

MIREYA AVENDAÑO AZOCAR

EL PROBLEMA DEL NIÑO LISIADO Y
EL INSTITUTO DE
REHABILITACION INFANTIL



SANTIAGO DE CHILE

1954

Fac. Social
A 951
1954
c-1

MIREYA AVENDAÑO AZOCAR



EL PROBLEMA DEL NIÑO LISIADO Y
EL INSTITUTO DE REHABILITACION
INFANTIL

00589



Memoria de prueba, para optar al título de ASISTENTE SOCIAL de la Escuela de Servicio Social "Dr. Alejandro del Río".

OSTS/ Nº Univ. = 59722

SANTIAGO DE CHILE

- 1954 -



UNIVERSIDAD DE CHILE
SEDE SANTIAGO ORIENTE
BIBLIOTECA CENTRAL

Esta memoria se calificó con distinción (5).

EL PROBLEMA DEL NIÑO LISIADO Y EL INSTITUTO DE REHABI-
LITACION INFANTIL

Mireya Avendaño Azócar

La tesis consta de dos partes: En la primera expone la política asistencial de diferentes países europeos frente al problema del niño lisiado, estudiada principalmente a base de actas de conferencias internacionales sobre el tema. El segundo capítulo plantea el problema en Chile procurando definirlo, señalar las proporciones que tiene y proponiendo un plan de rehabilitación. El capítulo es pobre debido a las dificultades que tuvo la autora para obtener mayores datos y el plan propuesto debió hacerse considerando más nuestra realidad chilena.

La segunda parte, dividida también en dos capítulos se refiere al instituto de rehabilitación infantil. Hace la reseña histórica de la institución y el análisis de sus diferentes departamentos.

Dedica un capítulo al servicio social para describirnos su funcionamiento y estudiar el material de casos atendidos durante 1953. Del estudio estadístico de estos noventa y tres casos se desprenden datos de interés que la autora presenta en cuadros y gráficos debidamente comentados.

Las conclusiones y sugerencias se desprenden de la segunda parte de la tesis y representan a nuestro juicio un aporte provechoso para el instituto de rehabilitación infantil.

La tesis tiene el mérito de su sencillez, de su exposición ordenada y de haber permitido a la licenciada conocer y comprender la labor del servicio social frente al niño li-

siado. Estimo por consiguiente que merece ser aprobada con nota cinco.

LUZ TOCORNAL DE ROMERO
Directora
Escuela de Servicio Social
"Dr. Alejandro del Rfo"

Santiago, 3 de Diciembre de 1954.-

Santiago, Mayo 16 de 1955.

Señorita
Anna Mac-Auliffe
Directora de la Escuela de Servicio Social
Presente.-

Señorita Directora:

Informo a Ud. sobre la memoria de prueba "EL PROBLEMA DEL NIÑO LISIADO Y EL INSTITUTO DE RECUPERACION INFANTIL", que presenta la Srta. Mireya Avendaño Azócar para optar al título de asistente social de la Escuela de Servicio Social "Dr. Alejandro del Río".

El Capítulo I de la Primera Parte contiene el estudio teórico de la política asistencial de algunos países europeos y de los E.E.U.U. de N.A. en relación con los niños lisiados, y las resoluciones de la Conferencia Internacional de Expertos organizada por la U.I. P.E. y celebrada en Ginebra en Febrero de 1950.

El Cap. II clasifica las afecciones del aparato locomotor y expone, fuera de una breve reseña estadística de las formas espinales de la poliomielitis, un plan de rehabilitación, también sucinto. Todo ello sobre la base de tres estudios médicos.

La Segunda Parte se divide igualmente en dos capítulos. El I constituye una suerte de monografía de la institución que motiva la tesis, y el II una descripción de la labor que en ella desarrolla el servicio social.

En líneas generales, la autora trata el tema atendiendo más que a la profundidad a lo panorámico, pero, es preciso reconocer que en este último aspecto logra proporcionar los elementos de juicio necesarios para formarse un concepto del problema, a través de un enfoque acertado.

Por lo que atañe a la forma, si bien la distribución de la materia se ajusta a un plan bien concebido y la bibliografía nada deja que desear por el número de obras consultadas y su individualización, en cambio no llena satisfactoriamente las exigencias universitarias en los siguientes aspectos: 1) Tiene numerosos errores gramaticales, empezando por una puntuación defectuosa, que entorpece su lectura; 2) Hay numerosas citas textuales en que faltan las aclaraciones respec-

tivas o en que los datos figuran incompletos; 3) En el índice aparecen únicamente los nombres de las partes y capítulos, con absoluta prescindencia de los subtítulos y cuadros estadísticos.

No obstante lo anotado (falta de profundidad en el fondo y deficiencias de la forma) la tesis tiene un interés ilustrativo general y un valor por las atendibles sugerencias para mejorar la atención del niño lisiado en el Instituto de Rehabilitación Infantil.

Por estas consideraciones estimo que merece la nota 5 (cinco).

Saluda atte. a Ud.

Raquel Cousiño Mac Iver
Directora del Seminario de la
Dirección General de las Escue-
las de Servicio Social de la U.
de Chile.-

SANTIAGO, 30 de Abril de 1955.

Señorita
Anna Mac-Auliffe
Directora Escuela Servicio Social
Universidad de Chile
Presente.-

Estimada Señorita Mac-Auliffe:

He leído la memoria de prueba de la Señorita Mireya Avendaño Azócar para optar al título de Asistente Social de la Escuela "Dr. Alejandro del Río", intitulada "El problema del niño lisiado y el Instituto de Rehabilitación infantil".

El número de capítulos con que cuenta el trabajo no permite un análisis de cada uno de ellos. Como impresión de conjunto la tesis es una buena labor descriptiva de lo que es la institución estudiada y enfoca y analiza estadísticamente algunos aspectos y problemas del Instituto. Sin embargo, deja la impresión de que pudo haberse realizado un estudio de más peso en lo que respecta a Servicio Social dentro de este tipo de instituciones.

Esta deficiencia es naturalmente paliada por la poca experiencia que aun existe en nuestro medio frente a este tipo de problemas.

El trabajo revela interés y esfuerzo y estimo merece nota 6 (seis).

La saluda atentamente.

Dr. José Perroni B.

Muchas de las cosas, que hemos menester
tienen espera.
El niño nó. A él no se le puede responder
"mañana".
él se llama "ahora".

Gabriela Mistral.

I N D I C E
- - - - -

	<u>Pág.</u>
INTRODUCCION	1

PRIMERA PARTE

CAPITULO I .- PANORAMA INTERNACIONAL FRENTE AL PROBLEMA DEL NIÑO LISIADO	6
CAPITULO II .- EL PROBLEMA DEL NIÑO LISIADO EN CHILE ...	23

SEGUNDA PARTE

CAPITULO I .- EL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTIL .	30
CAPITULO II .- EL SERVICIO SOCIAL EN EL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTIL	47
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	77
AFENDICE	88
BIBLIOGRAFIA	89

INDICE DE GRAFICOS

	<u>Págs.</u>
GRAFICO N° 1.- Distribución por sexo y por edades	55
GRAFICO N° 2.- Diagnósticos	59
GRAFICO N° 3.- Disponibilidad mensual por persona	62
GRAFICO N° 4.- Habitación	67
GRAFICO N° 5.- Educación de los padres	70

-----ooOoo-----

I N T R O D U C C I O N

- - - - -

Es un concepto generalmente admitido, que todo ser humano debe encontrarse en condiciones de subsistir por sí sólo, o con la ayuda mínima, dentro de la sociedad que lo alberga.

El niño lisiado no debe ser una excepción.

Dentro del complejo problema que es obtener su rehabilitación total o parcial, este concepto debe sustentarse firmemente, si se quiere evitar su segregación y anulación dentro del grupo social en que actúa, con los consiguientes inconvenientes que esto trae aparejado.

Estos niños no tratados serán los lisiados adultos del mañana y si son asistidos durante su infancia y rehabilitados vocacionalmente, estarán en condiciones de extender el período de capacidad productiva de su vida, devolviendo a la sociedad trabajo útil, en lugar de mantenerlos en la penosa situación de ser una carga, tanto para la familia como para la comunidad.

Por otra parte, se sabe que es más fácil educar y adiestrar a un niño en un oficio o arte que a un adulto, no siempre dispuesto a colaborar con el tratamiento.

No debemos considerar al niño lisiado, en base a su incapacidad física, es decir a su parálisis o a la falta de un miembro, sino en su totalidad, como a una persona, que si bien ha perdido algo de su poder físico, tiene sin embargo capacidades residuales que es preciso despertar.

Un programa de rehabilitación de lisiados, necesita en un principio de una erogación aparentemente grande, pero esta inversión dará su interés en el futuro y este será que parte de la población, gracias a la oportuna intervención asistencial, estará en condiciones de contribuir positivamente a la economía nacional, por ser seres activos que han logrado superar su incapacidad física.

Los propósitos del presente trabajo, han sido contribuir con nuestro modesto aporte a la causa del niño lisiado, proporcionando algunas consideraciones generales sobre el problema y dando a conocer la labor que desarrolla el único establecimiento de rehabilitación post-hospitalaria con que contamos actualmente y que es el Instituto de Rehabilitación Infantil.

Para lograr nuestros objetivos, nos hemos documentado con trabajos y libros sobre la materia, tanto de médicos chilenos, como también extranjeros.

Tropezamos con el inconveniente, que el material existente en nuestro país sobre rehabilitación del niño lisiado, es escaso, ya que son muy pocos los esfuerzos que se han hecho para solucionar este problema que casi únicamente figura en la men-

te de los médicos ortopedistas que trabajan en los hospitales de niños, siendo desconocido por el resto de los técnicos.

Además, por no existir ninguna tesis sobre el problema, enfocado desde el punto de vista del Servicio Social, hemos dirigido nuestro trabajo en base a la experiencia recogida personalmente, en el Instituto de Rehabilitación Infantil. Por otra parte, por ser este un establecimiento que cuenta con muy pocos años de funcionamiento, ya que sólo fué fundado en 1950, no nos ha proporcionado la cantidad de material que hubiéramos deseado.

Hemos estudiado estadísticamente los casos que allí son atendidos, lo que nos ha permitido sacar algunas conclusiones.

Se nos preguntará, porqué elegimos este tema para efectuar nuestra tesis, responderemos que desde un comienzo nos interesó la materia.

Primero pensamos hacerle sobre rehabilitación de adultos, pero encontramos inconvenientes insubsanables para llevarla a cabo, como fué la falta de una institución en que basar nuestra experiencia.

Luego se nos brindó la oportunidad de trabajar en el Instituto de Rehabilitación Infantil, donde encontramos amplia acogida para el proyecto de basar nuestra Memoria, sobre el problema del niño lisiado y el establecimiento mismo.

Antes de explicar el plan de investigación que hemos seguido, creemos conveniente hacer algunas aclaraciones

respecto a términos que hemos empleado.

Rehabilitación, según el diccionario de la Real Academia Española, es habilitar de nuevo o restituir una persona o cosa a su antiguo estado.

Rehabilitación, desde el punto de vista médico, según el Dr. Juan O. Tesone (1) "es un método sistemático y organizado por el cual los poderes mentales, físicos y vocacionales de un individuo lisiado son desarrollados hasta el punto que le permita competir en igual oportunidad que los llamados normales".

Según Rusk, es la tercera fase de la medicina.

Lisiado, según el diccionario de la Real Academia Española, es la persona que tiene alguna imperfección orgánica.

Usanse con frecuencia también las palabras como inválido, baldado, físicamente incapacitado. Preferimos el uso de "lisiado".

Entre las definiciones sobre el niño lisiado, que hemos encontrado, la más acertada nos parece, la que da el Dr. Halmult Jaeger, (2) de Chile y considera como tal a aquel "cuyas actividades se hayan de tal modo limitadas o pueden llegar a estarlo, por pérdida, imperfección o deformación de huesos, articulaciones, músculos, tendones o nervios, que su capacidad normal para educarse y para sostenerse a si mismo queda restringida".

(1) Tesone Juan O.- "El problema de la rehabilitación social y funcional del lisiado.- Rep. Argentina - 1952.-

(2) Helmut Jaeger.- "Ayuda al niño lisiado".- Stgo. de Chile, 1950.-

A continuación describiremos el plan de exposición que hemos desarrollado.

Nuestro trabajo está dividido en dos partes:

La primera considera dos capítulos. Inicia la tesis el denominado Panorama Internacional frente al Problema del Niño Lisiado.

Ha sido nuestra intención proporcionar una visión, sobre las diferentes medidas existentes en algunos países en materia de rehabilitación infantil.

El segundo capítulo comprende el problema del Niño Lisiado en Chile. Procuramos aquí hacer algunas consideraciones generales sobre el problema en nuestro medio.

La segunda, comprende a su vez dos capítulos. El primero lo llamamos El Instituto de Rehabilitación Infantil, por tratar en él, todo lo concerniente al establecimiento.

Y por último, cierra nuestra tesis un segundo capítulo y al que hemos dado mayor extensión, por figurar en él la investigación estadística, denominado el Servicio Social en el Instituto de Rehabilitación Infantil.

Finalizando de esta manera nuestra memoria.

I P A R T E
- - - - -

CAPITULO I :- PANORAMA INTERNACIONAL FRENTE AL PROBLEMA DEL
NIÑO LISIADO.

Considera:

- 1.- La Conferencia Internacional de Expertos sobre la educación de niños que sufren de enfermedades motrices.
- 2.- Política asistencial en relación con el problema del niño lisiado en algunos países europeos.
- 3.- Labor que desarrolla EE.UU. en materia de rehabilitación infantil.
- 4.- Resoluciones adoptadas por la Conferencia.

