COMITÉ DE REDACCIÓN:

Dr. D. Juan BOSCH-MARIN (Director)
Dr. D. Manuel BLANCO-OTERO
Dr. D. Francisco CAÑELLAS
D. Enrique BRAVO (Administrador)

256823

BIBLIOTECA NACIONAL

Cuestiones médicas y sociales que plantea la organización de un Centro de Rehabilitación de niños afectos de enfermedad motriz

POR

ENRIQUE BRAVO
Administrador de los Servicios de Protección Maternal e Infantil
Becario de la O. M. S.

Año XXI ENERO 1958 Núm. 239

Publicaciones «AL SERVICIO DEL NIÑO ESPAÑOL» editadas por los Servicios de Protección Maternal e Infantil. MINISTERIO DE LA GOBERNACION Dirección General de Sanidad.-Madrid.

El Centro Internacional de la Infancia, de París, ha organizado un *stage* para Administradores Sanitarios y Directores de Centros de Rehabilitación (para niños afectados de enfermedad motriz), a petición de los Organismos Especializados de las Naciones Unidas, en el período comprendido entre el 14 de octubre y el 3 de noviembre de 1957.

A propuesta de la Dirección General de Sanidad fuimos designado Becario por la Organización Mundial de la Salud para tomar parte en estas enseñanzas. Han sido nuestros compañeros de trabajo los señores: M. ARNAUD, Director administrativo del Centro de Rehabilitación Funcional de Bois-Larris (Departamento de Oise, Francia); Dr. A. AURIACH, del Centro Helio-climático de Les Escaldes (Departamento de Pirineos Orientales, Francia); Sr. R. BIARDEAU, Director administrativo y pedagógico del Centro de Educación para Niños Inválidos de Ramonville-St.-Agne (Departamento del Alto Garona, Francia); Dr. M. PERDIKIS, Cirujano del Centro de Rehabilitación de Niños Enfermos de Atenas (Grecia); Dr. V. VALERIO, Cirujano de la Clínica Ortopédica de la Universidad de Bari (Italia); Sr. G. HAKIM, Administrador Jefe del Servicio de Hospitales en el Ministerio de Sanidad

VISITA DE CONJUNTO ACERCA DE LA REHABILITACION DE NIÑOS ENFERMOS MOTORES

A) DEFINICION DE LA REHABILITACION.

B) PRIMERA PARTE: LAS PREMISAS.

- a) Médicos.
- b) Escolares y profesionales.
- c) Familiares.
- d) Sociales.

C) SEGUNDA PARTE: ORGANIZACION Y GESTION DE UN CENTRO DE REHABILITACION.

- a) ORGANIZACIÓN
  - *I. Locales*
    1. Capacidad máxima del Centro.
    2. Emplazamiento.
    3. Arquitectura.
    4. Locales de recepción y consulta.
    5. Locales de tratamiento
       - Servicios médicos.
       - Servicios auxiliares.
    6. Locales de permanencia.
  - *II. Servicios médicos*
    1. Hidroterapia.
    2. Electroterapia.
    3. Quinesiterapia.
    4. Ortopedia.
    5. Ergoterapia.
    6. Orientación profesional.
    7. Enseñanza.
    8. Juegos
       - Juegos cotidianos.
       - Vacaciones de jueves y domingos.
       - Campamentos y colonias venariegas.
    9. Servicio Social
       - Antes de la entrada del niño.
       - Recepción del enfermo.
       - Permanencia en el Centro.
       - Salida del Centro.
       - Función de la Asistente Social.
       - Condiciones de su trabajo.
       - Dificultades.
       - El Servicio Social fuera de los Centros
    10. Consultas.
  - *III. Personal.*
- b) GESTIÓN
  - I. Problemas administrativos
    1. Generales.
    2. Financieros.
    3. Servidumbre de los locales.
    4. De instalación maternal.
  - II. Problemas de personal.
  - III. Problemas de los enfermos.
  - IV. Problemas de las familias.
  - V. Problemas de la Entidad Gestora del Centro.
  - VI. Problemas a la salida de los enfermos
    - a) Médicos.
    - b) Escolares.
    - c) Familiares y Sociales.
  - VII. Servicio post-cura.
  - VIII. Asociación de padres.
  - IX. Relaciones exteriores.

D) TERCERA PARTE: ORGANIZACION DE CONJUNTO DE LA REHABILITACION FUERA DE LOS CENTROS.

- a) REHABILITACIÓN A DOMICILIO.
- b) POST-REEDUCACION.

E) CONCLUSION: FUNCIONES DEL MEDICO Y DEL ADMINISTRADOR.

Pública de Beiruth (Líbano), y Dr. I. KENIG, Jefe del Servicio Ortopédico del Hospital Municipal de Nis, Belgrado (Yugoeslavia).

El *stage* se ha desarrollado íntegramente en el Hospital Ramón Poincaré, de Garches (Departamento de Seine-et-Oise), y el programa de trabajo fué preparado por el Dr. A. GROSSIORD, Médico de los Hospitales de París, y por el Sr. J. VATIER, Director del Hospital R. Poincaré.

Este Hospital, en el que ya desde 1945 funcionaba un servicio de reeducación de niños poliomielíticos, tiene desde 1949 el carácter de Centro Nacional de Rehabilitación y depende de la Administración general de la Asistencia Pública de París.

Situado en Garches, a 15 kilómetros de París, está instalado en el antiguo recinto del Hospicio de Ancianos que venía funcionando desde 1838 en la que fué casa de campo de Napoleón I.

Tiene una capacidad de 1.350 camas y dispone de tres grandes pabellones ocupados por cinco servicios médicos. Los dedicados a niños son: uno de 352 camas para niños poliomielíticos; otro de 35 camas para enfermos motores cerebrales, y otro de 500 camas para casos crónicos y servicios de cirugía general y cirugía ortopédica.

Consta de servicios completos de reeducación funcional, ergoterapia y electroterapia, más una organización escolar completa con jardín de infancia, enseñanza primaria, secundaria y técnica y profesional. Tiene un taller de ortopedia y locales de esparcimiento.

No se ha omitido el servicio de orientación profesional y dispone de un Servicio Social especializado. Funciona muy bien una Asociación de Padres y se organizan campamentos

en las vacaciones de verano, además de colonias veraniegas y excursiones y visitas culturales.

* * *

El sistema de trabajo ha consistido en dedicar cada mañana a estudiar la organización y funcionamiento de cada uno de los servicios y centros de interés del Hospital, y, por la tarde, desarrollar un coloquio entre todos los participantes para confrontar los resultados del estudio llevado a cabo y elaborar las conclusiones de conjunto, y así, al finalizar el curso, redactar un trabajo de equipo sobre las múltiples funciones del Director del Centro de Rehabilitación, que pueda ser de interés tanto para los Administradores como para los Médicos.

* * *

Los centros de interés sucesivamente estudiados son los siguientes:

1.º *El servicio de reeducación funcional.*—Estudio detallado del servicio (hidroterapia, gimnasia, electroterapia), estructura, locales, material, personal (formación y perfeccionamiento del personal especializado y auxiliar). Enlace con los otros servicios del Centro.

2.º *La enseñanza de los niños de edad preescolar y escolar.*—Locales, material, premisas pedagógicas esenciales, re-

laciones entre pedagogos - reeducadores y pedagogos - médicos. Formación del personal docente, especialización de los maestros.

