas a la rehabilitación, como parte de su práctica docente.

FUNCIONAMIENTO:

El C.R.E.E. debe funcionar como centro coordinador de las actividades de rehabilitación de la región en que se encuentra situado y tener preferentemente una acción estatal que le permita atender no solo los casos que le lleguen a la propia institución, sino ejercer acción de coordinación y promoción a la comunidad, debiendo estar relacionado con las instituciones para la salud, para la educación, el trabajo, la asistencia social y con la comunidad en general.

CANALIZACION DE LOS CASOS:

Los inválidos deben ser derivados al C.R.E.E. de Hospitales, Centro de Salud, Escuelas, Médicos Particulares y la comunidad en general, lo cual requiere un programa estructurado de difusión para que se conozca la institución y los servicios que presta.

ADMISION:

Todo caso de invalidez debe ser admitido, teniendo en cuenta - que la rehabilitación no solo va encaminada a ayudar al inválido, sino - también a su familia y a la comunidad y por lo tanto siempre será posi- ble proporcionar algún tipo de ayuda aunque ésta consista en enseñar el manejo del paciente en el hogar en los casos más severos y dar soporte psicológico y social a la familia.

ATENCION DE LOS PACIENTES:

Los pacientes de primera vez son sometidos a una valoración - integral por el equipo multidisciplinario de rehabilitación para formular un diagnóstico de invalidez, establecer el pronóstico, fijar metas de re - habilitación, y en base a esto realizar programas de tratamiento, con valoraciones posteriores que permitan hacer los ajustes necesarios pa - ra el cumplimiento de los objetivos establecidos (marcados). Cada ca - so presenta características propias, por lo cual debe ser sometido a di - cho proceso en forma individual.

El tratamiento de rehabilitación puede ser administrado en el propio centro o en el hogar y preferentemente en los dos sitios buscan - do siempre la participación activa de la familia.

Las altas estarán sujetas a que se hallan alcanzado las metas - que la junta de valoración determinó, los alumnos de la escuela espe -

cial hacia grupos integrados o escuelas regulares, y los adultos para el trabajo o las labores propias del hogar según sea el caso, pero siempre teniendo en cuenta que la rehabilitación es un proceso activo que demanda resultados a corto plazo.

SUBROGACIONES DE SERVICIOS:

Ya que la mayor parte de los estados de la República no cuenta con servicios de rehabilitación integral, otras instituciones como el I.S.S.S.T.E. y el I.M.S.S., etc., podrán obtener servicios para sus derechohabientes a bajo costo evitándose la duplicidad de acciones y el desperdicio de los recursos del país, al crear convenios de subrogación con el C.R.E.E.

SERVICIOS AUXILIARES:

Por los recursos materiales y humanos del C.R.E.E. su preparación y experiencia para trabajar en equipo puede proporcionar servicios auxiliares de Diagnóstico y tratamiento a albergues para huérfanos, reclusorios para delincuentes, asilo para ancianos, etc.

PREVENCION DE INVALIDEZ:

En aquellos tipos de invalidez cuya incidencia es más alta, el

centro deberá de organizar y coordinar programas específicos de prevención. Además participará activamente en el desarrollo de los programas de prevención de invalidez, marcados por la Dirección General de Rehabilitación.

REGISTRO DE INVALIDOS:

Para conocer la incidencia y prevalencia es necesario establecer un sistema de registro de inválidos de acuerdo a lo establecido por la Dirección General de Rehabilitación.

EDUCACION PARA LA SALUD:

Otra de las actividades que se deben llevar a cabo en el C.R.-E.E. es la educación para la salud con objeto de que:

- a) La comunidad utilice los servicios del C.R.E.E.
- b) Se promueva la participación de la comunidad para la canalización de los casos.
- c) Se obtenga la participación de la comunidad en los programas de prevención de invalidez.
- d) Se obtenga la participación de los maestros para la aceptación de inválidos en escuelas regulares cuando sea compatible con su condición.
- e) Se obtenga la participación de patrones y sindicatos para el empleo de inválidos.
- f) Se obtenga la participación de la comunidad para la eliminación de barreras arquitectónicas para los inválidos.

DESARROLLO DE PERSONAL:

El C.R.E.E. debe ser la sede para el desarrollo de personal del campo de la rehabilitación de los inválidos y de conocimientos básicos de rehabilitación para profesiones conexas tales como: Médicos Generales, Enfermeras, Trabajadoras Sociales, etc.

INVESTIGACION:

Con el objeto de encontrar mejores medios y métodos para la prevención y el tratamiento para los distintos tipos de inválidos, deben llevarse a cabo acciones de investigación clínica y estadística, así como para permitir la retroalimentación para los programas establecidos.