Unión del niño lisiado y estos fueron: Dinamarca,
Alemania, Baviera, Italia y Suiza.

C A P I T U L O I

De la di- - - - - diferentes políticas, se

por los principios fundamentales, que son:

PANORAMA INTERNACIONAL FRENTE AL PROBLEMA DEL NIÑO LISIADO.

Unión del niño lisiado y éstos fueron:

1.- Conferencia Internacional de Expertos sobre niños que su- fren de enfermedades motrices.-

Esta Conferencia celebrada en Ginebra, del 21 al 25 de Febrero de 1950, organizada por la Unión Internacional de Protección a la Infancia (UIPE), bajo el auspicio de la Unesco, agrupó a 95 expertos en el problema del niño lisiado, pertenecientes a 17 países europeos.

El propósito de esta reunión, fué estudiar la educación de los niños físicamente incapacitados, no sólo desde el punto de vista de la instrucción, sino que es indispensable para que el lisiado se desenvuelva normalmente, coordinar la formación escolar, la orientación profesional y el tratamiento médico.

Esta idea es la que ha inspirado las conclusiones y recomendaciones a que llegó la Conferencia, ya que se vió que sólo de esta manera se podrán satisfacer las necesidades físicas, mentales y afectivas del niño, lo que permitirá hacer de él un ciudadano activo y perfectamente adaptado al seno de la comunidad de los hombres normales.

De los 17 países que asistieron a la Conferencia, seis expusieron lo que en cada uno de ellos existía en materia de

rehabilitación del niño lisiado y estos fueron: Dinamarca, Francia, Alemania, Baviera, Italia y Suiza.

De la discusión de las diferentes políticas, se desprendieron dos principios fundamentales, que son comunes para todas las organizaciones de este tipo, cualquiera que sea el país a que pertenecen y éstos fueron:

a) Tanto los educadores como el médico, deben actuar durante toda la enfermedad del niño y hasta su formación profesional.

b) Todos los países están de acuerdo, en que dentro de las medidas humanamente posibles, el niño inválido debe conservar el lazo que lo une a su comunidad y particularmente a su familia.

Sólo aquellas naciones que el problema es muy grave, o existen particularidades geográficas o dificultades económicas, se ha debido recurrir a diversas soluciones de tipo urgente.

No obstante estas conclusiones, el método asistencial seguido en ayuda del niño inválido, en los diferentes países, tiene características específicas que creemos necesario dar a conocer.

En aquellos casos que presenten malformaciones congénitas o enfermedades hereditarias, con el fin de aconsejar a las personas que se deben tomar para educar al niño, evitando de esta manera dar al mundo otros inválidos.

Gracias a ésto, han logrado ser suprimidas o ser prevenidas, un gran número de causas de invalidez. Actual-

2.- Política asistencial en relación con el problema del niño lisiado, en algunos países europeos.-

Dinamarca.- En este país la educación y el tratamiento médico están coordinados desde hace 80 años atrás, época de que data el servicio; ya que fué inaugurado en 1872, por la Sociedad de Protección a los Niños Lisiados, fundada por iniciativa del pastor Franz Knutzen.

El principio de la organización, fué que marchara unido el tratamiento médico y la instrucción, logrando establecer una estrecha cooperación entre médicos ortopedistas y educadores.

Esta obra rápidamente logró destacarse, y en 1935 se hizo necesario dictar una ley, para garantizarle el respaldo económico, pudiendo de esta manera continuar su acción.

A pesar de estar subvencionada por el gobierno, la institución depende de la iniciativa privada.

Para ampliar la obra en favor del lisiado, Dinamarca cuenta con el Instituto de Genética Humana, dirigida por el profesor Tage Kent, siendo este organismo el encargado de encuestar aquellos casos que presenten malformaciones congénitas o enfermedades hereditarias, con el fin de aconsejar a los padres sobre las precauciones que se deben tomar para educar al menor, evitando de esta manera dar al mundo otros inválidos.

Gracias a ésto, han logrado ser suprimidas o ser menos frecuentes, un gran número de causas de invalidez. Actual-

mente es raro encontrar deformidades de raquitismo de origen alimenticio y además por el progreso de la higiene y lucha contra la T.B.C. se ha reducido considerablemente el número de lisiados de origen tebaico.

Las principales causas de invalidez, dentro de la población infantil, se deben a accidentes y quemaduras, lo que ha determinado la intensificación de la campaña de educación en este sentido, dando a conocer al mismo tiempo que la invalidez tiene probabilidades de recuperación, con un tratamiento precoz, diagnóstico rápido y con un adecuado conocimiento de los servicios médicos.

Cuando existe irresponsabilidad de parte de los familiares del niño lisiado ante su enfermedad, la ley danesa obliga al departamento médico, a dar cuenta del caso a la oficina de invalidez, quien aplica medios legales para obligar a los familiares a que sometan al menor a tratamiento ortopédico.

En Dinamarca los niños lisiados son agrupados de acuerdo a tres categorías:

- 1.- Los retrasados mentales, o aquellos que dada su insuficiencia física no pueden seguir normalmente en la escuela, motivo por el cual son enviados a establecimientos especiales.
- 2.- Aquellos que pueden asistir a la escuela primaria, pero que no se obtendrá de ellos ningún provecho, al proporcionarles una educación más profunda. Por este motivo son orientados hacia algunos oficios manuales, que su incapacidad física les permita desarrollar.

3.- Por último, aquéllos que son suficientemente inteligentes para recibir una instrucción más vasta.

El criterio fijado por Dinamarca, en relación con el niño lisiado, consiste en ayudarlo a desenvolverse dentro de la medida de sus capacidades, llegando a ser individuos en condiciones de llevar una existencia normal.

Mientras más inteligente es el niño, existen más probabilidades que ocupe en la vida un lugar satisfactorio, ya que estando preparado para ejercer una profesión intelectual, superará su invalidez física, más fácilmente que aquél que sólo se puede dedicar a un trabajo manual.

Respecto al lisiado pre-escolar, se procura finalizar el tratamiento médico, antes de la entrada del niño a la escuela, pero muchos de ellos deben continuar bajo vigilancia médica durante todo el período de la infancia y aún de la adolescencia.

La tendencia existente es que todo niño lisiado debe asistir a un establecimiento educacional y de preferencia a aquél que normalmente le hubiera correspondido, pudiendo de esta manera convivir cotidianamente con otros niños, conociendo las exigencias del medio.

En caso que el menor requiera una intervención quirúrgica, que signifique una larga hospitalización, la educación es continuada en el establecimiento, hasta que se encuentre en condiciones de reintegrarse nuevamente a la escuela.

Aquellos casos de niños que viven lejos de la ciudad, deben ser transportados a los centros de rehabilitación diariamente, o si no deberá pensarse en la posibilidad de internación.

Hemos dicho ya, hasta que punto es importante para Dinamarca, la instrucción del lisiado, especialmente la de tipo primario. El número de menores que necesitan una educación superior es poco elevado, y estos casos deben frecuentar los establecimientos destinados a niños normales.

El porvenir del inválido, es previsto durante el período escolar, para ésto tanto los maestros como médicos ortopédicos, hacen de él un estudio encaminado, no sólo a determinar su grado de inteligencia, si no también su carácter, capacidad de concentración, destreza manual y su estado físico en relación a la profesión u oficio que pueda interesarle.

Francia.- En las grandes ciudades francesas, las medidas relativas a la educación de niños lisiados son las siguientes:

La ley determina que toda comunidad que cuente con más de 20 lisiados, tiene derecho a que se cree para ellos una escuela pública.

Actualmente todos los establecimientos especializados en la materia, cuentan con su equipo de profesores, y en aquellos casos en que la incapacidad física les impide movilizarse de su hogar a la institución, se les proporciona en la escuela, la alimentación y movilización gratuita.

Los menores que viven en el campo, no tienen otro recurso para su rehabilitación, que ser hospitalizados aunque su estado no requiera cuidados médicos.

Para solucionar este problema, el Ministerio de Educación, tiene proyectado construir dos internados para niños inválidos, en París y reconoce la necesidad de crear otros a través de todo el país.

La educación secundaria les es proporcionada a los inválidos incapaces de concurrir a establecimientos corrientes, por correspondencia.

Alemania.- En este país, parte de la asistencia que se le proporcionaba a los niños lisiados estaba a cargo del estado, pero el mayor número de establecimientos de este tipo, pertenecía a organizaciones religiosas, como son la Caritas Católica y la misión protestante Innere, que las habían fundado y costeadado.

Esta situación se explica, si consideramos la historia de esta forma de asistencia, ya que en Alemania, antes que la ciencia hubiera triunfado en el campo de la invalidez, los educadores se esforzaban, en nombre de la caridad cristiana, en satisfacer las necesidades intelectuales y afectivas de los niños inválidos.

Más tarde, estas dos formas de asistencia, fueron agrupadas y los médicos trabajaron junto a los educadores, en los mismos establecimientos; ya que se consideró que esta coordinación de sus esfuerzos, era esencial, para obtener una pron-

ta y útil rehabilitación del niño lisiado, asegurando de esta manera, el éxito de la enseñanza escolar y de la formación profesional.

Es considerado como fundamental, determinar el grado de inteligencia de los inválidos, ya que los débiles mentales son confiados a instituciones especiales donde reciben atención de acuerdo a su estado.

Baviera (1).- Cuenta con los hospicioes de Ursberg y al Shoenbrunn, donde son recibidos los niños que sufren de enfermedades motrices, los débiles mentales, los epilépticos etc.

Es necesario también mencionar los establecimientos fundados para este objeto, por el pastor Bodelschevingh, de Betal, Westfalia, cerca Bielefeld.

Los enfermos que allí residen, cuentan con instrucción apropiada y además les son encomendados algunos trabajos sencillos de agricultura y jardinería.

Los resultados obtenidos en estos establecimientos donde el incapacitado físico, es atendido junto al débil mental, naturalmente, no pueden ser tan satisfactorios como los obtenidos en los institutos ortopédicos y en los de educación especializada, en los cuales se prepara a los niños para ejercer una actividad profesional normal.

(1) Baviera es considerada en la Europa actual, como un condado independiente de Alemania.-

Se estima conveniente, que los niños lisiados cuya enfermedad exige una estadía en cama prolongada, reciban a pesar de esta circunstancia, su instrucción primaria, estando este tipo de enseñanza bien organizada, tanto en las instituciones privadas como en los institutos ortopédicos.

Italia.- Las medidas tomadas en beneficio del niño lisiado en Italia, datan de antes de la segunda guerra, cuando el problema estaba lejos de ser tan agudo como es hoy día.

Las causas de invalidez más frecuentes, eran la parálisis obstétrica, accidentes, malformaciones congénitas y secuelas de poliomielitis.

Para este objeto, habían sido creados institutos en los cuales el tratamiento era principalmente físico, mientras que las correcciones ortopédicas eran confiadas a diversas clínicas especializadas.

La dictación de una ley, hizo obligatoria la declaración de las malformaciones congénitas, estando los gastos de hospitalización pagados en proporciones iguales por la familia, la administración provincial y la Obra Nacional de Maternidad y de la Infancia (OMNI).

Estas disposiciones eran suficientes, en la época que tanto los casos de poliomielitis como los de malformaciones congénitas, no ofrecían cifras alarmantes.

Pero la última guerra dejó a Italia con 15.000 niños mutilados, lo que constituye un problema verdaderamente trágico

para el país. Los primeros años de funcionamiento, los niños

A estos 15.000 niños lisiados no les ha faltado asistencia médica, pero la práctica ha demostrado que no es suficiente someterlos a intervenciones quirúrgicas y proveerlos de miembros artificiales y de aparatos ortopédicos.

La asistencia a los niños que sufren de enfermedades motrices, es un triple problema, y debe ser resuelto simultáneamente en un plano ortopédico, educativo y profesional.

A pesar de las excelencias de los hospitales y centros ortopédicos, Italia no poseía si no hasta una fecha reciente, ninguna institución que atendiera a la readaptación, la enseñanza y la formación profesional.

Esta etapa ha logrado ser superada, gracias a la creación de instituciones de su género, por la Federación de Mutilados de Guerra.

Los problemas educativos, que afectan a las víctimas de la poliomielitis, los mutilados de guerra, y los mutilados civiles son análogas. Lo importante es determinar el tipo de tratamiento que conviene individualmente a estos niños que sufren de enfermedades motrices.

La experiencia ha demostrado, que no todos los casos necesitan ser hospitalizados de manera permanente, especialmente, aquéllos que viven dentro de radios urbanos, pudiendo ellos mismos movilizarse hacia la institución que los atiende.

El profesor Laurinsich, ha creado en Parma, un centro donde estos niños reciben cuidados ortopédicos y fisioterá-

picos. En los dos primeros años de funcionamiento, los resultados obtenidos son alentadores, ya que el estado de los menores ha mejorado considerablemente.

Estos centros están ubicados en las grandes ciudades donde viene a completar la obra de los internados.

El drama de todos los niños que sufren de incapacidad física, ya sea esta originada por parálisis diversas, malformaciones congénitas o víctimas de la guerra, apremia al gobierno italiano a tomar medidas para solucionar este problema, tendientes a hacer de este grupo de la población seres útiles al país.

Suiza. - Cuenta para la atención y asistencia de los niños lisiados, con la clínica ortopédica universitaria de Balgrist, en Zurich, dirigida por el profesor Sherb.

Aquí se combina el tratamiento médico con la enseñanza funcionando junto a la clínica una escuela, que proporciona enseñanza primaria y secundaria para los niños cuyas edades fluctúan entre los seis y dieciseis años.