3.º *La enseñanza de los adolescentes.*—Enseñanza profesional, enseñanza técnica, enseñanza secundaria. Medios, métodos, resultados. Problemas administrativos que se plantean.

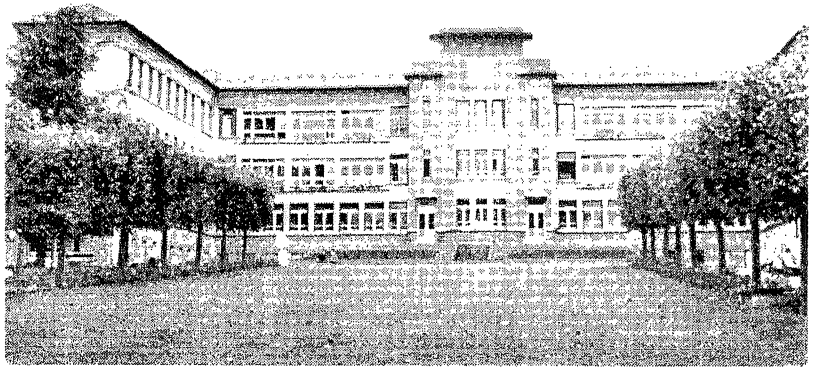
4.º *Ergoterapia y problemas profesionales.*—Lo que debe ser la ergoterapia en un centro de niños. Su lugar en relación a la reeducación y a la enseñanza. Formación del personal especializado. Problemas administrativos que plantea la ergoterapia. Indicaciones propias de esta terapéutica. Problemas profesionales: preorientación escolar, particularidades de la orientación de los enfermos (problemas médicos, psicológicos y técnicos), continuidad y coordinación, resultados. Colocación y empleo.

5.º *La hospitalización de los niños pequeños.*—Locales, material, organización del servicio, enlace con los servicios pediátricos y sanitarios, organización económica.

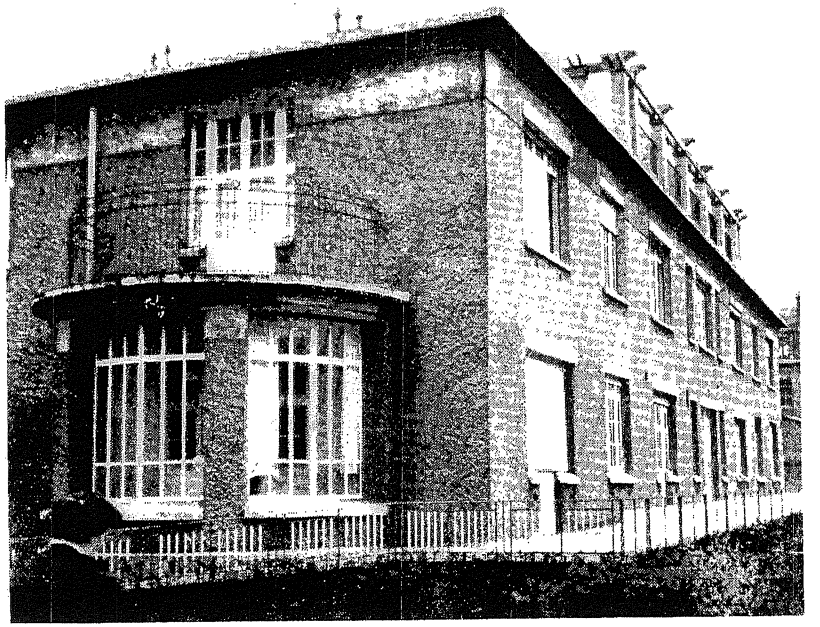
6.º *La hospitalización de niños mayores y de adolescentes.* Análisis de los problemas particulares y de las posibilidades de solución.

7.º *Los juegos y recreos del niño en el centro de reeducación.*—En la vida cotidiana, durante las pequeñas vacaciones, durante las vacaciones estivales. Incidencias sobre la administración: salidas, transporte, campamentos, deportes y juegos. Personal especializado.

8.º *El Servicio Social.*—Su especialización. Sus funciones específicas. Su importancia en el Centro de Rehabilitación.



Hospital R. Poincaré (Garches)



Hospital R. Poincaré (Garches)

9.º *La familia como piedra angular de la reeducación de los niños.*—Su lugar, sus relaciones con el Centro, su formación psicológica y técnica, su papel durante la hospitalización y después de la misma.

10. *Los problemas del niño a la salida del Centro.*—Las consultas, la post-cura.

11. *Gestión administrativa y financiera de un Centro de Rehabilitación.*—Estructura de conjunto del Centro de Reeducación. Particularidades administrativas: presupuesto, coste de estancia, relaciones con otras administraciones o establecimientos hospitalarios.

12. *Función del Administrador.*—El Administrador y el Médico. El equipo y el espíritu de equipo. Función del Director sobre cada uno de los miembros del equipo.

* * *

Como complemento de estos trabajos se celebraron las siguientes conferencias:

Dr. A. GROSSIORD: «La rehabilitación. Nociones generales. Posición del problema de conjunto en las diferentes disciplinas. Rehabilitación en la ciudad o en el hospital, en régimen de internado o externado. Articulación del Centro de Rehabilitación con los Hospitales generales. Vigilancia de los antiguos enfermos. Rehabilitación y orientación profesional.»

Dr. G. TARDIEU: «Problemas especiales de las enfermedades motrices de origen cerebral. Espasticidad. Neurología infantil. El niño considerado como un ser que evoluciona: edad funcional, edad mental, edad real. Utilización de aparatos para

enfermos motores cerebrales. Organización del servicio de rehabilitación para estos enfermos.»

Dr. P. LE COEUR: «Problemas especiales de la traumatología y ortopedia infantil. Axiomática de la ortopedia. Duración de la cicatrización muscular y ósea. Duración de la inmovilización. Duración de la hospitalización. Duración de la rehabilitación post-operatoria en el niño y en el adulto.»

Dr. A. GROSSIORD: «Problemas especiales planteados por la poliomielitis en relación con la rehabilitación. Incidencia de la poliomielitis en niños y en adultos. Incidencia en países muy civilizados. Atrofia muscular, parálisis, deformaciones. Escoliosis. Aparatos de reeducación.»

* * *

Una jornada completa de trabajo fué dedicada al Centro Internacional de la Infancia, en el Château de Longchamp, del Bosque de Bolonia.

El Director general del Centro, Dr. E. BERTHET, hizo un resumen de las actividades del mismo y una síntesis del trabajo realizado por cada una de sus Secciones, orientadas todas ellas a favorecer el estudio de todos los problemas relacionados con la infancia en los diferentes países del mundo en los aspectos médico, psicológico y social.

La Sra. H. GRATIOT-ALPHANDERY, Jefe de trabajos en el Laboratorio Psicobiológico del Instituto de Psicología de la Universidad de París, expuso las posibilidades de rehabilitación psicológica de los niños y adolescentes enfermos motores, sacando la conclusión de que el trabajo del psicólogo es también un trabajo de equipo con todas las personas que actúan en el Centro de Rehabilitación; no es un trabajo aisla-

do, sino asociado a la vida cotidiana del enfermo, pues el psicólogo debe conocer todos los detalles de su vida dentro y fuera del Centro; en resumen: es un trabajo continuado que debe tender a resultados concretos.