FINANCIAMIENTO:

La construcción, equipo y operación del C.R.E.E. será mediante convenios tripartitos en los cuales se estipulan las atribuciones y responsabilidades de la S.S.A., la S.E.P. y el Gobierno del Estado en el cual se encuentra situado el centro.(9)

III INVALIDEZ EN EL ESTADO DE GUANAJUATO.

La prevalencia de invalidez en el estado de Guanajuato, de acuerdo a la estimación de la Dirección General de Rehabilitación de la S.S.A. es de 187,674 de los cuales 11,204 inválidos corresponden a la

ciudad de Irapuato.

Su distribución de acuerdo al tipo de invalidez se aprecia en --
los siguientes cuadros:

PREVALENCIA DE INVALIDEZ POR TIPOS, EN EL
ESTADO DE GUANAJUATO

- 1975 -

TIPO DE INVALIDEZ	No.de INVALIDOS	TASA POR 100 000 HABS.
Sistema Músculo Esquelético	16071	596
Ciegos	2535	94
Débiles Visuales	5393	200
Sordos	1105	41
Deficientes Mentales	80894	3000
Alcohólicos	32412	1202 *
Otros	49264	1827
T O T A L	187664	6960

Fuente: Dirección General de Rehabilitación, S.S.A.

* 2109 en el grupo de 15 años y más.

PREVALENCIA DE INVALIDEZ POR TIPOS, EN LA
CIUDAD DE IRAPUATO GUANAJUATO

- 1 9 7 5 -

TIPO DE INVALIDEZ	Nº. de INVALIDOS	TASA POR 100 000 Habs.
Sistema Músculo Esque- lético	959	596
Ciegos	1 51	94
Débiles Visuales	322	200
Sordos	66	41
Deficientes Mentales	4830	3000
Alcohólicos	1935	1202
Otros	2941	1817*
T O T A L :	11204	6960

Fuente: Dirección General de Rehabilitación.

* 2109 en el grupo de 15 años o más.

EL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL I.P.I.G.

ANTECEDENTES HISTORICOS:

En el año de 1973 el Instituto de Protección a la Infancia del estado de Guanajuato recibió como donación de particulares, un centro de rehabilitación ubicado en la ciudad de Irapuato, Gro. y dos escuelas de lento aprendizaje ubicadas respectivamente en las ciudades de León y Salamanca para que funcionaran bajo su control y supervisión. Dicho centro de rehabilitación de Irapuato habiendo sido construido en ese mismo año, empezó a funcionar hasta el 15 de diciembre de 1973. La atención era prestada por el jefe de servicio del I.N.P.I. y cuatro médicos residentes de Medicina de Rehabilitación de la Dirección General de Rehabilitación de la S.S.A. quienes lo visitaban para realizar valoración médica especializada a los inválidos de dicho centro dos días por mes. Las escuelas de León y Salamanca empezaron a funcionar con personal docente especializado en Educación Especial en forma independiente del centro de Irapuato y sin que existiera coordinación con éste.

En vista de la eventualidad de las visitas de los especialistas al estado y de la importancia de realizar una coordinación de estos centros, el I.P.I.G. solicitó a la Dirección General de Rehabilitación de la S.S.A. dos médicos especialistas en Medicina de Rehabilitación, habiendo sido comisionado uno en febrero de 1975 y el segundo en junio del mis-

nio año para cumplir con ese objetivo.

Como consecuencia de esta comisión se inauguró una escuela de lento aprendizaje en la ciudad de Guanajuato que se integró al programa de rehabilitación y como parte del mismo se complementaron los servicios de rehabilitación existentes con la creación de un servicio de rehabilitación en la escuela de lento aprendizaje de León, y de una área de educación especial en el centro de rehabilitación de Irapuato; desde entonces este último centro coordina las instituciones mencionadas y además brinda asesoría de tipo médico a cuatro instituciones de la iniciativa privada, dos de rehabilitación física que se localizan en las ciudades de León y Celaya y a dos escuelas dedicadas a la educación de inválidos de la Comunicación Humana, ubicadas en las ciudades de León y Acámbaro.

ACTIVIDAD ACTUAL:

Los inválidos son detectados y canalizados para su atención por los Institutos Municipales de Protección a la Infancia a la ciudad que les corresponde según la invalidez y el servicio que requieran, o hacia el instituto de protección a la infancia estatal en la mayoría de los casos para que este se encargue de su canalización y ubicación de acuerdo a su lugar de origen y tipo de invalidez que presenten.

Para 1976 el I.P.I.G. ha planeado programas de prevención de invalidez en lo que respecta a vacunación antipolio y de promoción de los centros de rehabilitación en el estado.