Esto es considerado de suma importancia, sobre todo en aquellos casos en que el tratamiento médico debe ser de larga duración, por ejemplo, el niño que sufre de poliomielitis, que normalmente debería interrumpir su educación, durante el período de hospitalización gracias a este sistema se encuentra en condiciones de continuar sus estudios en la clínica ortopédica. Por otra parte, como esta escuela es subvencionada por el gobierno, sigue el programa escolar oficial estando el

niño a su egreso del establecimiento, en condiciones de reintegrarse normalmente a la escuela a que pertenecía antes de su enfermedad.

En la terapia activa, se le da especial importancia a la vida al aire libre, y se tiende a que los ejercicios ortopédicos, sean practicados en el moderno jardín que posee la clínica.

Los niños lisiados normales psíquicamente son cuidadosamente separados de aquellos que presentan deficiencias mentales.

El criterio existente en Suiza, en relación con la rehabilitación del menor inválido, es que a los que sufren una menorvalía física, el Estado debe estar en condiciones de proporcionarle una educación mucho más completa, que la que reciben los niños normales, a fin de suplir intelectualmente la incapacidad física de que padecen, considerándose la educación como una actividad compensatoria.

La asistencia por los técnicos en el campo de la reha-

biilitación, que el 97% de los lisiados son individuos, con la

oportuna intervención asistencial, pueden ser reha-

biilitados, viéndose de esta manera compensada por

los dólares que se gastan en su recuperación.

Gracias a este concepto, ha logrado ser el país

el más avanzado en materia de rehabilitación de lisiados.

En los centros destinados a la atención de niños, se

3.- Labor que desarrolla EE.UU. en materia de Rehabilitación Infantil.

A pesar de no haber presentado trabajo Estados Unidos en la Conferencia de Expertos que estamos tratando, creemos conveniente hacer un paréntesis, y mencionar brevemente lo que en este país existe en rehabilitación, por estimar que dado el gran adelanto en la materia, sus programas nos resultan de gran interés.

Se calcula que en Estados Unidos el número de lisiados asciende a 250.000 personas.

Para solucionar este problema existen los llamados Centros de Rehabilitación, que funcionan desde hace 35 años atrás.

Estos establecimientos han aumentado considerablemente desde el término de la segunda guerra mundial, la que dejó a los Estados Unidos con un gran número de inválidos que era preciso revalidar.

Es estimado por los técnicos en el campo de la rehabilitación, que el 97% de los lisiados son individuos, que ha mediar una oportuna intervención asistencial, pueden ser reeducados vocacionalmente, viéndose de esta manera compensados los millones de dólares que se gastan en su recuperación.

Gracias a este concepto, ha logrado ser el país que marcha a la cabeza en materia de rehabilitación de lisiados.

En los centros destinados a la atención de niños, en

su mayoría lisiados por secuelas de poliomielitis, ya que es este el flagelo que marca mayor índice de frecuencia, entre las enfermedades causantes de invalidez en EE.UU. la rehabilitación de los menores se hace en colaboración con los padres del enfermo, médicos-físicos, ortopedistas, psicólogos, asistentes sociales, profesores y la comunidad.

Se considera de gran importancia, mantener un estrecho contacto con los familiares del niño y el establecimiento.

El programa de recuperación física comprende psicoterapia, terapia ocupacional, rehabilitación física, servicio social, terapia orientadora y recreación.

Aquellos niños que tienen dificultades para trasladarse de su hogar al centro, son matriculados en internados para este objeto. Reciben instrucción conjuntamente con el tratamiento médico, procurando conservar, especialmente en los casos de internado, el concepto de hogar, siendo habilitados los establecimientos de acuerdo a esta idea. Se da especial énfasis a todas las actividades inherentes a la vida diaria, logrando una pronta adaptación del menor a su medio.

Para unificar criterios en materia de rehabilitación, se fundó en 1943, el comité Baruch de Medicina Física dirigido por el Dr. Bernard Baruch, siendo este organismo el encargado de estudiar los problemas que surgen en el tratamiento del lisiado e impartiendo normas y recomendaciones al respecto.

Finalmente diremos que existen leyes que protegen al

niño lisiado, como la de Seguridad Social N° 1380, aprobada el 14 de Agosto de 1935 y enmendada el 10 de Agosto de 1939, que en su encabezamiento V, titulado "Subvenciones a los estados para el bienestar de la Madre y del Niño", autoriza la asignación anual de ciertas sumas a cada uno de los estados que presenten proyectos para servicios estatales relacionados:

- 1.- Con la salud de la madre y del niño.
- 2.- Con el auxilio a niños lisiados.
- 3.- Con el bienestar general del niño.

Dichos proyectos han de ser aprobados por el jefe de la Oficina del Niño.

En lo que se refiere a los menores inválidos determina la cantidad de 3.870.000 dólares, para que sea adjudicada a los estados, con el fin de hacer posible que extiendan y mejoren los servicios para atender estos casos, proporcionándoles asistencia médica y quirúrgica, remedios y otros servicios y cuidados, inclusive facilidades para la diagnosis, la hospitalización y el cuidado subsiguiente de los niños inválidos o que sufran de dolencias de las que puedan resultar lisiados.

4.- Resoluciones adoptadas por la Conferencia.-

Para finalizar el presente capítulo, daremos a conocer las resoluciones tomadas por la Conferencia Internacional de Expertos, organizada por la Unión Internacional de Protección a la Infancia, sobre niños que sufren de enfermedades matricias, auspiciada por la Unesco y en la cual tomaron parte los países que ya hemos mencionado, teniendo las siguientes resoluciones valor internacional.

1°.- Se llega al acuerdo que los niños constituyen el bien más valioso que poseen las sociedades humanas.

2°.- Muchos niños aunque físicamente lesionados por la guerra o por cualquier otra causa, conservan sin embargo más capacidades que aquéllos que no las han perdido.

3°.- Que si reciben simultáneamente, atención médica social e instrucción, podrán desarrollarse normalmente, convirtiéndose en seres útiles a la colectividad y al mundo entero.

4°.- Que para satisfacer este conjunto de necesidades que son comunes a todo niño lisiado, es preciso coordinar diversas disciplinas, métodos y técnicas.

Se estima conveniente por lo tanto, organizar los recursos de todas las instituciones públicas y privadas sobre un plan local, nacional e internacional.

Se adoptan recomendaciones que se consideran urgentes e indispensables para la readaptación de los niños que sufren de enfermedades matricias y consideramos interesante darlas a

continuación. (1)

1º.- Una vez preparados los programas de acción en relación con el problema del niño lisiado, la Organización de las Naciones Unidas, las instituciones especializadas y todas las organizaciones no gubernamentales, deben considerar que es urgente coordinar un plan nacional e internacional, con programas sistemáticos de readaptación general de los niños que sufren de enfermedades motrices.

2º.- Los Gobiernos deben solicitar a la Organización de las Naciones Unidas o a instituciones especializadas u organizaciones no gubernamentales interesadas, a que participen en la preparación y aplicación de sus programas de educación de niños lisiados.

3º.- La Unión Internacional de Protección a la Infancia, y la Sociedad Internacional de Protección de los Inválidos (International Society for the Welfare of Cripples) así como sus organizaciones miembros, deben esforzarse para obtener la común aplicación de las recomendaciones de la presente Conferencia y de extender su acción nacional e internacional en beneficio de los niños lisiados.

(1) L'education des enfants atteints d'infirmités motrices, pág. 39.-

CAPITULO II :- EL PROBLEMA DEL NIÑO LISIADO EN CHILE

Considera:

- 1.- Causas más frecuentes de invalidez.
- 2.- Número de niños lisiados.
- 3.- Proposición de un plan de rehabilitación.

C A P I T U L O I I

EL PROBLEMA DEL NIÑO LISIADO EN CHILE

1.- Causas más frecuentes de invalidez.-

El Dr. Juan O. Tesone en su trabajo "El Problema de la Rehabilitación Funcional y Social del Lisiado", hace la siguiente clasificación de los individuos cuyo aparato locomotor se encuentra afectado.

Divide primero estas enfermedades, en afecciones neuromusculares, comprendiendo entre estas:

- 1.- Poliomielitis.
- 2.- Parálisis cerebral.
- 3.- Distrofia muscular.
- 4.- Espina bífida.
- 5.- Paraplejia.
- 6.- Hemiplejia.

El otro grupo, denominado afecciones ortopédicas, se encuentra formado por:

- 1.- Malformaciones.
- 2.- Amputaciones.
- 3.- Secuelas de traumatismos.
- 4.- Tuberculosis de huesos y articulaciones.
- 5.- Artritis crónica.

El origen causal de estas afecciones puede ser congénito, por accidentes o enfermedades.

De acuerdo a las estadísticas de varios países, se estima que la poliomielitis y las llamadas parálisis cerebral, constituye el 80 a 90 % de las causas productoras de lisiados del aparato locomotor.

En los adultos las causas principales son las secuelas de accidentes del trabajo y del tránsito, las artritis crónicas, las hemiplejias y las amputaciones.

En Chile las principales causas de invalidez infantil son:

- 1.- Parálisis infantil.
- 2.- Parálisis cerebral.
- 3.- Enfermedades congénitas del esqueleto.
- 4.- Deformaciones o amputaciones consecutivas a accidentes, quemaduras o inflamaciones.
- 5.- Algunos tipos de T.B.C. ósea.
- 6.- Otras alteraciones del aparato locomotor.

Tenemos que durante el año 1952, se produjeron 151 casos de poliomielitis, de los cuales se originaron 71 defunciones. Véase que la epidemia de poliomielitis más fácilmente en las zonas urbanas, ya que este año se originaron 283 casos, con una letalidad de 34. Esto quiere decir que el 75% de los enfermos proceden de la zona urbana y el 25% de la zona rural.

De estos 283 casos, más de la mitad corresponden a niños de 1 a 4 años, o sea a lactantes y pre-escolares.

2.- Número de niños lisiados.

Calcular esta cantidad, es el problema que más nos ha preocupado. Para este objeto nos hemos dirigido a la Dirección General de Estadística, para obtener una cifra al respecto. Pero nos encontramos con que las enfermedades de niños, no se clasifican de acuerdo a la invalidez que puedan producir, lo que nos habría inducido a obtener una cifra errada y poco verídica.

Lo mismo nos ha sucedido en los hospitales de niños, en los cuales no se llevan estadísticas específicas sobre las afecciones al aparato locomotor.

El Instituto de Rehabilitación, hizo un cálculo aproximado del número de lisiados existentes en 1948, y se llegó al acuerdo que en Chile existen 15.000 niños lisiados que estaban en condiciones de ser rehabilitados.

Respecto a la parálisis infantil, hay cifras estadísticas, por ser esta la causa que genera mayor número de invalidez.

Tenemos que durante el año 1952, se produjeron 451 casos, que originaron 71 defunciones. Vemos que la epidemia se desarrolla más fácilmente en los medios urbanos, ya que sólo en Santiago originaron 283 casos, con una letalidad de 38. Esto nos está indicando que el 75% de los enfermos proceden de la zona urbana y el 25% de la zona rural.

De estos 283 casos, más de la mitad corresponden a niños de 1 a 4 años, o sea a lactantes y pre-escolares.

El Dr. Miguel Cervantes, (1) hizo un estudio de 189 casos no seleccionados afectados de poliomielitis y de la distribución de la parálisis, lo que dió el siguiente resultado:

Formas espinales	Nº	%
A) Parálisis miembro inferior	134	71,8
B) Parálisis miembro superior	35	18,0
C) Parálisis diafragma intestinales y pectorales	16	8,2
Formas Bulbares	3	1,5
Polioncefalitis	1	0,5
Totales	189	100

Tenemos además según las estadísticas del Instituto de Rehabilitación Infantil, el que tratamos ampliamente en capítulo ortopédicos, equivalente dicha cifra a 177 niños lisiados que estaban en condiciones de ser rehabilitados físicamente.

Por lo demás nos encontramos con que durante el mismo año, el establecimiento recibió 74 solicitudes de ingreso, de las cuales solamente 22 fueron aceptadas, siendo el resto rechazadas por falta de vacantes, bajo coeficiente intelectual y dificultades para la movilización.

Esta última cifra señala a grande rasgos la necesidad de ampliar los servicios asistenciales que tengan relación con

(1) Cervantes Miguel Dr.- "El Niño Lisiado por la Poliomielitis.- Plan de ayuda para Santiago.- Memoria para optar al título de especialista en Salubridad.-"

el lisiado, ya que nos demuestra que hay gran número de casos que no reciben atención oportuna, lo que determina que estos seres permanezcan sumidos en su incapacidad, sin lograr superarla para poder colocarse dentro de los límites de la normalidad.

3.- Proposición de un plan de rehabilitación.-

De la consulta de médicos especialistas que se dedican a la rehabilitación del niño lisiado, vemos que el plan que parece más adecuado a nuestras condiciones, es el que preconiza el Dr. José Tarafa (1) y que en síntesis es el siguiente:

Se considera de primordial importancia, hacer un censo de lisiados en forma oficial.

Una vez conocido el número de inválidos, correspondería efectuar una clasificación de los lisiados, para que reciban el tratamiento adecuado en el lugar apropiado. También agrega el Dr. Tarafa, que debe brindarse atención a los niños inválidos epilépticos, débiles mentales, sordos, ciegos, etc.

Se sugiere mejorar el medio en que viven los lisiados, llevando a sus hogares mejor instrucción y mayor cultura.

Es de gran necesidad la organización de campañas, para hacer llegar a todos los individuos un mayor conocimiento sobre estos problemas.

Vista esta primera parte, viene el tratamiento en sí y su rehabilitación, considerando aquí la atención médica quirúrgica de los pacientes, comenzando por lo referente a la atención hospitalaria, la cual puede enfocarse desde dos puntos de vista: capacidad de los hospitales y preparación del personal de los mismos.