La Dra. J. FABIA, Jefe del Servicio de Actividades Sociales del Centro Internacional de la Infancia, informó acerca de la encuesta que, sobre el porvenir de los niños enfermos motores, está llevando a cabo dicho Centro.

Los fines de la encuesta, que se realiza simultáneamente en diversos Departamentos de Francia y en algunos de Italia, son:

1.º Conocer el número aproximado de enfermos motores (hacer un verdadero censo de enfermos motores).

2.º Descubrir las causas de las enfermedades motrices.

3.º Valoración de lo que se ha hecho en este campo.

Como síntesis de los resultados provisionales obtenidos pueden citarse los siguientes:

Número de enfermos motores:

De 400 a 450 por 100.000.

Causas:

25 por 100, malformaciones congénitas.
16 por 100, poliomielíticos.
15 por 100, traumatismos.
10 por 100, tuberculosos.
17 por 100, enfermos del sistema nervioso central.
17 por 100, causas diversas.

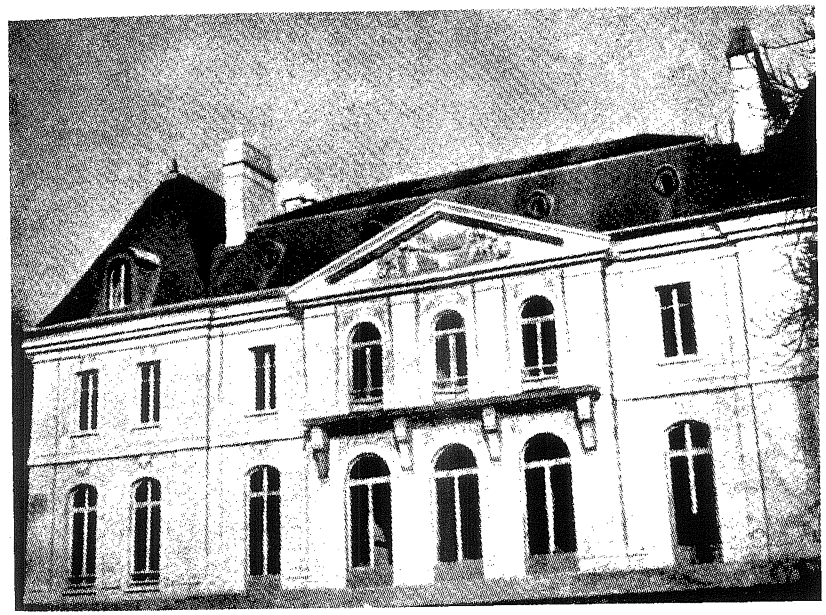
* * *

Por último, el *stage* se ha completado con la visita a los siguientes Centros de Rehabilitación:

Centro de Bois-Larris, (en Lamorlaye, Departamento de Oise).—Es un Centro de Rehabilitación funcional para niños, organizado por la Cruz Roja Francesa, instalado en un antiguo castillo, en pleno bosque de Chantilly. Consta de 76 plazas y admite niños hasta de edad de doce años. En el edificio del castillo están instalados los servicios generales, y en dos pabellones independientes, los servicios de reeducación y los de ergoterapia. Dispone también de una clase maternal y clases de enseñanza primaria.

Centro de Saint-Fargeau (Departamento de Seine-et-Marne).—Es un Centro escolar de cura y post-cura de la Asociación de Paralíticos de Francia, la cual, desde hace veinte años, se preocupa del grave y difícil problema de orden médico, escolar, profesional y hospitalario que plantea la enfermedad funcional en niños y adultos. Este Centro, fundado en 1950, dispone de 90 plazas: 76 dedicadas a reeducación funcional y 14 a post-cura. Admite niños a partir de cinco años y pueden permanecer allí hasta los veinte años. Actualmente, un 90 por 100 de los enfermos son poliomielíticos; un 5 por 100, de escoliosis, y un 5 por 100, de casos diversos. Las clases de primera enseñanza tienen 50 alumnos, y las de enseñanza secundaria, 33 alumnos. Dispone también de un servicio de orientación profesional a cargo de personal especializado. Los servicios de reeducación funcional son los generales de esta clase de Centros.

Centro de Fontainebleau (Departamento de Seine-et-Marne).—Fundado por la Caja Regional de la Seguridad Social



Centro Internacional de la Infancia (París)

de París, funciona desde 1953 y es un Centro para enfermos motores de origen neurológico, reeducables y no evolutivos. El servicio de adultos recibe enfermos (hombres solamente) con secuelas de poliomielitis, paraplejía traumática o infecciosa, polineuritis, hemiplejía del adulto joven, etc. El servicio de niños recibe las mismas categorías de enfermos y dispone, además, de una sección para enfermos motores cerebrales reeducables: enfermedad de Little, hemiplejía cerebral infantil, coreo-atetosis (niños y niñas de tres a once años). Sus instalaciones son las generales de hidroterapia, quinesiterapia, ergoterapia, electroterapia, salas y terrenos de juegos, clases y jardín de infancia, etc. Cuenta con 106 camas: 42 para niños de tres a once años y 64 para adultos de catorce a treinta años.

* * *

Como la finalidad del *stage* era redactar un trabajo de equipo sobre las funciones múltiples del Director de un Centro de Rehabilitación, el último día fué sometido a discusión y estudio el esquema y plan de dicho trabajo y forma de llevarlo a cabo.

El esquema acordado fué el siguiente:

VISTA DE CONJUNTO SOBRE LA REHABILITACIÓN DE LOS NIÑOS ENFERMOS MOTORES

A) *Definición de la rehabilitación.*

B) *Primera parte. Las premisas:*

a) Médicas.
b) Escolares y profesionales.
c) Familiares.
d) Sociales.

C) *Segunda parte. Organización y gestión de un Centro de Rehabilitación:*

a) Organización.
b) Gestión.

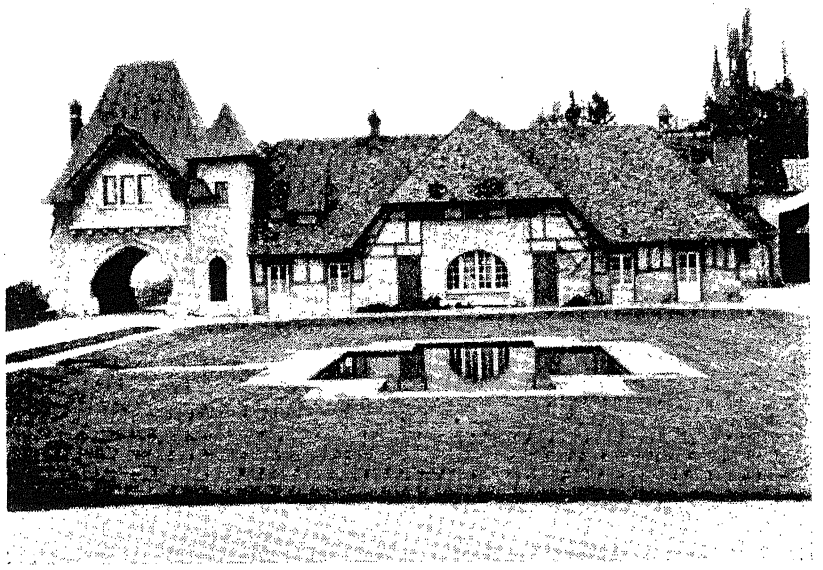
D) *Tercera parte. Organización de conjunto de la rehabilitación fuera de los Centros:*

a) Rehabilitación a domicilio.
b) Post-reeducación.