Actualmente este sistema de atención coordinada presta servicios de rehabilitación a 1011 inválidos cuya procedencia se muestra en el siguiente cuadro:

CENTROS DE REHABILITACION COORDINADOS POR EL I.P.I.G.
POBLACION DE INVALIDOS Y TIPO DE INVALIDEZ QUE ATIENDEN

CIUDAD	TIPO DE CENTRO	POBLACION INVALIDA	TIPO DE INVALIDEZ		
			trasc. esq.	def. ment.	com. fun.
León	Esc. de lento aprendizaje con servicio de rehab. I.P.I.G.	87	17	70	-
	Centro de rehabilitación A.C.	50	50	-	-
	Instituto de Audición y Lenguaje A.C.	80	-	-	80
Irapuato	Centro de Rehab. -- con Escuela de Educación Esp. para Débiles mentales.	584	449	101	34
Salamanca	Escuela de lento -- Aprendizaje I.P.I.G.	30	10	20	-
Celaya	Centro de Rehabilitación A.C.	100	92	8	-
Guanajuato	Escuela de Lento -- Aprendizaje i.p.i.g.	60	-	60	-
Acámbaro	Instituto de Audición y Lenguaje, A.C.	20	-	-	20
T O T A L			1 0 1 1		

Como se desprende del cuadro anterior, la atención a los tres tipos de invalidez que actualmente se detectan y canalizan (del sistema músculo esquelético, deficiencia mental y de la comunicación humana), se proporciona en el Centro de Rehabilitación de Irapuato únicamente, - A dos tipos de invalidez (del sistema músculo esquelético y deficiencia mental) en las Escuelas de Lento Aprendizaje de León y Salamanca y el Centro de Rehabilitación A.C. de Celaya, sólo atienden a pacientes con invalidez del sistema músculo esquelético el Centro de Rehabilitación de León, A.C., invalidez por deficiencia mental en la Escuela de Lento Aprendizaje de Guanajuato y por invalidez de la comunicación humana, - las instituciones de audición y lenguaje de León y Acámbaro.

Recursos Humanos.

a) Dos médicos especialistas en Medicina de Rehabilitación, - uno se desplaza dos veces a la semana a los diferentes centros de la - - coordinación para evaluar a los inválidos, mientras que el otro permanece en Irapuato proporcionando atención en el Centro de Rehabilitación.

b) Ocho terapeutas físicos distribuidos, 3 en los centros de León (dos son empíricos) 4 en Irapuato y uno en Celaya.

c) Cuatro terapeutas de lenguaje, - una en León, una que cubre el Centro de Irapuato por la mañana y la Escuela de Guanajuato por la tarde; una en Salamanca y una en Acámbaro.

d) Dos terapeutas ocupacionales, una en León y una en Irapuato.

e) Catorce maestros de Educación Especial, ocho en León, uno en Irapuato, dos en Salamanca y tres en Guanajuato.

f) Un técnico en prótesis y órtesis en León (empírico).

CENTROS DE REHABILITACION COORDINADOS
POR EL I.P.I.G. Y DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL POR CIUDADES.

CIUDAD	TIPO DE CENTRO	PERSONAL MEDICO	PERSONAL PARAMEDICO				
		Esp. en Rehab.	T.F.	T.L.	T.O.	MFJE.	técnico O y P
León	Centro de Rehabilitación, A.C.	-	2	-	-	-	1
	Esc. de Lento Aprendizaje, A.C.	-	1	1	1	5	-
	Instituto de Audición y Lenguaje, A.C.	-	-	-	-	3	-
Irapuato	Centro de Rehab. con Esc. de E.E. A.P.I.G.	2	4	1**	1	1	-
Salamanca	Esc. de Lento aprendizaje, I.P.I.G.	-	-	1	-	2	-
Celaya	Centro de Rehab. A.C. Esc. de Lento aprend.	-	1**	-	-	-	-
Acámbaro	Instituto de Audición y Lenguaje, A.C.	-	-	1*	-	-	-

* Personal Empírico.

** Cubre doble plaza.

Recursos Materiales.

Todos estos centros han sido instalados en edificios adaptados sin una orientación técnica que les permita prestar los servicios completos y con una funcionabilidad de sus áreas que deja mucho que desear sin embargo debemos resaltar el interés desarrollado tanto por las autoridades como por el personal para habilitarlos lo más posible y dotarlos tanto de equipo como mobiliario adecuados a las necesidades con los recursos de que disponen.

Recurso Económicos.

Este renglón está cubierto por el I.P.I.C. directamente en los centros que dependen de esta institución y por patronatos de la iniciativa privada en los institutos y centros de rehabilitación particulares.

Las Secretarías de Salubridad y Asistencia a través de su Dirección General de Rehabilitación y la Secretaría de Educación Pública, a través de su Dirección General de Educación Especial y el Instituto Nacional de Protección a la Infancia proporcionan personal técnico.

IV ESTUDIO DE 584 CASOS DE INVALIDEZ EN EL CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL DE IRAPUATO.

Material.- Los expedientes clínicos de 584 pacientes inválidos de primera vez atendidos en el centro de Rehabilitación de Irapuato, Gto. de febrero a noviembre de 1975.