El primero de estos es uno de los grandes problemas a resolver, ya que muchos casos por no ser atendidos oportuna-

(1) Tarafa José Dr.- "El Problema del Niño Lisiado en Cuba".- 1952.-

mente, por falta de camas en los hospitales, se les ha producido un avance en la enfermedad, determinando mayores incapacidades.

En lo referente a la preparación del personal, se debe tender a su especialización, a fin de poder comenzar la recuperación física de los enfermos desde que están recibiendo el tratamiento médico quirúrgico, siendo necesario que todo el personal que atiende estos casos tenga los conocimientos suficientes para aplicar medidas que conduzcan al restablecimiento del individuo, un método eficaz será el proporcionar becas en el extranjero para este personal.

En seguida se considera al aumento de los centros de rehabilitación, anexados a casas de convalescientes, donde los lisiados puedan vivir una vez efectuada su revalidación y hasta que sean empleados y estén en condiciones de mantenerse por sus propios esfuerzos.

Para que la rehabilitación económica de los lisiados sea efectiva, es necesario la promulgación de leyes que lo protejan, interesando a los poderes públicos en este sentido.

Todo esto es posible y se facilitaría extraordinariamente, si se creara la Dirección General de Atención al Lisiado.

II PARTE

CAPITULO I :- EL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTIL

Considera:

- 1.- Formación.
- 2.- Organización y financiamiento.
- 3.- Requisitos de ingreso.
- 4.- Horario de atención.
- 5.- Departamentos.

C A P I T U L O I

EL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTIL

1.- Formación.

En los hospitales de niños, la atención dada a los enfermos de parálisis infantil, parálisis espástica y otras enfermedades que dejan al niño lisiado, es incompleta.

El niño hospitalizado recibe atención médica y quirúrgica durante la primera etapa de su enfermedad.

Más tarde la organización hospitalaria, por diversas causas, tales como el hecho de precisar la cama para otro paciente, cuyo caso clínico es de mayor urgencia; el elevado costo que al hospital significa cada enfermo que permanece en él por el resto de su largo tratamiento; obliga al niño a retornar a su hogar, no dando la fisioterapia su efecto verdaderamente deseado y esperado.

Pues si se trata de una familia que parece de recursos económicos que le impidan asistir diariamente al hospital o que no posee medios para comprar aparatos ortopédicos, la labor que desarrolló el hospital, si bien es cierto que pudo haberle salvado la vida queda prácticamente perdida.

Por otra parte, si no hay el dinero necesario para pagar profesores que los eduquen, este niño no puede asistir a la escuela primaria corriente, por ser rechazado a causa de su invalidez.

Y en último término, la nueva organización del hospital centro de salud, considera la permanencia en la institución cerrada, como sólo un accidente en la vida del enfermo, dándole mayor importancia al tratamiento de tipo ambulatorio.

Luego este niño inválido, y sin posibilidades de recuperación por las causas mencionadas anteriormente, queda al margen de la sociedad, siendo en muchos casos explotado por sus parientes, con el objeto de pedir limosna exhibiendo su invalidez o permaneciendo relegado en su hogar, constituyendo una carga tanto para la familia como para la sociedad, viéndose de esta manera perdidos todos los esfuerzos desplegados por el hospital en beneficio de este niño lisiado.

Para ayuda a este sector de nuestra población infantil, un grupo de personas de buena voluntad relacionadas con el pabellón de cirugía del hospital Luis Calvo Mackenna, encabezados por el profesor Dr. Carlos Urrutia, que sentían la imperiosa necesidad de solucionar en mínima parte siquiera, el problema del niño lisiado, decidieron echar los cimientos de la Sociedad Pro-Ayuda al Niño Lisiado, en el año 1947, la que después de arduos esfuerzos, logró obtener su personería jurídica, el 7 de Septiembre de 1948.

El 26 de Mayo del mismo año, se funda el Rotary Club de Providencia, gracias a la iniciativa del Rotary Club de Santiago que lo dirigió en sus primeros pasos.

Poco después el Dr. Helmut Jaeger, socio del Club y vicepresidente de la naciente sociedad, en reunión de la jun-

ta directiva, dió a conocer la labor que se podría desarrollar colaborando con ella.

La idea despertó entusiasmo y el Club Rotario decidió abrazarla, y encargó al Dr. Jaeger estudiar un trabajo al respecto, para presentarlo a la 23a. Conferencia Tridistrital, que se celebró en Santiago en Marzo de 1949.

La moción encontró amplia acogida y la convención tomó por unanimidad el siguiente acuerdo:

"Ayuda al Niño Lisiado, considerando:

1°.- Que en el campo de la acción rotaria en favor de la niñez tiene cabida la actividad destinada a solucionar la penosa situación del niño lisiado.

2°.- Que existe en torno de este un problema médico social que requiere la más adecuada atención, la 23a. Conferencia acuerda prestar su más amplio apoyo a la moción presentada por el Rotary Club de Providencia, en el sentido de patrocinar el estudio por los diversos clubs del problema del niño lisiado, propiciando desde el punto de vista local, la creación de entidades similares a la Sociedad Pro-Ayuda al Niño Lisiado establecida en Santiago, llevar el problema a la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia, es la preocupación del Rotary y su expectativa de que las soluciones definitivas deriven de la propia ayuda estatal".

Es así como y a partir de este acuerdo, la Sociedad contó con el apoyo del Rotary Club de Providencia, bajo cuyo tutelaje continuó hasta la fecha.

Algunas instituciones que existen en Estados Unidos de este tipo, especialmente la National Society for Crippled Children and Adults y la National Fundation for Infantil Paralysis, sirvieron de inspiración y modelo para el propósito que se había fijado la Sociedad que actualmente se encuentra afiliada a la Sociedad Internacional Pro-Ayuda al Niño Lisiado, cuya sede está en Nueva York y que nació en 1921, debido a la iniciativa del Rotary, figurando entre sus principales recomendaciones, las siguientes:

- 1.- Estimular en cada Club Rotario que se interese por el problema, un comité pro-ayuda al niño lisiado.
- 2.- Los comités deberán ponerse en contacto con los similares de cada club vecino o periférico.
- 3.- Reunido en Centro Zonal, se deberá ante todo nombrar un directorio provisorio que estudiará los estatutos correspondientes y obtener la personalidad jurídica; haciendo mientras tanto propaganda local.
- 4.- Obtenida dicha personería, se deberá proceder a elegir un directorio definitivo según se haya estipulado en sus estatutos y atraer el mayor número posible de socios en general, autoridades locales, médicas, educacionales, en suma los más representativo de cada zona.
- 5.- La aspiración fundamental del Centro Zonal, es la creación de su propio Instituto de Rehabilitación y cuando esté funcionando normalmente podrá considerar que su aspiración está cumplida.

6.- Finalmente, organizado el Centro Zonal o la nueva sociedad, convendrá pedir su afiliación a la Sociedad Internacional Pro-Bienestar a los Niños Lisiados, lo que agregará un galardón más a la obra rotaria de cooperación social.

También tenemos que en 1929, la Conferencia Rotaria de Dallas, Texas, Estados Unidos en uno de sus acuerdos dice así:

"Rotary Internacional recomienda a los Rotary Clubs, la labor de ayudar a los niños lisiados a corregir sus defectos físicos y la de suministrar tratamiento quirúrgicos y educación en los casos que el tratamiento resulte benéfico, como oportunidad de brindar un servicio humanitario en el seno de sus respectivas colectividades.

Como vemos la Sociedad Pro-Ayuda al Niño Lisiado ya tenía las bases para la formación de su propio Instituto de Rehabilitación, pero era necesario adaptar la idea a nuestro medio ambiente, a sus características y necesidades, pero aún no se contaba con los recursos económicos necesarios para llevarla a cabo y en este lapso del año 1949 a 1950, la primera labor que pudo realizar la Sociedad, fué la de proporcionar aparatos ortopédicos a los niños atendidos en los hospitales y cuyas familias no se encontraban en condiciones de proporcionarles una determinada prótesis.

Después de grandes esfuerzos, el 20 de Octubre de 1950, se inauguró el Instituto de Rehabilitación Infantil, que hasta la fecha funciona normalmente en la calle Génova 2037, siendo sus objetivos según el Título y Artículo I de sus esta-

tutos los siguientes:

"Fúndase la institución de beneficencia privada denominada Sociedad Pro-Ayuda al Niño Lisiado, que tendrá por fin rehabilitar al niño lisiado, proporcionándole atención médica, educación, instrucción y hogar".

Para llenar sus fines desarrollará las siguientes actividades:

1.- Atención médica.

a) Tratamiento oportuno y precoz desde la infancia, ya sea médico quirúrgico, ortopédico y fisioterápico.

b) Proporcionar aparatos ortopédicos y enseñar su uso.

2.- Educación e instrucción.- Creación de una escuela especial con el fin de dar al niño que atiende la Sociedad tanto la instrucción cuanto la enseñanza de algún oficio o arte, que de acuerdo con sus aptitudes físicas lo capacite para la lucha por la existencia.

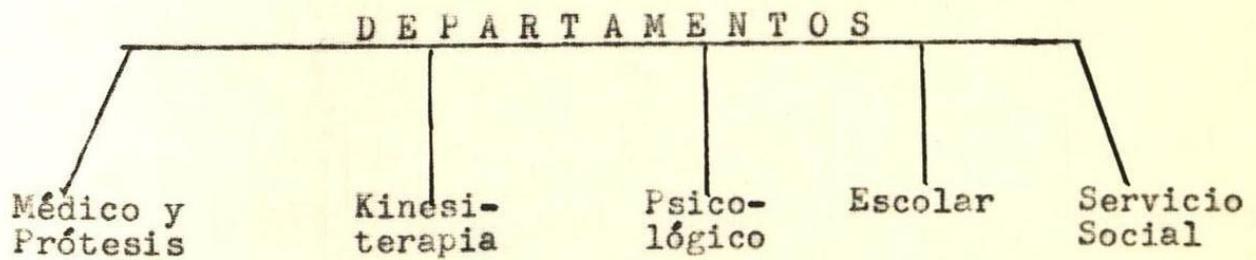
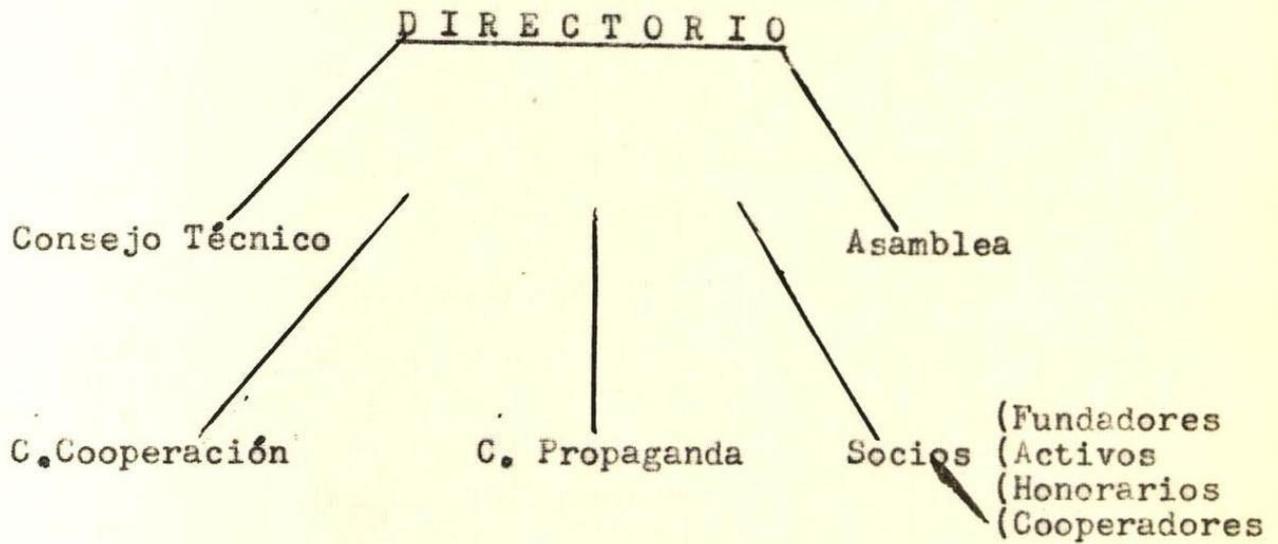
3.- Creación de una casa hogar para acoger como pupilos o medio pupilos a los niños cuyo caso se justifique.

4.- Adquirir medios de movilización para el transporte diario de los medio pupilos entre su hogar y la institución.

5.- Buscar colocación a los rehabilitados en establecimientos industriales o comerciales, vigilando que su trabajo sea convenientemente remunerado.

6.- Gestionar ante los poderes públicos la dictación de leyes de protección al lisiado.

INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTIL



-----ooOoo-----

2.- Organización y financiamiento.-

La organización del Instituto de Rehabilitación Infantil, está constituida por un directorio que es el organismo encargado de dirigir la marcha de la Sociedad; celebrar reuniones cuando el presidente lo estime necesario o cuando por acta dirigida a éste lo soliciten tres de sus miembros.

Designa las comisiones que estime conveniente, encargándose además del nombramiento de los empleados de la Sociedad, fijando sus sueldos y determinando sus suspensiones o destituciones.

Invierte los fondos de la Sociedad en la forma que se estime más ventajosa. Decide la forma de propaganda que surte mayor efecto.

Este directorio está formado por el presidente, vice-presidente, secretario general y pro-tesorero; según los estatutos de la Sociedad, en su título III fija las obligaciones de cada uno de los miembros respectivamente.

El Directorio es el eje de la institución y en torno a él giran todos los problemas que pueden presentársele a este organismo, como también a los departamentos con que cuenta el Instituto.