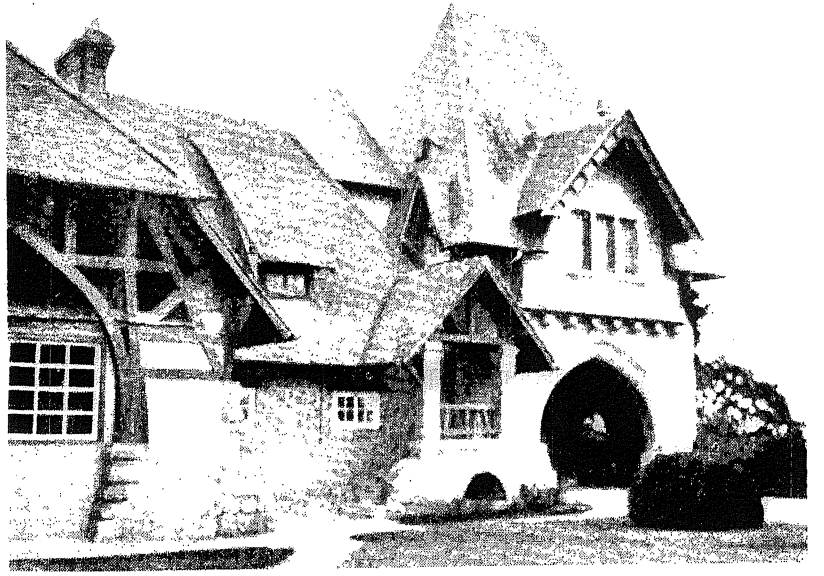
E) *Conclusión: Funciones del Médico y del Administrador.*

En cuanto a la forma de llevar a cabo el trabajo se decidió que cada participante en el Curso desarrollase dicho esquema con los conocimientos y experiencias adquiridos; el Director del Hospital de Garches llevaría a cabo la refundición y sistematización del estudio realizado por cada uno.

* * *



Centro de Bois Larris (Lamerlaye)



Centro de Bois Larris (Lamerlaye)

Por nuestra parte, nuestra aportación a dicho trabajo ha sido la siguiente:

A) Definición de la rehabilitación

Rehabilitación es el conjunto de métodos que permite reducir al mínimo las alteraciones de toda clase que sufren los enfermos motores y facilitar su integración o reintegración a la vida social.

La rehabilitación no es una técnica, es un espíritu; tiene una influencia social, familiar y profesional considerable; comprende las afecciones neurológicas y traumáticas.

B) Primera parte.—Las premisas

a) *Médicas:*

Conocer primeramente las causas de la invalidez. Descubrimiento precoz de la misma.

Asistencia a los:

Poliomielíticos.
Enfermos motores cerebrales (neurológicos).
Traumatizados (accidentados).

Procurar el enlace entre los Hospitales de agudos y los Centros de Rehabilitación.

Establecer: a) Centros de Rehabilitación en cada región. b) Servicios de rehabilitación en los Hospitales generales.

Coordinar todos los Centros de Rehabilitación del país.

Ciclos de estudio de perfeccionamiento de los Médicos en materia de rehabilitación.

Standardización de los aparatos de prótesis.

Educación sanitaria de la población en materia de rehabilitación (conferencias, carteles, folletos, radio, televisión, propaganda, publicidad, etc.).

b) *Escolares y profesionales:*

1. En la enseñanza, el enfermo debe recuperar el tiempo perdido a causa de la enfermedad.
2. Recuperación funcional. Recuperación psicológica. Recuperación social (reintegración a la familia).
3. Debe recibir una formación especial, puesto que tiene una capacidad reducida para el trabajo.
4. ¿Qué clase de oficio podrá ejercer?
5. Catálogo de las profesiones utilizables para los enfermos físicamente disminuídos.
6. Legislación de protección a los enfermos motores.
7. Posibilidad de acceso a las plantillas de funcionarios del Estado.

c) *Familiares:*

En general, la hospitalización no es buena desde el punto de vista psicológico.

Es preciso una terapéutica de contacto.

Es preciso hacer venir las familias al Centro.

Integración del enfermo a la vida familiar.

Repercusión familiar y social de las secuelas de la enfermedad.

Formación de las familias en problemas ortopédicos.

Formación de las familias en psicología infantil.

Es peligroso que un Centro de Rehabilitación haga abstracción de las familias. La organización del Centro debe orientarse para *ayudar* a la familia por lo que a la rehabilitación respecta.

La familia debe tener una intervención muy activa en la vida del Centro.

La visita de las familias a los enfermos debe ser obligatoria. Si ellas no pueden venir, es necesario ayudarlas.

No olvidar nunca que la familia forma parte del equipo de rehabilitación.

d) *Sociales:*

¿Quién es un disminuído físico?

Es preciso hacer un *censo* de enfermos.

¿Cuál es la amplitud de la rehabilitación?

Es preciso hacer un *balance* de necesidades.

Esto se hará por *encuestas* muy detalladas, ya que la cuarta parte de la población mundial está físicamente disminuída.

C) Segunda parte.—Organización y gestión de un Centro de Rehabilitación

a) *Organización*

I. *Locales*

1. *Máximo* del Centro: 100 camas para enfermos externos e internos.

2. *Emplazamiento:* Es preferible fuera de la ciudad, pero no muy alejado, para permitir el enlace de las familias y de los antiguos enfermos con el Centro y para no separar ni «aislar» la vida de los enfermos de su medio habitual. Ambiente alegre y agradable.

3. *Arquitectura:*

a) Pabellones y locales para: niños muy pequeños, niños hasta doce años y niños mayores.

b) Pabellones de una planta, si es posible. Entradas en rampa. Si hay varias plantas, servicio de ascensor.

Salas de 6 ó 7 camas: Un servicio sanitario por sala. Un servicio de baño por 20 camas. Cada sala: 50 m² y 150 m². Aireación permanente.

Calefacción central: 16° en los vestíbulos: 19° en las salas de hospitalización; 22° en las salas de tratamiento.

c) Jardines y parques.

4. *Locales de recepción y consultas:*

a) Vestíbulo y sala de espera.

b) Varias salas de examen (una debe dedicarse a cuidados médicos y cirugía elemental) dotadas de negatoscopios y espirómetro.

c) Despacho de Médicos y ayudantes.

d) Dirección: administración, archivo, biblioteca, microfilm, museo iconográfico.

e) Despacho para el Servicio Social.

5. *Locales de tratamiento* (servicios médicos):

Servicios médicos: hidroterapia, electroterapia, quinesiterapia, ortopedia, ergoterapia, orientación profesional, enseñanza, juegos, servicio social.

Servicios auxiliares: taller ortopédico, almacén para camillas y butacas rodantes, etc.

6. *Locales colectivos:*

a) Servicio religioso.
b) Sala de reuniones, cine, juegos, etc.
c) Sala de descanso para los hospitalizados.
d) Sala de descanso para los enfermos.
e) Vestuario y sala de descanso para el personal.