Método.- Los expedientes clínicos fueron revisados para obtener los siguientes datos:

1. - Edad.
2. - Sexo.
3. - Procedencia.
4. - Tipo de valoración inicial.
5. - Diagnóstico.
6. - Grado de invalidez.
7. - Tipo de tratamiento recibido.
8. - Escolaridad.
9. - Ocupación.
10. - Resultados de la Rehabilitación.

1. - En cuanto a la edad los pacientes se integraron en grupos de:
 - a) Menores de un año.
 - b) De uno a cuatro años.
 - c) De cinco a catorce años.
 - d) De quince a cuarenta y cuatro años.
(No hubo pacientes de más de cuarenta y cuatro años)
2. - En cuanto a sexo se agruparon en:
 - a) Masculinos.
 - b) Femeninos.
3. - La procedencia se determinó por el lugar de residencia de los inválidos.

- 4.- También se estudió el tipo de valoración a que fueron sometidos siendo ésta:
 - a) Física.
 - b) Psicológica.
 - c) Social.
 - c) Educativa.
 - f) Ocupacional.

- 5.- Los Diagnósticos fueron los elaborados en la Consulta externa y anotados en los expedientes.

- 6.- El grado de invalidez se determinó siguiendo el criterio que señala el Instructivo del Registro Nacional de Inválidos (4) que clasifica la invalidez en:
 - a) Leve
 - b) Moderada
 - c) Severa

- 7.- Se determinó si recibieron los siguientes tratamientos:
 - a) Físico
 - b) Psicológico
 - c) Social
 - d) Educativo
 - e) Ocupacional.

8. - La escolaridad se consideró como: Regular, de Educación Especial, sin escolaridad y de Custodia comparativamente, con el grado de invalidez.
9. - Para la ocupación se tomó en cuenta si reanudaron la misma ocupación, si cambiaron a otra o si estaban sin ocupación. Los que estaban trabajando se clasificaron según la ocupación.
10. - Los resultados de la Rehabilitación se evaluaron de acuerdo al nivel de rehabilitación alcanzada por los pacientes considerando los siguientes parámetros:
 - a) En tratamiento
 - b) Rehabilitación Integral
 - c) Rehabilitación Parcial
 - d) Defunciones
 - e) Canalizaciones
 - f) Deserciones

Los datos obtenidos se tabularon en formas individuales especialmente diseñadas y a partir de ellas se elaboraron cuadros.

RESULTADOS: De los 584 casos estudiados 317 (54.3%) eran del sexo masculino y 267 (45.7%) del sexo femenino, el grupo de edad más numeroso estuvo representado por los pacientes de 5 a 14 años con 187 (32.1%) y los de 15 a 44 con 85 (15.1%), los menores de un año solo fueron 30 (5.1%) lo cual se puede observar en el cuadro 1.

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION POR SEXO Y EDAD DE PACIENTES ATENDIDOS POR PRIMERA VEZ. *

GRUPO DE EDAD	MASCULINOS		FEMENINOS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de un año	20	3.4	10	1.7	30	5.1
1 a 4 11/12	106	18.2	81	13.9	187	32.2
5 a 14 11/12	160	27.4	122	20.9		48.3
15 a 44 11/12	31	5.3	54	9.2		14.5
T O T A L	317	54.3	267	45.7	584	100.0

Fuente: Archivo Clínico del Centro de Rehabilitación de Irapuato, Gto.
* Febrero a Noviembre de 1975.

El área de influencia del centro de rehabilitación que se determinó a través del estudio es muy amplia, demostrándose esto por la procedencia de los pacientes de las diferentes ciudades del estado e incluso poblados del estado de Michoacán colindantes con Guanajuato. El mayor porcentaje correspondió a la ciudad de Irapuato con un 80.8% del total, Salamanca con el 4.6% y Guanajuato con el 3.2%. El menor porcentaje fué el correspondiente a los poblados de Michoacán oscilando de 0.3 a 0.2 (Cuadro 2).

Todos los pacientes fueron sometidos a valoración física. A evaluación psicológica sólo 4 casos (correspondiendo al tiempo en que un Psicólogo estuvo trabajando temporalmente en el centro).