Está asesorado en el aspecto médico pedagógico por el Consejo Técnico que está formado por médicos representantes de los tres hospitales de niños: Luis Calvo Mackenna, Roberto del Rfo y Manuel Arriarán y por representantes del actual Servicio Nacional de Salud, por pedagogos y presidido por el pre-

sidente o vice-presidente de la Sociedad Pro-Ayuda al Niño Lisiado.

El Consejo Técnico además de asesorar eficazmente al Directorio, lo conecta con todas las entidades oficiales que tienen relación con el Instituto.

La Asamblea tiene lugar anualmente en el mes de Octubre y está formada por la totalidad de los socios, en la que se considera la Memoria Anual, sobre la marcha de la Sociedad, balance e informe del Tesorero, elección para integrar el Directorio, compra de bienes raíces, modificación de estatutos y otros puntos que sean de actualidad y que constituyan problema.

Esta Asamblea puede ser llamada por el Directorio o a petición de por lo menos 15 socios.

Las determinaciones que se desprenden de esta reunión son tomadas por acuerdo de la mayoría absoluta de los participantes.

Los tipos de socios con que cuenta la Sociedad pueden ser de cuatro clases: fundadores o sea todos aquellos que han suscrito el acta de fundación. Activos, los socios fundadores y aquellos que hayan sido aceptados como tal por el Directorio. Socios honorarios, los que se les confiere el título por un servicio importante prestado a la Sociedad o a la causa del niño lisiado y finalmente los cooperadores, que contribuyen mensualmente con determinada cantidad de dinero.

El Comité de Cooperación está encargado de organizar

continuamente beneficios y colectas, solicitar donaciones de casas particulares y comerciales. Tenemos que recientemente logró interesar a cinco senadores gracias a lo cual fué aprobado, un proyecto de ley que autoriza el 60% de una Polla Anual de Beneficencia, en favor del Instituto.

Una actividad semejante desarrolla también el Comité de Propaganda, que es el encargado de divulgar y dar a conocer la labor que desarrolla el Instituto de Rehabilitación Infantil, hacer conciencia del problema del niño lisiado y motivar al público para que preste su ayuda a la Sociedad.

Para esto cuenta con el apoyo de diarios y radios quienes siempre han colaborado por este organismo.

Todos los miembros tanto del Directorio, Consejo Técnico y Comités, trabajan en forma ad-honorem, esperando como única recompensa al esfuerzo y dedicación por ellos desplegado, ver el auge y florecimiento del Instituto de Rehabilitación en beneficio del Niño Lisiado, viendo ampliar los servicios que este presta, abarcando a un mayor número de la población infantil inválida y mejorar las deficiencias que puedan existir, inherentes a toda institución jóven y única en su tipo dentro del país.

El capital con que cuenta la Sociedad, está constituido por las cuotas ordinarias y extraordinarias que pagan los socios.

Las subvenciones que le otorga el Ministerio de Hacienda, Ministerio de Educación, la Municipalidad de Providen-

cia y Las Condes; la Polla Anual de Beneficencia; donaciones particulares y beneficios organizados por el Comité de Cooperación.

3.- Requisitos de Ingreso.-

El Instituto de Rehabilitación Infantil, define al niño lisiado como al menor de 4 a 18 años que presenta una incapacidad física, con compromiso del sistema músculo esquelético y que tenga posibilidad de recuperación.

De acuerdo a esta definición, los requisitos vigentes de ingreso son:

- 1.- Edad de 4 a 18 años.
- 2.- Se reciben niños de ambos sexos.
- 3.- Condiciones físicas del lisiado ya indicadas.
- 4.- Someterse a los siguientes exámenes y encuestas:
 - a) Examen psicológico.
 - b) Examen médico ortopédico previo aparte de la epicrisis del hospital o médicos que lo haya atendido anteriormente, para determinar el tipo de enfermedad y si es tratable en el Instituto.
 - c) No presentar enfermedades infecto-contagiosas.
 - d) Certificado de nacimiento y vacuna.
 - e) Inscripción y encuesta social.
 - f) Test de conocimientos.

5.- Todo niño es matriculado provisoriamente por un período de dos meses para observar las posibilidades de rehabilitación.

6.- El alumno que egrese para un tratamiento operatorio en un hospital, conservará su matrícula en el establecimiento hasta que esté en condiciones de reincorporarse a él.

7.- El alumno que se encuentra kinésicamente restablecido, deberá egresar y matricularse en una escuela corriente, quedando sometido a un control periódico de su enfermedad o prótesis.

8.- Los padres o apoderados deberán comprometerse a colaborar al máximo a las atenciones prestadas por el Instituto.

La atención proporcionada por el establecimiento es gratuita, siendo sólo pagada la movilización, en aquellos casos que la Asistente Social informa que los apoderados están en condiciones de efectuar este gasto.

4.- Horario de atención.-

Los niños llegan al Instituto más o menos a las 12 del día y son traídos de sus hogares por un microbús costado por la Sociedad.

El regreso es a las 5 P.M. y son movilizados en la misma forma.

Se les proporciona almuerzo y onces. Asisten a la escuela que funciona en el establecimiento, siendo además atendidos en el aspecto médico, social, psicológico y kinésico por los profesionales correspondientes.

La capacidad del establecimiento es de 100 niños pero la matrícula no alcanza esta cifra debido a que la mayoría de las solicitudes de ingreso son a los primeros cursos de la escuela, vale decir niños de 5 a 7 años, los que deben ser rechazados por estar copadas las vacantes en dichos cursos.

5.- Departamentos.-

El establecimiento cuenta con los siguientes departamentos o secciones.

Servicio Médico y Prótesis:

Todo niño que desee ingresar al establecimiento, debe ser sometido a un examen médico previo, en el cual se determinará las posibilidades de rehabilitación de cada enfermo.

Una vez ingresado, en la ficha médica se consigna un estudio detallado del estado muscular del enfermo, el que es controlado dos veces durante el año, al comienzo y final de éste, para determinar los efectos dados por el tratamiento.

Además el médico determina, si el niño necesita del departamento de Kinesiterapia, o de una prótesis, siendo dicha prótesis proporcionada tanto a los niños que asisten al Instituto, como a los que son enviados por algunos de los hospitales de niños, continuando estos últimos, también bajo el control del establecimiento.

La cancelación del aparato ortopédico, es efectuado de acuerdo a la capacidad económica de la familia del enfermo, informando la Asistente Social en este sentido, otorgándose la gratuidad en aquellos casos de indigencia.

Servicio Kinésico:

Una vez fichado el niño, pasa a control de las dos Kinesiólogas que atienden diariamente, más o menos 35 niños, según los tratamientos, anteriormente delimitados.

Figura también, entre sus funciones, el control periódico de los niños que han solicitado aparatos ortopédicos, viniendo el ortopedista una vez por semana, para la revisión y confección de éstas.

Servicio Psicológico:

Todo niño que solicita ingresar, es sometido a un "Test", por parte del psicólogo, el que determina su coeficiente intelectual, siendo esto de suma importancia para el futuro del solicitante, ya que son aceptados sólo aquellos niños, cuyo coeficiente es superior a 70.

A cada enfermo se le lleva su ficha psicológica, en la que consignan los datos respecto a su personalidad.

Son dirigidos también hacia esta sección, aquellos casos que están produciendo un problema de conducta y alterando la uniformidad del grupo. En estas ocasiones se les hace un estudio más profundo, tratando de conocer las causas, que puedan haber originado el problema.

Imparte además charlas educativas a los alumnos de 6° Preparatoria, sobre educación sexual y otros tópicos.

Servicio Escolar:

Funciona dentro del Instituto de Rehabilitación, la Escuela-Hogar N° 243, que fué anexada al establecimiento, por decreto N° 9725 del Ministerio de Educación del 9 de Septiembre

de 1950, haciéndose cargo, el Ministerio de Educación, de proporcionarle el profesorado, mobiliario y material de enseñanza.

Tiene además contratados los servicios del médico y de una de las kinesiólogas que trabajan en el establecimiento.

La escuela tiene el carácter de hogar, por haber sido dotada por el Ministerio, con parte del mobiliario para instalar un internado para 20 niños, lo que no se ha podido llevar a la práctica, por razones de espacio, ya que el local actual no lo permite, y además falta de personal para que atienda a los niños.

Cuenta con cursos de Kindergarten a 6° Preparatoria, distribuida la mayor frecuencia de alumnos en los primeros años.

Los programas de estudio no ofrecen diferencias con los de las escuelas corrientes, pero si la enseñanza tiende a ser de tipo individual.

Servicio Social:

Es tratado en capítulo aparte.

CAPITULO II.- EL SERVICIO SOCIAL EN EL INSTITUTO DE
REHABILITACION INFANTIL

Considera:

- 1.- Historia y funcionamiento actual.
- 2.- Estudio de 93 casos atendidos por el establecimiento.

Conclusiones y sugerencias.

C A P I T U L O I I

- - - - -

EL SERVICIO SOCIAL EN EL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTIL.

1.- Historia y funcionamiento actual.-

El Instituto de Rehabilitación Infantil, desde su fundación, contó con la participación de una Asistente Social. Pero dicha Asistente Social no pertenecía a la Sociedad Pro-Ayuda al Niño Lisiado, sino que al servicio de Cirugía del Hospital Luis Calvo Mackenna, pues la mayoría de los casos de poliomielitis y otros tipos de parálisis atendidos por el Instituto, eran referidos por este establecimiento.

De esta manera la Asistente Social se preocupaba preferentemente del fichaje de los niños pertenecientes al hospital.

El tipo de encuesta que se empleó durante este período, por no disponer de los servicios de una profesional con el tiempo suficiente para efectuar una amplia labor social dentro del Instituto, fué de fácil confección y escasos rubros, figurando solamente en ella, la identificación del menor, grupo familiar, incluyendo edad, estado civil, profesión, salario y seguro social; en seguida venían los rubros de alimentación, habitación y acción social efectuada, haciéndose breves anotaciones en cada uno de ellos.

Como podemos observar por las características de la encuesta anteriormente descrita y la brevedad de las anotaciones al respecto, dicho material no proporcionaba una información clara y precisa de la situación del menor y de su familia, pues escapan datos de suma importancia para el tratamiento social a efectuar.

Se desconocía el tipo de afección del menor, las condiciones futuras respecto a su rehabilitación y la comprensión del problema de parte de los familiares, estando esto último directamente relacionado con el grado de educación de los padres o grupo familiar, aspecto que consideramos de fundamental importancia para la revalidación del menor.

Hacemos estas observaciones, con el carácter de una crítica completamente analítica y objetiva, tomando en cuenta la circunstancia que el Servicio Social, estaba atendido por una profesional que tenía obligaciones más apremiantes con la institución y el servicio al cual realmente pertenecía.

Se continuó con esta modalidad de trabajo hasta Agosto de 1951, fecha en que una Asistente Social se hace cargo ad-honorem de la atención social de los casos del Instituto de Rehabilitación Infantil.

Al comienzo su labor se vió obstaculizada por el hecho que el resto del personal no estaba acostumbrado a la permanencia estable de la Asistente Social dentro del establecimiento. Pero con el tiempo esto se ha ido solucionando, estando

claramente delimitadas las funciones de cada uno de los técnicos.

Respecto a la labor desarrollada, podemos decir, que se continuó con la atención del caso social individual, encaminada especialmente al aspecto económico, para determinar en aquellos casos en que se precisaba un aparato ortopédico, si la familia estaba en condiciones de efectuar este gasto, siendo en los casos de indigencia proporcionado gratuitamente por la Sociedad.

Más tarde el cargo fué rentado dedicando la actual Asistente Social la totalidad de su tiempo a la atención social de los niños atendidos por el Instituto.

El plan de trabajo vigente consulta labor de colaboración con el departamento médico, kinésico, escolar y psicológico, aportando la Asistente Social la parte social del caso, para completar los antecedentes solicitados por los otros técnicos del establecimiento.

La acción educativa en el hogar está especialmente encaminada al aspecto nutrición y distribución del presupuesto. Controla además la situación del menor que ha egresado del Instituto y los resultados obtenidos en el establecimiento de continuación o en el oficio que ha elegido. Vigila por medio de visitas domiciliarias el uso y estado de los aparatos ortopédicos que han sido concedidos por la sociedad a los casos que los han solicitado al establecimiento.

Para llevar a cabo esta labor, la actividad desarrollada por la Asistente Social dentro de la oficina comprende

la confección de informes sociales, encuestas y atención de público.

Observamos que la mayoría de los trámites son de tipo médico, consistente en llevar a los niños al hospital en que se les trata, en la fecha indicada por los facultativos y control de prótesis.

Respecto a la consignación escrita del trabajo desarrollado, se continuó usando la encuesta ya descrita hasta comienzos de 1953, época en que es sustituida, pues se consideró que ésta adolecía de defectos que estaban impidiendo llevar el caso individual en forma ordenada y con el acopio de datos necesarios para poder obtener un conocimiento claro y preciso de la situación del asistido y los diferentes aspectos de su personalidad.

Se propone al Directorio una nueva encuesta, la que empieza a ser aplicada a partir de la fecha mencionada, o sea, durante los primeros meses de 1953.

Las ventajas de esta encuesta (que se adjunta en el apéndice), comparada con la anterior son notorias, ya que posee mayor cantidad de rubros destinados a obtener un conocimiento preciso sobre cada uno de ellos.

Como ya dijimos está destinada a proporcionarnos una visión global del problema, lo que permite orientar la labor social hacia los aspectos que se estime conveniente y que precisen de los servicios de la Asistente Social.

Se da especial importancia a los antecedentes perso-

nales, ya que no debemos apartarnos del concepto que es el niño al eje del caso y en torno a él giran todos los problemas que puedan impedir su convivencia armónica del grupo familiar en que actúa.