II. *Servicios médicos*

1. *Hidroterapia.*—Finalidad:

Calentamiento de los músculos.
Hacer movimientos en el agua (en la polio).

Bañeras.
Tanques Hubbard (con chorro de agua a presión).
Piscina (para enseñar la marcha y la natación).

2. *Electroterapia y electrodiagnóstico:*

Aparatos de termoterapia.
Onda corta.
Diatermia.
Rayos infrarrojos.
Radioscopia.
Rayos X.
Electroencefalógrafo.

3. *Quinesiterapia* (1.ª fase de la reeducación funcional):

Gimnasia segmentaria y analítica.
Marcha correctiva.
Ejercicios de gimnasia.

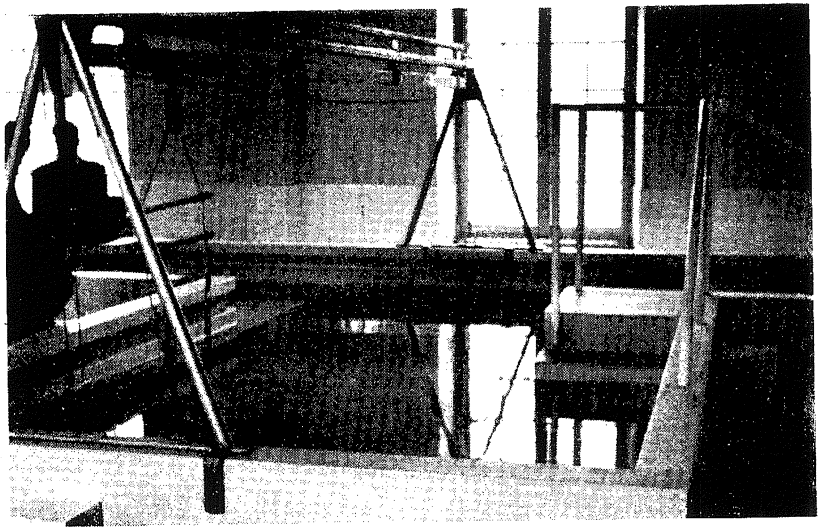
Reeducación activa:

— Un gimnasio (60 m²) colectivo.
— Una sala de reeducación para la movilización individual de los enfermos (masaje en seco).

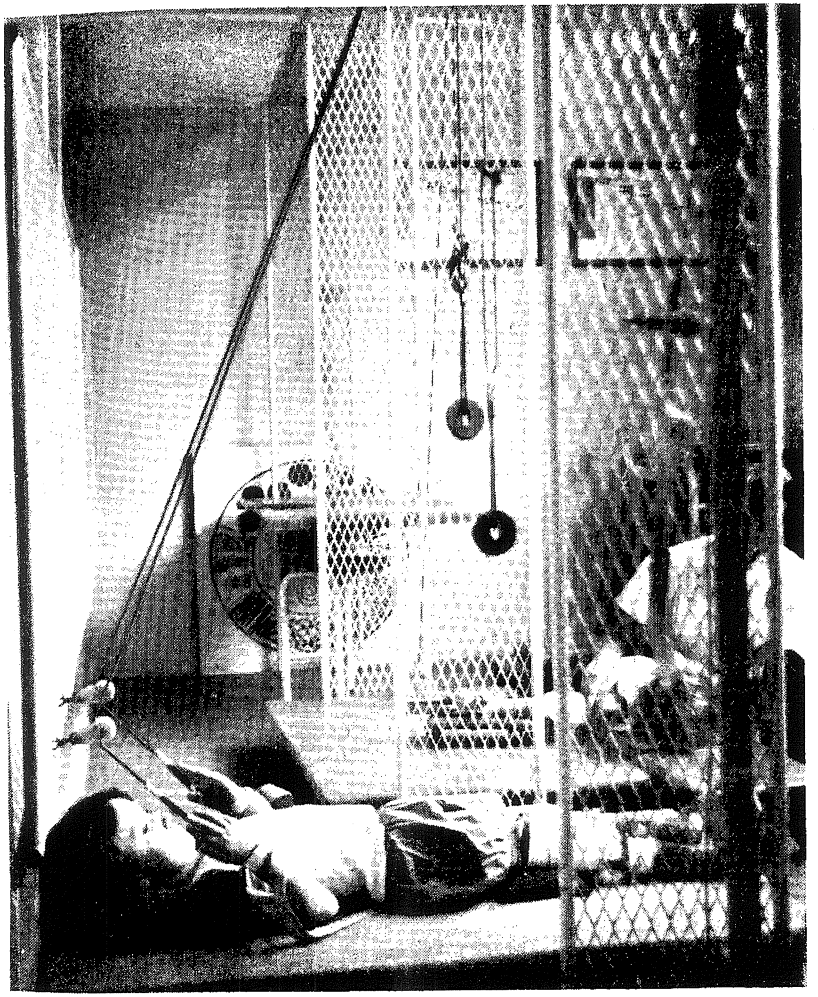
4. *Ortopedia:*

Sala de operaciones.
Sala de enyesado.
Sala para los diferentes aparatos de prótesis.
Taller de aparatos ortopédicos.

* * *



Un servicio de hidroterapia



Poleas articuladas

No olvidar la «axiomática» de la ortopedia:

a) Duración de la cicatrización:

Músculos, 21 días.

Fracturas, 3 meses; húmero, 12 días; pelvis, 18-21 días; fémur, 80-100 días.

b) Duración de la inmovilización:

Polio: evolución, dos años (entre dieciocho meses y tres años).

Recuperación motriz de una polio, tres meses.

Recuperación nerviosa, un año.

Operación muscular: no hacer nada antes de los cinco o seis años.

Operación ósea: articulación del pie, a los nueve años; puño, a los catorce años; tibia y peroné, a los trece años; espalda, a los quince años; columna vertebral, a los diecisiete años.

Una polio de cero-cinco años: esperar a los siete años sin hacer nada quirúrgico; operación ósea, a los diez años.

Una polio de cinco-siete años: operación a los nueve años.

Edad ideal para la operación de polio: ocho años.

c) Duración de la hospitalización:

Un yeso, ocho días; es decir, la duración de la cicatrización cutánea. Máximo, diez días.

Una operación mal hecha debe rehacerse antes de los ocho-diez días. Veinte días después, todo se ha ter-

minado, es decir: a los cinco días, comprobación radiológica; a los ocho días, cicatrización cutánea; a los veintiún días, para los huesos.

La hospitalización se limita a los casos que no van bien.

Reeducación: Después de la consolidación (o sea, no hacer nada hasta tres meses después de la operación).

En la mayoría de los casos no hay necesidad de reeducación porque ella se hace espontáneamente.

d) Duración de la reeducación post-operatoria:

En el adulto: Si puede ejercer su oficio, él se reeduca rápidamente; la hospitalización será corta.

Si quiere eternizarse en la enfermedad, será malo para el enfermo y para el Centro, que, entonces, no hará nada útil.

En el niño: El problema de la hospitalización será forzado por la enseñanza a fin de recuperar el tiempo perdido.

¿Es preciso sacrificar la reeducación a la escuela?

Se necesita flexibilidad en los plazos médicos en favor de la escuela.

En la escoliosis es necesario hospitalizar al niño durante todo el tiempo hasta los diecisiete años.

5. *Ergoterapia* (segunda fase de la reeducación. Complemento funcional de la quinesiterapia):

En la polio: Ergoterapia simultánea a la quinesiterapia.