CUADRO #2

AREA DE INFLUENCIA DEL CENTRO DE REHABILITACION
DE IRAPUATO, DETERMINADA POR LA RESIDENCIA DE 584 PACIENTES
DE PRIMERA VEZ

P R O C E D E N C I A	PACIENTES	
	NUMERO	%
IRAPUATO, GTO.	472	80.8
SALAMANCA, GTO.	27	4.6
GUANAJUATO, GTO.	19	3.2
ABASOLO, GTO.	16	2.7
HUAMNIMARO, GTO.	9	1.5
PENJAMO, GTO.	8	1.4
VALLE DE SANTIAGO, GTO.	5	0.3
VILLAGRAN, GTO.	4	0.7
CELAYA, GTO.	4	0.7
CORTAZAR, GTO.	3	0.5
SILAO, GTO.	3	0.5
CUERAMARO, GTO.	3	0.5
DOLORES HIDALGO, GTO.	3	0.5
LEON, GTO.	2	0.3
PENJAMILLO, MICH.	2	0.3
SALVATIERRA, GTO.	1	0.2
EMPALME ESCOBEDO, GTO.	1	0.2
YURECUARO, MICH.	1	0.2
LA LUZ, MICH.	1	0.2
MORELIA, MICH.	1	0.2

Fuente: Archivo clínico del Centro de Rehabilitación de Irapuato, Gto.
Febrero a Noviembre de 1975.

Del total de expedientes sólo 402 tenían valoración social, de los que no la tenían, la explicación se debe a múltiples factores: en un principio no se anexaba el estudio de la trabajadora social a los expedientes clínicos y pudieron haberse perdido éstos, por otro lado en algunos pacientes no se realizaba el estudio el mismo día de la valoración física y al citarlos para otro día el paciente no asistía o simplemente no se realizaron éstos. La evaluación escolar fué practicada por la Maestra de Educación Especial que empezó a laborar el 10. de septiembre de 1975, seleccionando 32 deficientes mentales para integrar dos grupos: uno de maduración y otro en el nivel de la primera etapa.

Por no contar con personal especializado no se practicó evaluación profesional (cuadro 3)

CUADRO # 3
VALORACION INICIAL A QUE FUERON SOMETIDOS 584 --
PACIENTES DE PRIMERA VEZ

V A L O R A C I O N	No. DE PACIEN- TES.	%
FISICA	584	100.00
PSICOLOGICA	4	0.7
SOCIAL	402	68.8
EDUCATIVA	32	5.5
OCUPACIONAL	0	0.0

Fuente: Archivo Clínico del Centro de Rehabilitación de Irapuato.
Febrero a noviembre de 1975.

El equipo multidisciplinario que participó en la evaluación de los pacientes atendidos en el centro está integrado por: dos médicos - especialistas en Medicina de Rehabilitación, cuatro terapeutas físicos, una terapeuta ocupacional, una terapeuta de lenguaje, cuatro trabajadoras sociales y una maestra de Educación Especial que atiende dos grupos auxiliada por un maestro normalista (cuadro 4).

CUADRO # 4

EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CON QUE CUENTA EL CENTRO ACTUALMENTE
1975

TIPO DE PERSONAL	NUMERO
MEDICO DE REHABILITACION	2
TERAPISTA FISICO	4
TERAPISTA OCUPACIONAL	1
TERAPISTA DE LENGUAJE	1
TRABAJADORA SOCIAL	1
MAESTROS DE EDUCACION ESPECIAL	1

El mayor número de invalideces correspondió al Sistema Músculo Esquelético (449 casos) y de este grupo ocupó el primer lugar la Parálisis Cerebral (184 casos), el segundo lugar la poliomielitis (114 casos) y en tercer lugar las secuelas de la Limitación Articular (85 casos). La invalidez mental (101 casos) se presentó en un número de pacientes similar al del grupo con secuelas de poliomielitis. (Cuadro 5)

CUADRO # 5

TIPOS DE INVALIDEZ Y DIAGNOSTICOS CLINICOS DE PACIENTES DE PRIMERA VEZ

TIPO DE INVALIDEZ	DIAGNOSTICO	PACIENTES	
		No.	%
I. - MUSCULO ESQUELETICO.	Parálisis Espástica.	188	32.2
	Parálisis Cerebral.	184	31.5
	A.V.C.	4	0.7
	Parálisis flácida	131	22.4
	Poliomielitis	114	19.5
	Miopatías	8	1.4
	Lesión Medular	3	0.5
	Incoordinación M.	1	0.2
	Parkinson	1	0.2
	Limitación art.	85	14.6
	Secuelas de trauma.	31	5.3
	Malformaciones congénitas,	37	6.3
	Enfermedades reumáticas	12	2.0
	Secuelas de quemaduras.	4	0.7
	T.B. Osea	1	0.2
	Lesión de Ner.P.	33	5.6
	Otros	7	1.2
T O T A L		499	76.9
II. -INVALIDEZ MENTAL	Epilepsia	7	1.2
	Debilidad mental	75	12.8
	Síndrome de Down	19	3.2
T O T A L		101	17.3

Continúa en la sig. pag..

TIPO DE INVALIDEZ.	DIAGNOSTICO	PACIENTES	
		No.	%
III. - COMUNICACION HUMANA.	Invalidez de -- recepción	18	2.0
	Invalidez de <u>in</u> tegración.	13	3.4
	Invalidez de <u>ex</u> presión	7	1.2
T O T A L		33	5.6
IV. - APARATO CARDIO- VASCULAR.	Tetralogía de Fallot	1	0.2
		584	100.0

Fuente: Archivo Clínico del Centro de Rehabilitación de Irapuato.