Observamos después de la lectura del total de las encuestas efectuadas por la Asistente Social y además por condiciones del presente trabajo, explicadas más adelantes, nos ha tomado efectuar un número determinado de encuestas en el domicilio, que dichos antecedentes personales no pueden ser tomados en su totalidad cuando se aplica el formulario.

Deben irse complementando a lo largo del tratamiento del caso, por ser un material basado en las diversas etapas de la vida de un ser humano y también por razones de educación de los familiares del niño, requiere la intervención de la Asistente Social en forma hábil y sutil. Depende del criterio de ella orientar sus entrevistas periódicas tanto del niño como con sus padres o apoderados hacia la obtención de estos datos.

Son de interés además, para esta información, las consultas que en este sentido se le efectúen a los otros técnicos como por ejemplo el médico y psicólogo, lo que beneficiará no sólo el tratamiento social sino también el médico y psicológico y al mismo tiempo este tipo de consultas contribuirá a fortalecer el trabajo en equipo dentro de la institución.

Consideramos conveniente para obtener un tratamien-

to social más efectivo de los casos atendidos, que cada cierto tiempo la Asistente Social revise el material escrito para ir haciendo una evolución de lo que va descubriendo en la personalidad del menor con el fin de orientar su labor hacia la meta que crea necesaria.

Estimamos que este sistema permitirá a la Asistente Social ir superando etapas en el terreno profesional y contribuirá a prestigiar más aún el servicio dentro de la misma institución.

2.- Estudio de 93 casos atendidos por el establecimiento durante el año 1953.-

Nos ha interesado hacer un estudio del tipo de niños que atiende el Instituto de Rehabilitación Infantil y de sus condiciones ambientales a fin de derivar de él, algunas conclusiones de tipo estadístico y también relativas a obtener sobre este material algunas sugerencias que consideramos dignas de ser llevadas a la práctica.

Para este objeto, hemos tomado todo el acopio de datos que el establecimiento estaba en condiciones de proporcionarnos. Reunimos 93 encuestas, pero nos encontramos que no todos los casos habían sido fichados de acuerdo al mismo formulario, ya que como explicamos la nueva encuesta del instituto por contar sólo con pocos meses de confección determinaba el hecho de que no todos los casos se encontraban sometidos a este nuevo sistema de encuesta.

Nos consideramos entonces con la obligación de unificar el material, es decir tenerlo todo de acuerdo al mismo formulario. Para este objeto y en compañía de la Asistente Social del establecimiento, Srta. Gabriela Neira P. fichamos a la totalidad de los asistidos.

Sólo en estas condiciones nos era posible aplicar el método estadístico, ya que de otra manera nos habría inducido a errores que habrían hecho fallar la veracidad del trabajo que nos proponíamos efectuar.

De las 93 fichas que hemos estudiado, sólo 34 pertenecen a niños asistentes a la institución, las otras son de los egresados que hay hasta el momento.

Hemos procedido con este criterio porque el egresado continúa dependiendo del establecimiento en la misma forma que lo es el niño que asiste regularmente, aún existe mayor preocupación hacia aquel menor que es necesario encauzar hacia una futura profesión o trabajo.

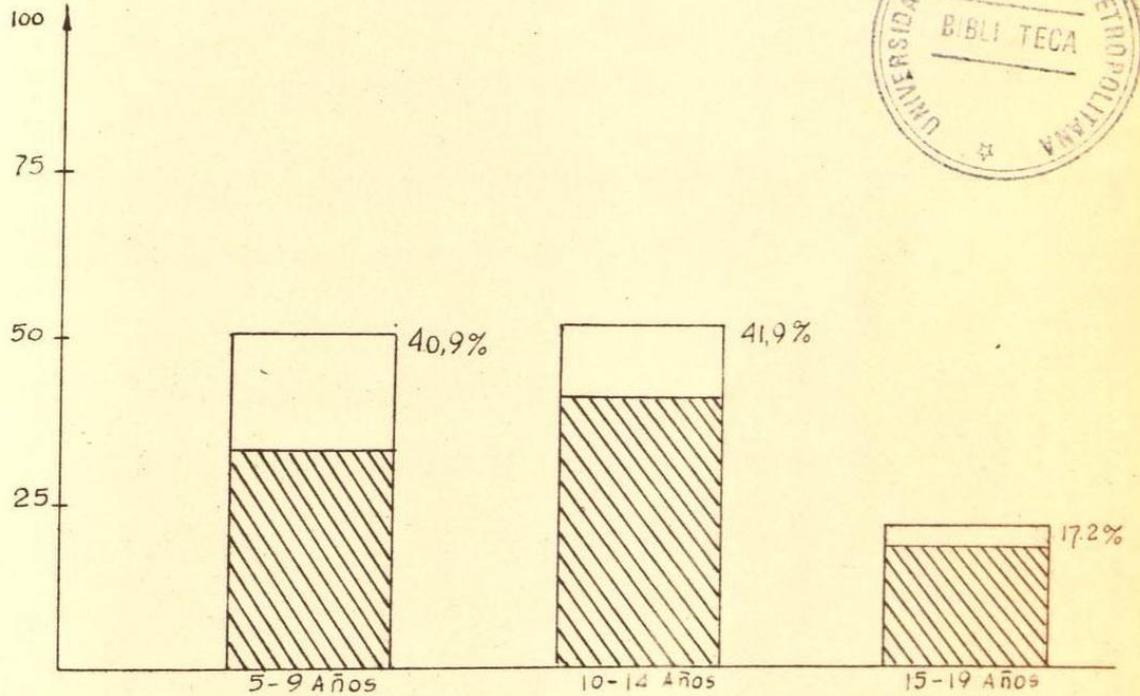
Y por otra parte, el total de labor del establecimiento, se extiende a través de sólo tres años de existencia, lo que determina para los efectos de estadística que la calidad de asistente y egresado ofrezca grandes similitudes.

Nos ha interesado conocer los diferentes aspectos de la personalidad y ambiente del niño lisiado, por estimar que en el establecimiento hace falta un estudio de este tipo, para que se tenga conocimiento del material humano con que se cuenta, aprovechando este conocimiento en la realización de una labor eficaz.

Para este objeto presentaremos a continuación los aspectos que hemos estudiado. Siendo estos:

- 1.- Distribución por sexo y edades.
- 2.- Diagnósticos
- 3.- Disponibilidad mensual por persona.
- 4.- Alimentación
- 5.- Habitación
- 6.- Educación de los padres y
- 7.- Características del hogar.

FIG. N° 1.
DISTRIBUCION POR SEXO Y POR
EDADES.



 *Hombres*
 *Mujeres*

1.- Distribución por sexo y por edades de 93 niños atendidos por el Instituto de Rehabilitación Infantil durante el año 1953.

Edad	Hombres	Mujeres	Total	%
5 - 9	25	13	39	40,9
10 - 14	31	8	39	41,9
15 - 19	13	3	16	17,2
Totales	69	24	93	100

Tenemos que de los 93 casos estudiados, 69 corresponden a varones, lo que nos da un porcentaje de 74,2%, completan la cifra mencionada las 24 niñas asistentes al establecimiento, con un porcentaje de 25,8.

Este mayor predominio del sexo masculino sobre el femenino, no podemos considerarlo como índice que las enfermedades que dejan al niño lisiado, principalmente la parálisis infantil, ataque a los varones, ya que no hemos trabajado con una cifra que señale la cantidad de niños lisiados existentes en el país, sino que nos hemos concretado a estudiar un determinado grupo de la población infantil inválida, que son los casos que pertenecen y son atendidos por el Instituto de Rehabilitación Infantil.

Es así como atribuimos esta diferencia, al posible hecho, que los padres sienten en mayor grado la necesidad de readaptar al niño, a fin de darle armas para luchar en el futu-

ro por su subsistencia, ya que está acrecentado y respaldado por la tradición, el concepto que es el hombre el indicado a velar por el mantenimiento de su familia, tocándole por lo tanto a este afrontar más arduamente las circunstancias de la vida, pero en forma más capacitada e inteligente.

La posición de las niñas la atribuímos al posible hecho que prime en los familiares el pensamiento de sobreprotección de la hija, entendido en el sentido de evitarle lo que en el juicio de ellos puede ser una penosa rehabilitación y precaviéndola en este sentido contra la lucha por su invalidez. Respecto a la distribución por edades la hemos clasificado en tres grupos.

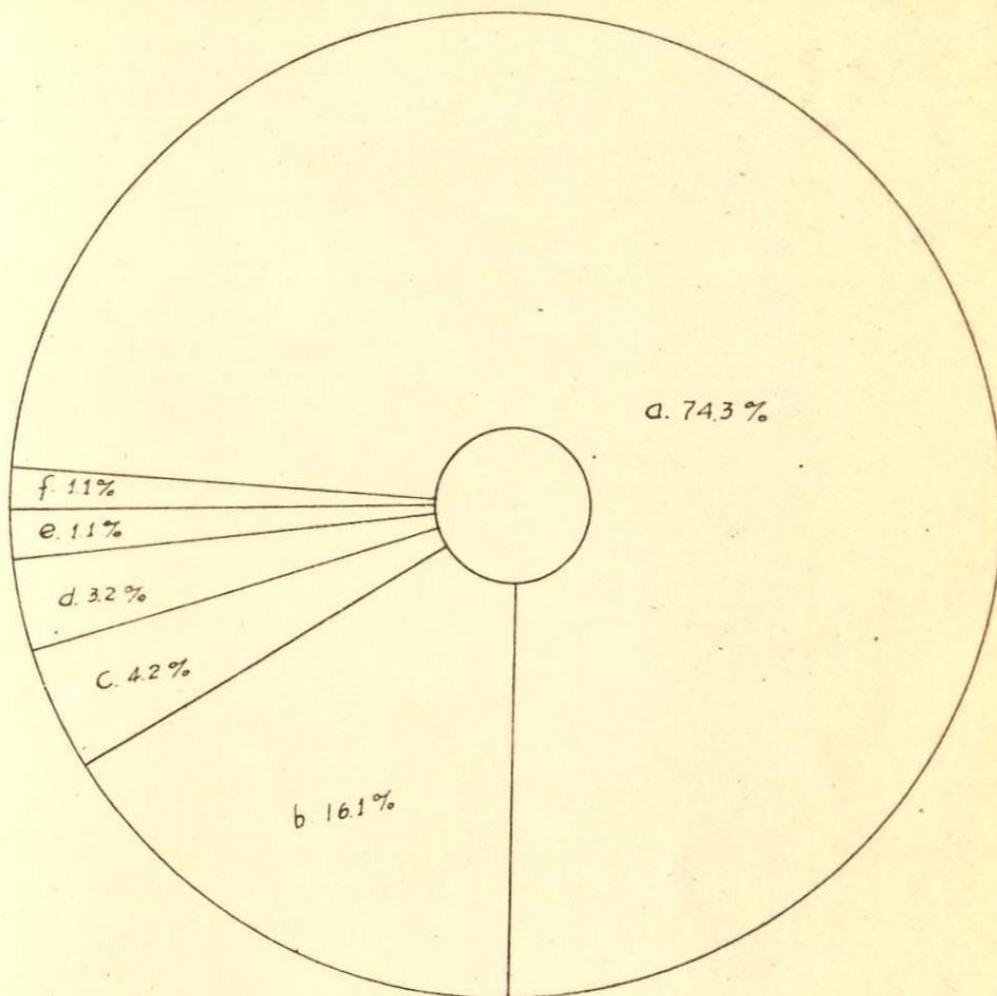
En el primer grupo que abarca las edades de 5 a 9 años, nos encontramos con 38 casos, con un porcentaje de 40,9%. Los estimamos como una cifra que nos determina cual será la futura actividad del instituto, ya que por tratarse de casos cronológicamente nuevos, se podrá pretender una labor rehabilitadora más productiva por disponer de un período de tiempo más largo para llevarlo a efecto.

El segundo, que es aquel cuyas edades fluctúan entre los 10 y 14 años y del cual tenemos 35 casos, con un porcentaje de 41,9, lo consideramos de primordial importancia ya que es en esta época de la vida del niño, en que es más urgente una orientación de tipo profesional y donde se ve la necesidad de capacitar a un individuo tanto intelectual como físicamente, para poder luchar en la vida sobre todo, si tomamos en cuenta

que de estos 39 casos tenemos de 31 pertenecen a varones.

El tercer grupo o sea aquel que considera las edades que oscilan de los 15 a 19 años, estimamos que precisan de una labor de tipo urgente, ya que su futuro egreso determina que se disponga de menos tiempo para llevar a cabo una revalidación más profunda.