En los enfermos motores cerebrales: Ergoterapia después de la quinesiterapia.

No confundir la ergoterapia con los juegos o las actividades dirigidas.

6. *Orientación profesional.*

7. *Enseñanza:*

Jardín de infancia y escuela maternal.

Enseñanza primaria.

Enseñanza secundaria.

Enseñanza técnica y profesional.

La enseñanza es una obligación moral de los Centros de Rehabilitación. Todos los grandes Centros de Rehabilitación deben organizar la enseñanza.

Horarios adaptados a la reeducación.

Clasificar a los niños por su nivel escolar, no por su posición (tendidos, sentados, etc.) ni por su enfermedad.

Los poliomielíticos son normales en el plano intelectual.

Los enfermos motores cerebrales tienen necesidad de un perfeccionamiento, no de una simple recuperación de tiempo perdido.

Es preciso iniciar la enseñanza a los enfermos en el mismo Centro activo de Rehabilitación.

Es preciso no retrasar la preparación.

Intercambio entre las escuelas de orientación profesional.

8. *Juegos:*

a) *Juegos cotidianos:* Escolares y extraescolares, juegos dirigidos y juegos libres.

Los juegos forman parte de la enseñanza.

La insuficiencia intelectual de los enfermos motores cerebrales se plantea sobre todo en el problema de los juegos.

Actividades de los juegos dirigidos:

a) No imponer ninguna actividad.
b) Trabajos manuales, talleres dirigidos.

Una instructora-educadora por cada seis niños, con responsabilidad total aun fuera de la escuela.

b) *Juegos de jueves y domingos:* Se organizarán los horarios según las necesidades, los enfermos, la temperatura, los locales, las circunstancias.

c) *Juegos en campamentos y colonias:* Hacer del campamento o colonia un «servicio de rehabilitación al aire libre».

Posibles permisos a los niños para ir con sus familias durante las vacaciones.

9. *Servicio Social:*

Será el elemento coordinador del Centro.

La actividad de la Asistente Social en el equipo de rehabilitación es un trabajo de inteligencia y habilidad para apreciar los factores sociales y afectivos que entran en juego en el caso de cada inválido.

Antes de la entrada del niño:

Información, descubrimiento del caso (problemas familiares y sociales).

Admisión del enfermo:

El Director es quien acuerda la admisión y el alta del enfermo, según el dictamen médico. El es el responsable jurídico de los enfermos.

La Asistente Social facilita la admisión y establece el enlace entre los hospitales de agudos y el Centro de Rehabilitación.

Aceptación de los padres.

Arreglar el asunto del coste de estancia.

La admisión debería acordarse por una Comisión médico-pedagógica.

Durante la hospitalización:

La Asistente Social debe establecer el enlace entre los padres del enfermo y el Centro, los servicios del Centro, el Director del Centro y el personal del Centro.

Al principio, la Asistente Social da noticias a la familia (preparando desde el principio la salida del enfermo).

Enlace con las familias.

A la salida del enfermo:

La Asistente Social forma parte de una Comisión que acuerda el alta, formada por: Médico, Asistente Social, Instructora y el Director.

La Asistente Social indica la manera de continuar el tratamiento después de la salida del enfermo.

La Asistente Social es el enlace para toda información ulterior y ella hace la síntesis de todos los problemas a la salida del enfermo: médicos, sociales, profesionales, económicos, compra de camilla, etc.

Si el enfermo vive en la proximidad del Centro, la Asistente Social hace ella misma el trabajo; si vive lejos del Centro, la Asistente Social lo hace por medio de relaciones epistolares.

Los enfermos vienen al Centro cada seis meses; en sus

casas es el médico de cabecera quien sigue el tratamiento con el dictamen formulado por el Médico del Centro.

Función de la Asistente Social:

Es una función consustancial al Centro mismo; con los enfermos y con los antiguos enfermos.

Condiciones de su trabajo:

De una extrema movilidad.

Dificultades:

Pueden presentarse conflictos con las instructoras y aun con los servicios médicos.

El servicio social fuera de los Centros:

No es indispensable que sea especializado.

El trabajo puede hacerse por la Asistente Social de sector y la Asistente Social de la Protección Maternal e Infantil, con el dictamen médicosocial.

Sería deseable la formación de una Asistente Social especializada en cada región para orientar a todas las Asistentes Sociales que en la misma actúen.

Sería deseable también disponer de un catálogo de actividades y profesiones adecuadas para los enfermos motores.

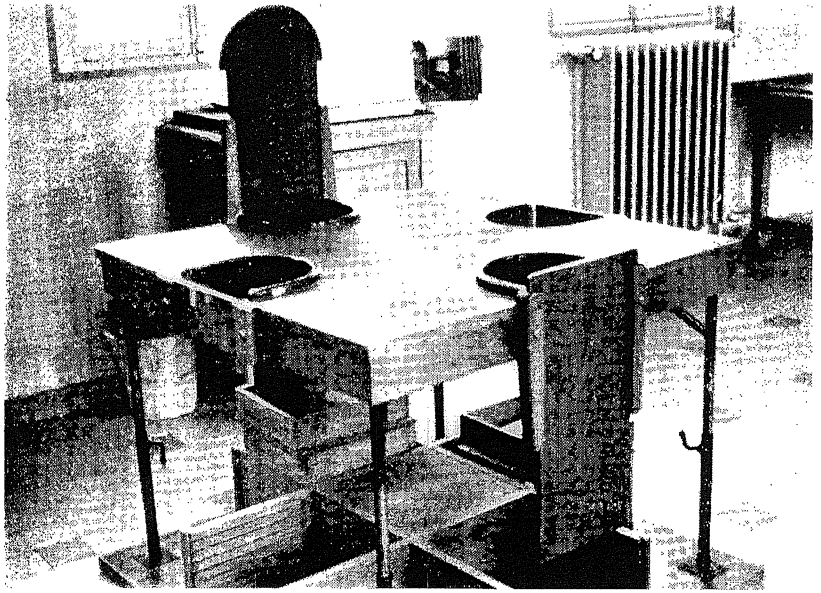
10. *Consultas:*

Consultas para los que no tienen necesidad de hospitalización.

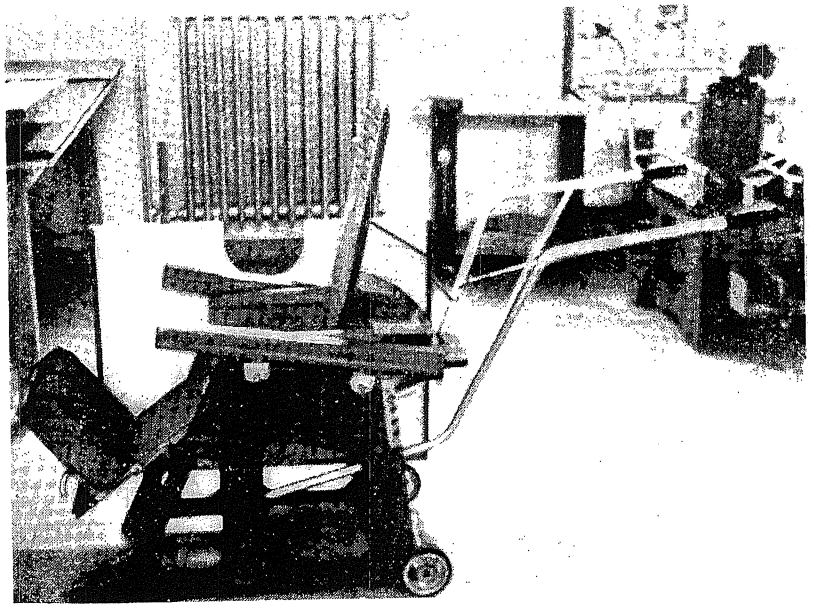
Consultas para los antiguos enfermos.