Febrero a noviembre de 1975.

Se considera invalidez leve a la reducción de la capacidad del individuo para desempeñar sus actividades cotidianas en forma parcial y que no interfiera con su productividad, moderada cuando la reducción limita parcialmente sus actividades y su productividad y severa cuando la reducción es tal, que lo hace completamente improductivo y dependiente.

De los 584 pacientes tuvieron una invalidez leve 289, moderada 239 y severa 56 pacientes. El grado de invalidez por diagnósticos se muestra en el cuadro 6.

CUADRO 6
GRADO DE INVALIDEZ SEGUN DIAGNOSTICO EN 584
PACIENTES ATENDIDOS DE PRIMERA VEZ

DIAGNOSTICO	LEVE	MODERADA	SEVERA
Parálisis Cerebral	76	73	35
Accidente Vascular Cerebral	3	1	-
Poliomielitis	50	54	4
Miopatías	-	7	1
Lesión Medular	-	3	-
Mielomeningocele	-	4	2
Parkinson	-	1	-
Secuelas de Traumatismo	26	5	-
Malformaciones Congénitas	23	14	-
Enfermedades Reumáticas	11	1	-
Secuelas de Quemaduras	4	-	-
T. E. Osea	-	1	-
Lesión de Nervios Periféricos	30	3	-
Amputaciones	3	1	1
Otros	6	1	-
Epilepsia	4	3	-
Débilidad Mental	15	50	10
Síndrome de Down	8	10	1
Comunicación Humana	24	8	1
Tetralogía de Fallot	-	-	1
T O T A L	289	239	56

Fuente: Archivo Clínico del Centro de Rehabilitación de Irapuato.
Febrero a Noviembre de 1975.

Se hizo un análisis comparativo entre el tipo de escolaridad -- que han recibido los 292 pacientes en edad escolar y el grado de invalidez que presentaron, el resultado fué el siguiente: En la escuela de Educación Especial del centro se tienen 26 débiles mentales y 6 paráliticos cerebrales siendo un total de 32 alumnos de los cuales 28 presentan un grado de invalidez leve y 4 de intensidad moderada. De los pacientes sin escolaridad se encontraron 50 con invalidez leve y 96 con invalidez moderada debido en la mayoría de los casos a falta de orientación o cooperación de la familia. Del grupo de invalidez severa 33 pacientes eran de custodia (cuadro 8).

CUADRO No. 7

TIPOS DE TRATAMIENTO A QUE FUERON SOMETIDOS
584 PACIENTES DE PRIMERA VEZ.

TRATAMIENTO	No. DE PACIENTES	%
FISICO	584	100.0
PSICOLOGICA	0	0.0
SOCIAL	0	0.0
EDUCATIVO	32	5.5
OCUPACIONAL	0	0.0

Fuente: Archivo Clínico del Centro de Rehabilitación de Irapuato,
Febrero a Noviembre de 1975.

En cuanto a los tratamientos sólo se aplicaron dos tipos de éstos: Físico a los 584 pacientes y Educativo a los 32 alumnos de la Escuela de Educación Especial, (Cuadro 7)

CUADRO No. 8

ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE TIPO DE ESCOLARIDAD Y GRADO DE INVALIDEZ EN 292 PACIENTES

GRADO DE INVALIDEZ	ESCUELA REGULAR	ESCUELA ESPECIAL	SIN ESCOLARIDAD.	CUSTODIA
LEVE	60	28	50	
MODERADA	20	4	96	
SEVERA	1	0	0	33
T O T A L	81	32	146	33

Fuente: Archivo Clínico del Centro de Rehabilitación de Irapuato.

Febrero a Noviembre de 1975.

De los pacientes que ingresaron al Centro de Rehabilitación, 90 se encontraban en edad productiva y de estos, 60 nunca dejaron de laborar. Uno de ellos que sufrió una lesión medular se le orientó - - que cambiara de ocupación de campesino a artesano. Los 29 pacientes restantes no tenían ocupación cuando ingresaron al centro y permanecen aún sin ella, estos datos pueden apreciarse en los cuadros 9 y 10.

CUADRO 9

SITUACION OCUPACIONAL DE 90 INVALIDOS EN EDAD PRODUCTIVA, TRATADOS EN EL CENTRO DE REHABILITACION DE IRAPUATO.