DIAGNOSTICOS



- a) *Secuelas de Poliomiелitis*
- b) *Afecciones sistema nervioso*
- c) *Afecciones TBC.*
- d) *Amputaciones*
- e) *Encefalopatía congénita.*
- f) *Mal formación congénita*

2.- Diagnósticos de 93 niños atendidos por el Instituto de Rehabilitación Infantil durante el año 1953.-

Diagnóstico	Nº Casos	%
Parálisis Infantil	69	74,3
Afecciones Sist.Nervioso	15	16,1
Afecciones T.B.C.	4	4,2
Amputaciones	3	3,2
Enfermedades congénitas	1	1,1
Malformaciones congénitas	1	1,1
Totales	93	100

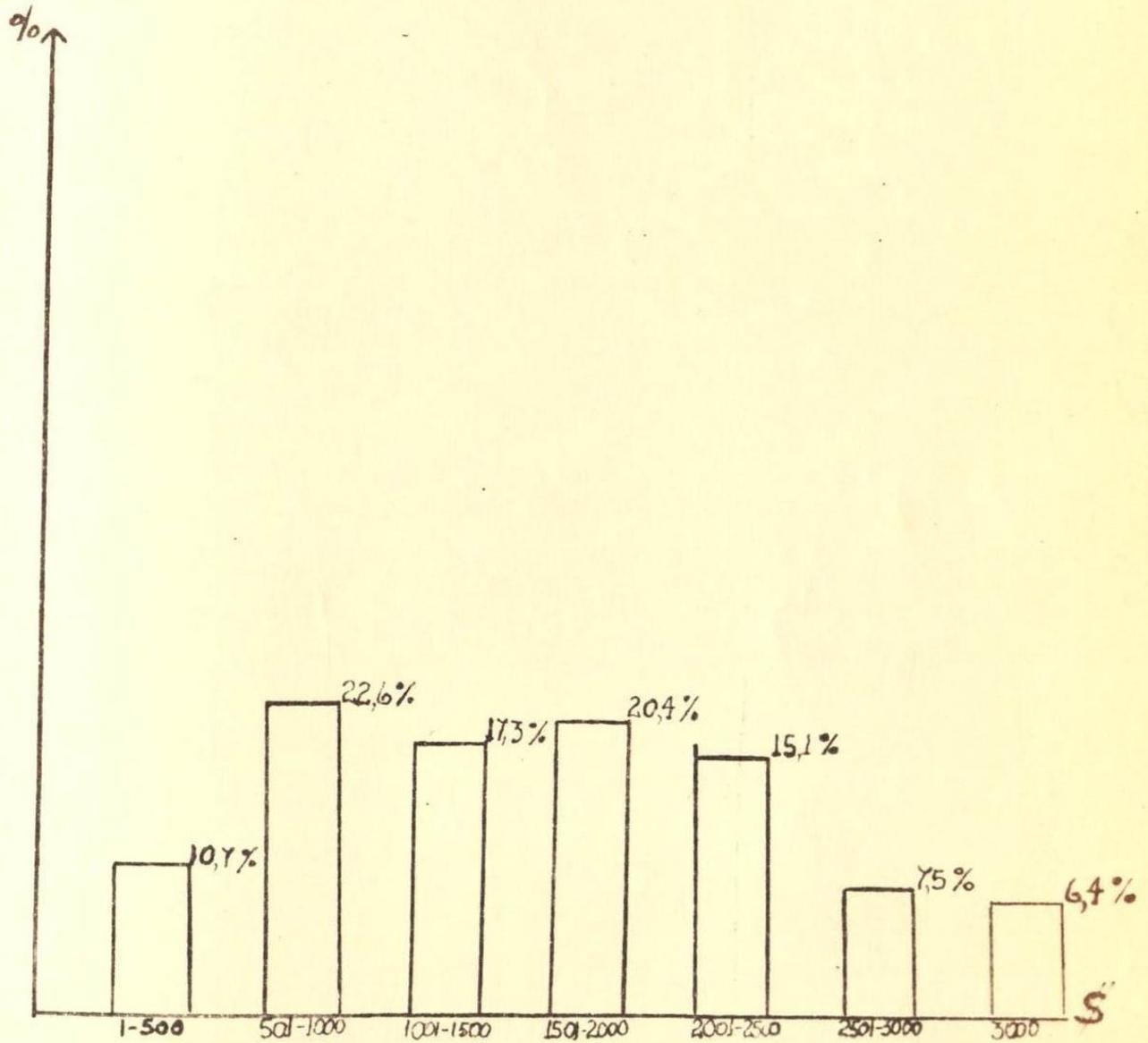
Hemos clasificado los diagnósticos de los niños lesionados pertenecientes al Instituto de Rehabilitación, en orden descendente de frecuencia, de esta manera tenemos los siguientes grupos:

- A) Secuelas de poliomielitis.
- B) Afecciones dependientes del sistema nervioso central que producen invalidez.
- C) Afecciones osteo articulares de origen tabaico que han determinado secuelas.
- D) Amputaciones de carácter traumático que han ocasionado la pérdida de un miembro.
- E y F) Consideramos aparte, los únicos casos de encefalopatía y malformación congénita, por no corresponder en sus características a ninguno de los grupos anteriores.

Observamos que la principal causa de invalidez dentro del establecimiento corresponde a las secuelas ocasionadas por la parálisis infantil; le siguen en importancia las afecciones del sistema nervioso central y las afecciones de origen T.B.C.

FIG. N° 3

DISPONIBILIDAD MENSUAL POR PERSONA



3.- Disponibilidad mensual por persona en los hogares de 93 niños atendidos por el Instituto de Rehabilitación Infantil durante el año 1953.-

	Nº Casos	%
\$ 1 a \$ 500	10	10,7
501 a 1000	21	22,6
1001 a 1500	16	17,3
1501 a 2000	19	20,4
2001 a 2500	14	15,1
2001 a 3000	7	7,5
3001 adelante	6	6,4
Totales	93	100

Consideramos interesante abarcar este aspecto ya que está directamente relacionado con el hecho de contribuir a una mejor rehabilitación.

Nos encontramos con que el término medio de disponibilidad mensual por persona es de \$ 1.538,70, correspondiéndole a cada persona la cantidad de \$ 51,20 diario, cantidad que estimamos insuficiente para atender a las necesidades del ser humano, tales como procurarle una vivienda salubre, vestuario apropiado a las condiciones ambientales y lo que nos parece más importante, es el hecho que reciba una alimentación apropiada al tipo de trabajo que desarrolla o al período de crecimiento en que se encuentra, ya que pensamos que es fundamental para

el mayor rendimiento del individuo, que su organismo se encuentra en condiciones de afrontar el desgaste físico que determina la vida diaria, sobre todo si consideramos los niños que nos preocupan en el presente trabajo, como son los lisiados, atendidos por el Instituto de Rehabilitación Infantil.

Nos ha interesado conocer el costo de la ración diaria, fijada en el año 1953 por la Sociedad Chilena de Nutrición y se nos ha proporcionado el dato, que se estima como mínima para el año indicado, la suma de \$ 50 diarios, pero esta cantidad cubre sólo un desayuno y un almuerzo, de lo que se deduce que los casos estudiados se encuentran muy por debajo de la suma útil e indispensable proporcionada por el organismo que ya mencionamos.

Desprendemos que el standard de vida de los hogares de estos 93 niños es bajo, salvo algunos casos gozan de una situación, que sino les permite vivir holgadamente, al menos lo hacen sin mayores apremios de origen monetario, como se puede apreciar en el cuadro.

Tendencia de consumo de alimentos en los hogares de 93 niños atendidos por el Instituto de Rehabilitación Infantil durante el año 1953.-

Horas de comida	Leche y derivados	Huevos	Frutas	Vegetales	Papas	Leguminosas	Cereales y deriv.	Pan	Carne	Café	Té
Desayuno	53	4	1				3	189		61	28
Almuerzo		5	14	14	22	70	19	8	26		
Onces	32	2	6				3	151		27	38
Comida	3	3	8	9	24	24	41	8	4	4	5
Entre comidas		5	4								
Totales	88	19	33	23	46	94	66	156	30	98	61

4.- Alimentación.-

Tendencia de consumo de alimentos en los hogares de 93 niños atendidos por el Instituto de Rehabilitación Infantil durante el año 1953.-

Hemos aprovechado la información contenida en las fichas sociales, referente a este rubro.

Información que no permite un diagnóstico preciso de la alimentación de estos niños y que sólo nos orienta sobre las tendencias de consumo de los principales alimentos.

Los rubros de mayor consumo son los de pan, leguminosas, café y té.

En las encuestas, los alimentos protectores, leche, carne pescado, fruta, vegetales, papas se encuentran en cifras deficitarias.

Así de 93 escolares, 53 consumen leche al desayuno y 32 a las onces y solamente 3 a la hora de comida.

No figura en las fichas la cantidad, pero aplicando la experiencia de encuestas más detalladas, puede asegurarse que ninguno de los casos cumple con el consumo fisiológico mínimo, que a esta edad es de medio litro.

El consumo de frutas arroja su cifra máxima de 14 niños a la hora de almuerzo, lo que indica una carencia en vitaminas y minerales. Lo mismo sucede con los vegetales que también se encuentran en cantidad deficitaria. Carne es consumida por 26 de los 93 niños, a la hora de almuerzo, y 4 a la hora de comida, no figurando en las fichas ninguna mención al pescado.

Contrastando con lo anterior, se encuentran 9 casos en que la comida de la noche consiste en té o café o pan.

De lo expuesto anteriormente se puede asegurar que en general la alimentación de estos niños se encuentra en déficit y desequilibrio, hay una fuerte tendencia a consumir alimentos energéticos, como pan, cereales y derivados y presumiblemente azúcar.

El consumo de vegetales y frutas es muy deficiente, el de papas alcanza a la mitad de nuestros encuestados.

Solamente en leguminosas hay una tendencia que podríamos considerar favorable, porque 70 de los 93 casos las incluyen diariamente al almuerzo.

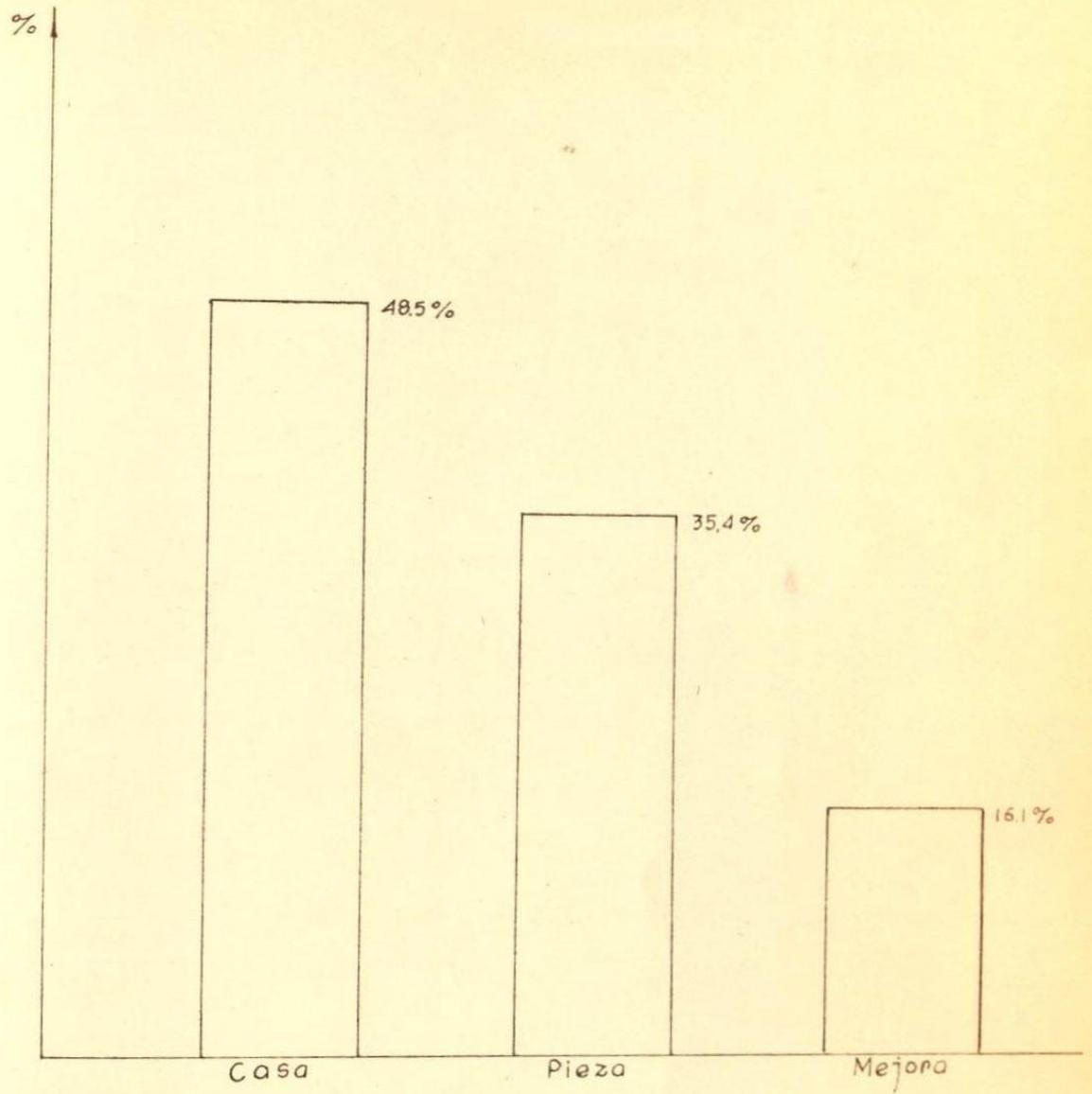
Dada la información de que dispusimos, no es posible hacer un análisis más completo de la alimentación de estos escolares, pero considerando los propósitos enunciados al comienzo de este estudio, estimamos que una orientación útil en la alimentación que el establecimiento les otorga, debe darse prioridad al suministro de leche o sus derivados útiles, pescado y otras carnes, vegetales, frutas y papas.

El consumo de otros alimentos como cereales, pan y azúcar, deberá hacerse restringido al máximo ya que son consumidos en el hogar.

Debe finalmente prescribirse en el establecimiento, el uso de estimulantes, invirtiéndose este dinero en mejorar la ración.

FIG. N° 4.

HABITACION



5.- Habitación.-

Respecto a la Habitación, la hemos clasificado en tres grupos que son: casa, pieza y mejora.

Así tenemos:

	N° de Casos	%
Casa	45	48,5
Pieza	33	35,4
Mejora	13	16,1
Totales	93	100

El 48,5% de los niños habitan en casas independientes y en el 35,4% sus familias arriendan una pieza en casa particular.