Consultas con los padres del enfermo.

Consultas de orientación profesional.



Rehabilitación de enfermos motores-cerebrales



Rehabilitación de enfermos motores-cerebrales

III. *Personal:*

Un Director con su contable y el personal administrativo.
Un Médico jefe de Servicio.
Un Médico neurólogo.
Un Médico ortopédico por cada 50 enfermos.
Un pediatra.
Un neuropsiquiatra.
Un Médico radiólogo.
Un quinesiterapeuta por cada 10 enfermos.
Un ergoterapeuta por cada 20 enfermos.
Masoterapeutas.
Reeducadores y reeducatrices.
Orientadores profesionales.
Enfermeras.
Maestros y Maestras.
Instructoras-educadoras (que hacen el papel de madres de familia).
Asistentes Sociales especializadas.

* * *

Un equipo para los cuidados a domicilio.

Celebrar reuniones periódicas: Médico, Enfermera, Quinesiterapeuta, Reeducatrices, etc., para hacer la síntesis del trabajo.

* * *

Reconocimiento médico del personal antes de su admisión en el Centro: examen radiológico, inmunizaciones antivariólica, antitífica, antidiftérica, antitetánica, etc.

b) *Gestión*

I. *Problemas administrativos*

1. *Generales:*

Organización de los servicios, enlace de los mismos, evitar el aislamiento nocivo muy riguroso de cada servicio.

Carácter *humano* de un Centro de Rehabilitación.

Vestido: no uniformar a los enfermos, vestidos tipo noruego para los poliomielíticos, porque son amplios y cubren los aparatos.

Alimentos: vigilar su presentación. Composición de las minutas: la mayor variedad posible.

Servicio de comedor: pequeñas mesas; que la Reeducadora coma con los niños.

Pedagogía de la comida: conversación con la Reeducadora. La comida debe ser la parte más educativa de la jornada.

Dormitorios: camas un poco bajas; cortinas en plástico, lavables; cuadros de adorno; pinturas en tonos pastel.

2. *Financieros:*

Establecer el coste de estancia diario.

El vestido debe incluirse en el coste de estancia.

Los gastos de talleres de ergoterapia deben incorporarse a los gastos médicos, puesto que se trata de una terapia.

Gastos de enseñanza: el personal, a cargo de la Educación Nacional; el material, incluído en el coste de estancia.

Cuando se trate de establecer un plan de rehabilitación,

será muy útil hacer una *encuesta,* un *censo* de enfermos motores, antes de embarcarse en los grandes problemas financieros que dicho plan ha de llevar consigo.

3. *Servidumbres de los locales:*

Condiciones generales: colores alegres y agradables, puertas anchas, suelo impermeable, muros lavables, aireación permanente en todo tiempo, calefacción central.

De hospitalización: dormitorios, 7 m² por niño (salas de 6-7 camas como máximo).

De permanencia: no olvidar el problema de los carros-camillas.

De los servicios médicos:

Sala de gimnasia: 3 m² por niño; suelo antideslizante.

Hidroterapia: vestuarios, grado higrométrico, agua depurada y esterilizada, temperatura permanente del agua, cambio frecuente del agua, climatización, ventilación, posible techo en pendiente para favorecer la eliminación del vapor condensado en el mismo.

De enseñanza: clases para 15 niños como máximo. 5 m² por alumno (a causa de los carros-camillas).

Protección especial de galerías y de puertas para evitar choques y golpes originados por los carros-camillas y por las butacas rodantes.

4. *De instalación material:*

Gimnasia: Material sencillo, no complicado; mesas de reposo, barras paralelas, mesas de masaje, planchas de sostén, poleas, escaleras de ejercicio.

Aparatos ortopédicos: Talleres bajo la dirección del Médico y de la Reeducadora.

Enseñanza: el material normal de una escuela. Una mesa reglable para cada carro-camilla. Quizá un pupitre al lado de cada carro-camilla. Un encerado reglable.

II. *Problemas de personal*

Hidroterapia: Dada por el personal de servicio (cuando se trate únicamente de calentar los músculos). Y dada por personal especializado (cuando se trate de ejecutar los movimientos en el agua).

Quinesiterapia: Formación básica: enfermera más un *stage* en un servicio y conocimientos de psicología infantil.

Electroterapia: Formación de enfermera y *stage* en un servicio de radiología.

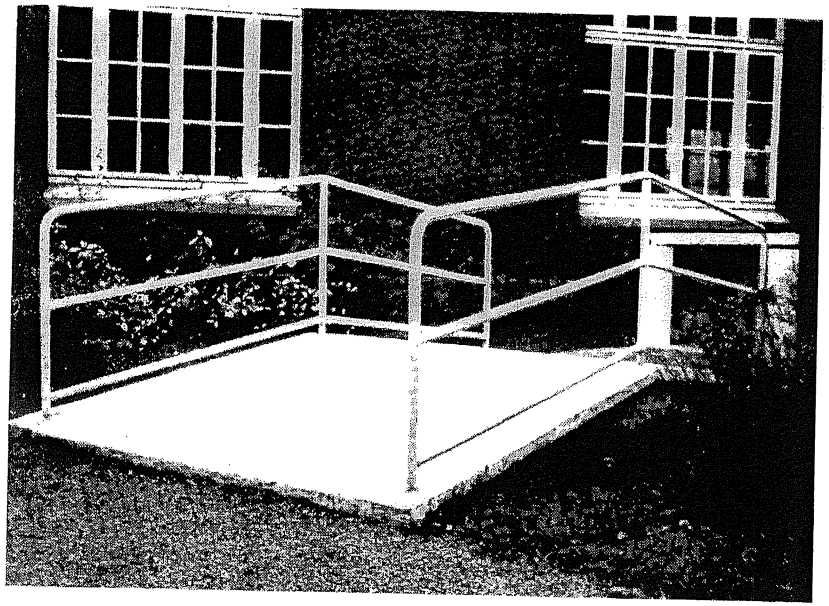
Ergoterapia: Formación de base y *stage* en un servicio, más conocimientos de psicología y pedagogía.

Instructoras-educadoras: Formación de base más conocimientos generales de psicología infantil.