DIAGNOSTICO	Reanudaron misma ocu- pación.	Cambiaron de ocupa- ción.	no tienen ocupación.
Parálisis Cerebral	2	-	12
Acc. Vasc. Cerebral	-	-	4
Poliomielitis	6	-	5
Amputaciones	1	-	2
Malformaciones Congénitas	-	-	1
Enfermedades Reumáticas	5	-	2
Lesión de Nerv. Perif.	9	-	-
Sec. de Traumatismo	19	-	-
Lesión Medular	1	1	-
Miopatías	2	-	-
Debilidad Mental	4	-	7
Comunicación Humana	-	-	1
Parkinson	-	-	1
T O T A L	60	1	29

Fuente: Archivo Clínico del Centro de Rehab. de Irapuato,
Febrero a Noviembre de 1975.

CUADRO 10

TIPO DE OCUPACION LABORAL ACTUAL DE LOS 61
PACIENTES EN EDAD PRODUCTIVA.

O C U P A C I O N	No. de PACIENTES
LABORES DEL HOGAR	36
CAMPESINOS	6
ESTUDIANTES	6
COMERCIANTES	4
MAESTROS	2
RADIOTECNICOS	1
SOLDADOS	1
EMPLEADOS	1
CONTADORES	1
SECRETARIAS	1
OBREROS	1
ARTESANOS	1
T O T A L	61

Fuente: Archivo Clínico del Centro de Rehabilitación de Irapuato.

Febrero a Noviembre de 1975.

De los pacientes estudiados 385 permanecen en tratamiento y 199 fueron dados de alta, de los cuales (2 no se clasificaron como inválidos), 27 por rehabilitación parcial, una por defunción, 9 canalizaciones a otras instituciones y 160 por deserción. (cuadro 11)

CUADRO 11

RESULTADOS DE LA REHABILITACION DE 584
PACIENTES DE PRIMERA VEZ *

		A L T A S			
		Rehab.int.	Rehab.parc	defunc.	deserc.
EN TRATAMIENTO	NO CLA- SIFICADOS COMO IN-- VALIDOS.				
385	2	--	27	1	160

Fuente: Archivo Clínico del Centro de Rehabilitación de Irapuato.

* Febrero a Noviembre de 1975.

CONCLUSIONES:

1.- Inválido es todo aquel individuo que como consecuencia de una secuela, presenta una limitación para realizar independientemente sus actividades básicas cotidianas de cuidado personal, educación y/o trabajo.

2.- La Rehabilitación Integral se define como: la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, psicológicas, educativas, ocupacionales y otras de orden social encaminadas a la adaptación o readaptación del inválido con el objeto de que alcance la mayor proporción posible de funcionamiento social y productivo.

3.- Para realizar una Rehabilitación Integral, es necesario contar con: Personal Médico: Especialista en Medicina de Rehabilitación; Especialista en Medicina de la Comunicación-Humana, Oftalmólogo; Psiquiatra; Pediatra; Neurólogo; Ortopedista; Personal Paramédico: tales como Psicólogo, Trabajadores Sociales, Consejero en Rehabilitación, Terapeuta Físico, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta del Lenguaje, Protesista y Ortesisista. Maestros: de Educación Especial.

4.- El tratamiento rehabilitatorio integral se establece en base a una valoración inicial individual, elaborando el diagnóstico de invalidez y formulando el pronóstico y en base a éste se trazan metas realistas alcanzables.

5.- La invalidez constituye un problema de salud pública, se ha estimado que para 1973 existían 3,718,725 personas con alguna forma o grado de invalidez o sea que de cada

100 mexicanos 7 eran inválidos, y aproximadamente el 34% estaba en edad productiva, lo que representaba una pérdida económica -- anual por fuerza de trabajo del orden de los \$ 7,200.000,000.

6. - La solución al problema de la invalidez, -- se lleva a cabo en base al Programa Nacional de Rehabilitación -- que forma parte del Plan Nacional de Salud.

7. - Se presenta un nuevo modelo de institu- -- ción creado por la Dirección General de Rehabilitación y la Direc- ción General de Educación Especial: el Centro de Rehabilitación y Educación Especial (C.R.E.E.) que proporciona servicios de reha- bilitación integral (Física, Psicológica, Social, Educativa y Ocupa- cional) a todos los tipos de inválidos con la mejor utilización de -- los recursos.

Este tipo de Centro funciona en forma triparti- ta. (Dirección General de Rehabilitación de la S.S.A., la Direc- ción General de Educación Especial de la S.E.P. y el Gobierno -- del Estado donde se ubica el centro).

8. - El C.R.E.E. es coordinador de las activi- dades de rehabilitación del área geográfica en que se encuentra -- ubicada.

9. - La prevalencia de invalidez en el Estado -- de Guanajuato estimada para 1975 fue de 187,674 inválidos con -- una tasa de 6960 por 100,000 habitantes.

10. - El I.P.I.G. a través de una coordinación -- médica presta servicios parciales de rehabilitación a ocho institu-

ciones que atienden diferentes tipos de invalidez con recursos humanos, materiales y económicos limitados.