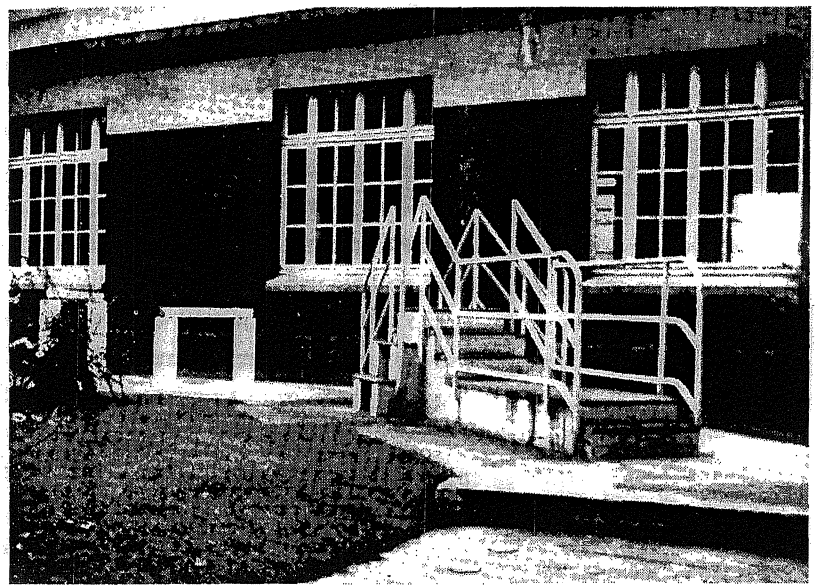
Asistentes Sociales especializadas: Formación ortopédica, formación médica, conocimiento de la legislación y conocimientos generales de la psicología de las familias y de los enfermos.

III. *Problemas de los enfermos*

Enlace entre los enfermos y sus familias (incluso permanencia de éstas durante dos o tres días en el Centro a la entrada y antes de la salida del enfermo).



Reeducación de la marcha



Reeducación de la marcha

Los niños deben formar un grupo para la enseñanza según su nivel intelectual, y otro grupo según su edad para la vida diaria en el Centro (más semejante a su vida en el hogar).

No olvidar la influencia psicológica del educador sobre el enfermo.

En el enfermo hay siempre un período de retorno al pasado, de choque psicológico, de traumatismo psicológico.

Es preciso no mirar al pasado del enfermo, sino darle una visión optimista de su porvenir.

Es preciso entrar en contacto con todo lo que rodea al enfermo (la familia, el hogar, etc.); observarle también cuando está en vacaciones, etc., para conocerle en un ambiente que no sea el medio hospitalario.

Se plantean problemas diferentes entre los campesinos y los de medios urbanos, entre los intelectuales, entre los obreros, incluso entre los hombres y las mujeres. Los hombres son más optimistas y realistas ante el porvenir.

Es preciso autorizarles frecuentes visitas y permisos también frecuentes para preparar su salida del Centro.

Enriquecer el medio psicológico de la vida de los niños en el Centro evitando la rutina, procurando una irregularidad en medio de la regularidad, un cambio de programa dentro del plan médico. A este respecto es preciso dar una educación especial al personal.

IV. *Problemas de las familias*

Enlace entre las familias y el Centro de Rehabilitación.

Visitas frecuentes a los enfermos.

Consultas con los padres.

Permanencia de los padres a la entrada y antes de la salida del enfermo.

Informar a las familias cada tres meses acerca de la marcha de la enfermedad.

Ayuda mutua entre las familias para resolver los problemas que les plantea la enfermedad de sus deudos.

V. *Problemas de la entidad rectora del Centro*

Lograr una personalidad jurídica del Centro.

Lograr una independencia económica del Centro.

Establecer una red de Centros en cada región e incluso en todo el país.

VI. *Problemas a la salida de los enfermos*

a) *Médicos:*

Una Comisión propone la salida.

Hacer un censo de cuidados posteriores.

Un quinesiterapeuta reeducará a domicilio.

El pondrá al corriente a la familia para hacer la reeducación.

Es necesario vigilar el trabajo de las familias en lo que a reeducación se refiere.

b) *Escolares:*

Dificultades para colocar a los niños a la salida.

Es más fácil para los niños que pueden andar.

Más fácil en el campo que en la ciudad, porque la escuela está más próxima.

Quizá enseñanza por correspondencia o utilizar el servicio de un maestro a domicilio.

Instalar una guardería especial para los pequeñitos.

Formación de una Comisión médicopedagógica.

c) *Familiares y sociales:*

Reintegración del enfermo en las familias.

Formación y educación de las familias a este respecto.

Es necesario enseñarles a cuidar a sus niños.

Información de la Asistente Social sobre las condiciones familiares: vivienda, jardín, cuarto de baño, posibilidades, enseñanza de la reeducación, ambiente moral.

Vencer las dificultades materiales, psicológicas, económicas y sociales.

VII. *Servicios de post-cura*

Problemas de adquisición de carros-camillas, o de muletas, o de butacas rodantes, etc.

Problemas de corrección de los aparatos.

Problemas de las profesiones: hay muchos pequeños oficios que pueden ser muy útiles para un readaptado.

Aliviar a las familias que tienen a su cargo la post-cura de un enfermo (por ejemplo: llevándole al Centro algunos días cada año, o en vacaciones, etc.).

Crear un Centro de Post-cura (y entonces las familias podrían llevar a sus casas al enfermo en tiempo de vacaciones).

VIII. *Asociación de padres*

Su función: celebrar reuniones, publicaciones, hospedar a las familias que viven demasiado lejos del Centro.

Hacer gestiones que la familia sola no podría hacer.

Recaudar fondos para el Centro: organizar festivales, propaganda, publicaciones, etc.

Garantía para el préstamo por el Centro de un carro-camilla, o de una butaca rodante, o de unas muletas, etc.

IX. *Relaciones exteriores*

Enlace entre todos los Centros de una región y de todo el país.

Enlace de las Asociaciones Nacionales e Internacionales de Inválidos o de Enfermos Motores.

Asistencia a Congresos científicos internacionales.

Trabajos de investigación.

Intercambio cultural y científico de la rehabilitación (libros, publicaciones periódicas, etc.).

D) Tercera parte.—Organización de conjunto de la rehabilitación fuera de los Centros

a) *Rehabilitación a domicilio*

Una Reeducadora a domicilio.

La Asistente Social debe conocer:

La composición de la famliia.
Su situación material: trabajo, recursos, vivienda.
Condiciones de la vida en el hogar.
Comportamiento del niño.

La Asistente Social debe enseñar la rehabilitación a las familias y orientar las actividades escolares y profesionales del enfermo.

b) *Post-reeducación*

Hacer venir los enfermos al Centro cada seis meses.

Es necesario establecer Centros Externos de Rehabilitación.

E) Conclusión: funciones del Médico y del Administrador

La rehabilitación de un niño es, ante todo, la educación bajo vigilancia médica.

El Administrador y el Médico deben trabajar en espíritu de equipo.

Espíritu de equipo es el cuidado del uno de no hacer nada sin conocer lo que el otro piensa.

En caso de conflicto, es el Director quien decide.

Para crear el espíritu de equipo entre los colaboradores del uno y del otro se precisa:

Comisiones o reuniones de síntesis para discutir todos juntos los principales problemas:

a) De la marcha general del Centro.
b) De cada caso en particular.

Reuniones mensuales del equipo que trabaja con un grupo de niños para tratar de sus casos respectivos.

Reuniones mensuales de *todos* los jefes de servicio para estudiar la marcha general del Centro.

Función específica del Administrador del Centro: el Administrador es el intendente general que debe resolver *todos* los problemas que se plantean en el Centro. El es el alma del Centro.

El Administrador es el representante permanente de las familias y él tiene la responsabilidad jurídica de los niños.

El es también el delegado de la Entidad a la cual pertenece el Centro y así mantiene el equilibrio entre la Entidad y las familias.