11.- Del análisis de los 584 casos de invalidez estudiados en Irapuato, Gto. el grupo de edad más numeroso correspondió al de 5 a 14 11/12 49.3%, no habiéndose atendido pacientes de más de 44 años.

12.- La procedencia de los pacientes correspondió en un 80.8% a la ciudad de Irapuato, Gto. el área de influencia del Centro abarcó a todo el estado y las áreas colindantes con Michoacán.

13.- El tipo de valoración inicial a que fueron sometidos los pacientes en ningún caso fue integral, realizándose solo en un 100% la valoración física; valoración social en un 68.8%; valoración educativa en un 5.5%; psicológica en un 0.7%; no se realizó valoración ocupacional por carecer del personal especializado.

14.- El Centro cuenta actualmente con dos médicos especialistas en Medicina de Rehabilitación, cuatro terapeutas físicos, un terapeuta ocupacional, un terapeuta del lenguaje y un maestro de Educación Especial.

15.- El mayor número de invalideces correspondió al Sistema Músculo Esquelético (449 casos) y de este grupo ocupó el primer lugar la Parálisis Cerebral (184 casos), el segundo lugar la poliomielitis (114 casos) y en tercer lugar las secuelas de la Limitación Articular (85 casos). La invalidez mental (101 casos) se presentó en un número de pacientes similar al del grupo con secuelas de poliomielitis.

16.- En cuanto al grado de invalidez 289 casos presentaban un grado leve, 239 un grado moderado y severo 50 pacientes.

17.- El tratamiento a que fueron sometidos los pacientes fue únicamente físico (100%) y educativo (5.5%).

18.- Se encontraron 292 pacientes que estaban en edad escolar, careciendo de escolaridad 146 casos; asisten a es cuela regular 81 pacientes y 32 a escuela de Educación Especial, - 33 casos fueron de custodia.

19.- Entre los pacientes en edad productiva, se observó que tenían ocupación 60 casos, la cual no interrumpieron - a pesar de su problema de invalidez. El porcentaje de los que laboraban fue de 66.7% y el resto eran desempleados; ésto pudo ser debido a que el grado de invalidez era leve y más de la mitad de estos casos eran mujeres que se dedicaban a labores del hogar y - que continuaron sus actividades a pesar de su incapacidad.

20.- Del grupo estudiado permanecen en tratamiento 385 (67.5%) pacientes; 27 (4.6%) fueron dados de alta con - rehabilitación parcial; 160 (27.4%) desertaron, 2 (0.3%) no eran in válidos y 1 (0.2) por defunción.

RECOMENDACIONES:

En base a las conclusiones expuestas en el presente trabajo, se plantea la necesidad de elaborar recomendaciones que permitirán mejorar la atención rehabilitatoria en el estado de Guanajuato.

Es indispensable estructurar un C.R.E.E. en el Centro de Rehabilitación de Irapuato, Gto. para:

- a) Brindar una atención rehabilitatoria integral, a todos los tipos de invalidez con la mejor utilización de los recursos.
- b) Coordinar los trabajos de rehabilitación en el Estado (los demás Centros y escuelas serían satélites del C.R.E.E.).
- c) Mediante sus acciones de desarrollo del personal y educación para la salud, permitiría que se abatiera el alto índice de deserción y corregir deficiencias en la atención rehabilitatoria prestada por el personal.
- d) Facilitar el establecimiento de programas de investigación, de servicios auxiliares, de estadística, etc.

V BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1950.
- 2.- Montes de Oca, L. M.; Ibarra, L.G.: Enfermedad Aguda, Enfermedad Crónica e Invalidez en 166 pacientes de la consulta externa del Hospital Infantil de México. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. julio-agosto de 1970.
- 3.- Ibarra, L.G.; Quintal Velazco, J.E.; Las Actividades de la Vida Diaria del Niño. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, septiembre-octubre de 1967.
- 4.- Instructivo del Registro Nacional de Inválidos, Subsecretaría de Asistencia, Dirección General de Rehabilitación de la S.S.A. 1974.
- 5.- Clark, E.G.: The Epidemiological Approach and Contribution to preventive Medicine in Leavell, H.R. and Clark, E.G. eds: Preventive Medicine for the Doctor in his Community Mac Graw-Hill - Book Co; New York Chapter 3, 1965.
- 6.- Krusen, E.M.; Kottke, F.; Epidemiología de la Incapacidad en relación con la Rehabilitación; Med. Física y Rehab.; Ed. Salvat, Cap. 42 Madrid 1975.
- 7.- Información del Departamento de Estadística de la Dirección General de Rehabilitación de la S.S.A.

8. - Ibarra, L.G.; Subprograma 15; Programa Nacional de Rehabilitación del Plan Nacional de Salud; pág. 5, 6, S.S.A. México - 1964.

9. - Información del Departamento de Rehabilitación Médica de la Dirección General de Rehabilitación de la S.S.A.