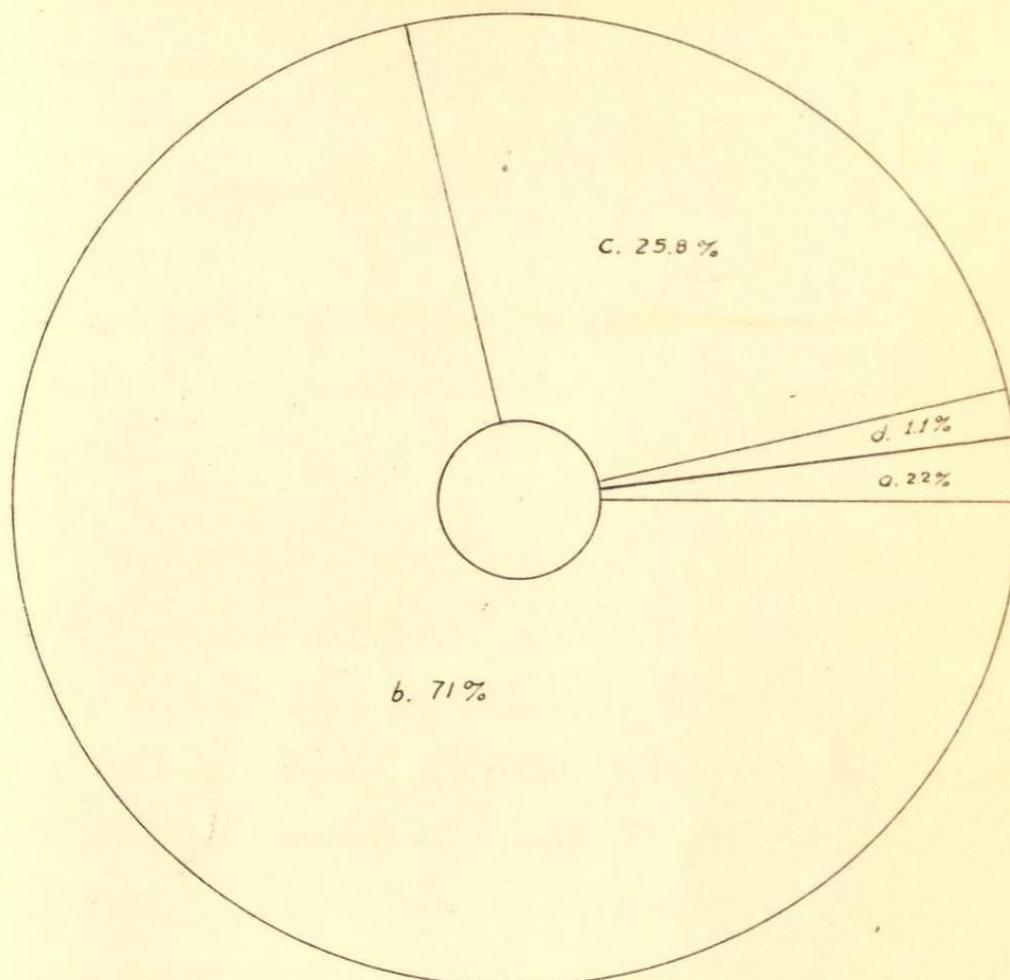
Nos encontramos con que el 16,1% viven en mejoras construídas por ellos mismos y que sin lugar a dudas constituyen una prueba evidente de falta de salubridad e higiene ambiental, lo que influye tanto en el desarrollo físico como psicológico del lisiado.

Nos ha llamado la atención el hecho de que no todos los niños viven con su familia, observamos que algunos menores se encuentran en colocación familiar, y otros en categoría de allegados en un hogar ajeno al propio.

De acuerdo a lo anterior, hemos obtenido las siguientes cifras, en lo que a forma de vida de estos niños se

FIG. N° 5.

EDUCACION DE LOS PADRES



- a) *Analfabetos*
- b) *Educación primaria*
- c) *Educación secundaria*
- d) *Estudios superiores*

6.- Educación de los padres.-

	N° casos	%
Analfabetos	2	2,2
Educ.primaria	66	71
Educ.secundaria	24	25,8
Estudios superiores	1	1,1
Totales	93	100

Hemos considerado interesante abarcar este aspecto del problema, por considerar necesario conocer el nivel educacional y cultural de las personas que integran el Centro de Padres y el Club de Madres, que propondremos en nuestras sugerencias, lo que será fundamental para la mayor eficacia de sus acuerdos y además para el progreso de la agrupación.

Tenemos que el número de analfabetos y de personas con estudios superiores, presentan un bajo porcentaje, lo que nos indica que casi exclusivamente se trabajará con aquellos padres o apoderados incluidos en los dos grupos intermedios o sea aquellos que poseen una educación primaria equivalente al 71% y secundaria al 25,8%.

Deberá tomarse en cuenta al hecho, que en muchos casos al ciclo de estudios de carácter primario ni secundario ha sido completado.

7.- Características del hogar de 93 niños atendidos por el Instituto de Rehabilitación Infantil durante el año 1953.-

Se ha estudiado este aspecto del grupo familiar por que consideramos que la situación del menor en su hogar, influye en forma decisiva para el afianzamiento de su personalidad, sobre todo en los casos de niños lisiados, en que un problema común los hace semejantes y sus matices propios los constituye en únicos.

Las cifras obtenidas nos revelan que 49 de los 93 niños lisiados estudiados, provienen de hogares en que no existen conflictos entre sus padres.

Veinticinco de éstos se encuentran separados, recayendo sobre uno sólo la custodia del niño. Cierta similitud poseen los 13 menores que tienen a uno de sus progenitores fallecidos, siendo este último grupo a juicio nuestro, sobre el que recae en mayor intensidad la responsabilidad de la salud física y moral del lisiado.

El número correspondiente a niños huérfanos o abandonados es de 6, lo que se explica por la índole de la institución, ya que recurren a solicitar sus servicios para la atención de sus hijos, directamente, la familia del lisiado, excepto algunos casos enviados desde el hospital en que se trata su enfermedad.

Nos ha interesado también conocer la actitud de los padres del lisiado hacia su invalidez.

Ante seres deformes o con grandes defectos físicos, reaccionamos en forma diferente. Algunas veces sentimos hasta la persona lisiada, lástima, piedad, deseo de proteger o repulsión y no queriendo exteriorizar nuestros sentimientos, manifestamos una excesiva solicitud, optimismo, dureza o indiferencia.

Los progenitores no se encuentran exceptuados de estas reacciones.

Hemos estimado a través de la experiencia recogida durante nuestra permanencia en el Instituto de Rehabilitación Infantil, que la actitud de los padres del lisiado, presenta tres gamas bien diferenciadas, siendo estas en primer lugar, el caso de aquellos padres que sobreprotegen excesivamente al hijo, en seguida los que lo sitúan dentro de la normalidad, no haciendo mayores diferencias entre el menor inválido y el resto de los hijos y por último los que se desprecocupan totalmente del niño, no cooperando al tratamiento, ni esmerándose por su pronta rehabilitación, sino considerándolo como una carga al presupuesto familiar que es preciso sobrellevar.

De acuerdo a lo anteriormente enunciado tenemos:

	Nº casos	%
Casos de niños sobreprotegidos	8	8,6
Casos de niños en situación normal	50	53,8
Casos de niños abandonados	35	37,6
Totales	93	100

El porcentaje equivalente a niños sobreprotegidos, 8,6%, nos indica que cierto sector de los asistidos por el establecimiento constituye la preocupación primordial dentro de sus hogares, ya que sus padres les dispensan todo el afecto y cariño que son capaces de prodigar, haciéndoles completamente dependientes y el hecho que giren todos los problemas domésticos y familiares, en torno a él, determinará que el menor reaccione en forma hosca y hostil hacia el medio ambiente, en suma, poco sociable y egoísta. También puede darse el caso inverso que la actitud del menor lisiado sea tímida e insegura, originada por una personalidad débil, que no se encuentra en condiciones de afrontar en forma capacitada, el medio ambiente que lo rodea, siendo campo propicio para el desarrollo y formación de complejos, que irán a entorpecer tanto el tratamiento de tipo médico como social.

Luego tenemos el grupo correspondiente a los niños cuyos padres están dedicados a servir los intereses del lisiado en forma efectiva y lo que es más importante, han logrado una perfecta adaptación y equilibrio, no existiendo problemas, ya que las relaciones y la comprensión que entre todos los miembros de la familia existen son de tal naturaleza que permitirán al niño lisiado llegar a la edad adulta bien adaptado, pues se le ha concedido las mismas oportunidades para triunfar en la vida y organizarla de acuerdo a sus propias inquietudes e intereses, que tiene cualquier persona físicamente apta.

En esta situación tenemos al 53,8%, lo que permite preveer una halagüeña rehabilitación.

Respecto al último porcentaje, equivalente a 37,6% y que corresponde al tercer caso que hemos enunciado, tenemos una cifra que consideramos bastante alta y desalentadora, ya que nos indica que estos padres no poseen una madurez y equilibrio emocional adecuado para aceptar el inválido, determinando esta falta de comprensión, un conflicto afectivo agudo, que en algunos casos se traduce en forma de franca hostilidad.

Sumándose a estos factores, tenemos el aspecto cultural de los hogares y que nos indica que la educación media del grupo que hemos tratado, no es en modo alguno capaz de subsanar estas etapas, ya que es evidente que existen grandes vacíos educacionales.

Nos parece que este último punto que hemos tratado, es donde se hace más indispensable modificar el ambiente que rodea al menor, ya que es más intenso el grado de perjuicio que se le hace al lisiado, pues se está sino impidiendo, al menos retardando su rehabilitación, por no existir comprensión de parte de sus familiares hacia su invalidez.

Través de los pocos años de existencia del establecimiento, no dudamos que este opere eficazmente, será una realidad en el futuro, pues el Instituto, gracias al empuje de su Directorio y técnicos que en él trabajan, en los tres años que lleva de funcionamiento, ha logrado obtener un sólido y bien merecido prestigio, que lo distinguen, como el único establecimiento

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Necesidad de un Internado.

Nuestra investigación y estudio efectuados en el Instituto de Rehabilitación Infantil, nos ha brindado la oportunidad de conocer ciertos aspectos de éste, lo que nos permite obtener algunas conclusiones, derivando de estas sugerencias que consideramos serán útiles para el futuro de la Institución, ya que van directamente encaminadas a perfeccionar los servicios que presta a la Comunidad en que sirve.

Hablaremos primeramente de la necesidad que existe de ampliar la capacidad del establecimiento, lo que no constituye ninguna idea nueva para el Directorio de la Sociedad, pero que aún no ha podido llevarse a cabo por razones de índole económica. Existe el proyecto de edificar el Instituto de Rehabilitación Infantil, de acuerdo a las modernas técnicas de rehabilitación, en un terreno que la Sociedad posee en Las Condes.

Consideramos, para los años venideros, que esta necesidad será cada vez más urgente, dado al aumento de matrícula y solicitudes de ingreso que paulatinamente hemos observado a través de los pocos años de existencia del establecimiento.

No dudamos que este nuevo edificio, será una realidad en el futuro, pues el Instituto, gracias al empuje de su directorio y técnicos que en él trabajan, en los tres años que lleva de funcionamiento, ha logrado obtener un sólido y bien merecido prestigio, que lo distinguen, como el único estableci-

miento de su tipo y que trabaja en aras de la rehabilitación del niño lisiado. Es por este motivo, que no dudamos de ver la nueva institución, que constituirá un orgullo y un galardón más, para los establecimientos médico asistenciales, de nuestro país.

Consideramos sí, con el carácter de urgente, la necesidad de crear un internado, el que sólo deberá usarse, en aquellos casos, en que las condiciones ambientales y morales del hogar, son gravemente desfavorables y en los cuales no haya posibilidades de mejorarlas.

También recomendamos este sistema asistencial, en aquellos casos de niños, provenientes de provincias o que su domicilio, por estar fuera del radio urbano de la ciudad impida al menor asistir diariamente al establecimiento, perdiendo la oportunidad de obtener la rehabilitación física, que el Instituto está en condiciones de proporcionarle.

De la investigación que hemos efectuado, desprendemos que de los 93 casos atendidos, hay un gran porcentaje de casos que no reúnen condiciones favorables dentro del hogar, para la rehabilitación física y psicológica del lisiado.

Sin lugar a dudas, dentro de estos casos, hay un porcentaje que ha mediar la intervención de la Asistente Social puedan ser modificadas las condiciones ambientales del hogar, obteniendo la comprensión de los padres y apoderados frente al problema que significa el niño lisiado, ya que no debemos desestimar el hecho, de que la vida de internado ofrece el grave

peligro, de desadaptar al menor, apartándolo de la lucha diaria, y del contacto con niños normales; pudiendo llegar esta situación a provocar un grave shock psicológico para el lisiado, cuando ya se haya cumplido su rehabilitación y esté en condiciones de abandonar la Institución.

Es por este motivo, que insistimos en nuestro concepto, referente a la permanencia del niño en su hogar, ya que aparte de muchas otras ventajas, tiene la de acostumbrar al lisiado a luchar por su adaptación al medio en el cual actúa.

Es por esto que sugerimos la creación del internado, para sólo aquel tipo de casos en que la Asistente Social juzgue que las condiciones del hogar están dificultando y algunas veces impidiendo la rehabilitación del lisiado, perdiéndose todos los esfuerzos desplegados por la institución encaminadas a hacer de aquel ser inválido, un individuo física y psíquicamente apto, para enfrentar la vida dignamente, sin constituir un lastre para la sociedad y el medio en el cual se desliza su existencia.

Además, consideramos también como casos dignos de ingresar al establecimiento cerrado, el de aquellos que ya hemos explicado, que por razones de domicilio, se encuentran impedidos de asistir al Instituto.

Labor de la Asistente Social será, la de preparar estos hogares para el egreso de sus hijos, obteniendo de éstos, en algunos casos, el sentido de responsabilidad de que han carecido, y que ha determinado la internación del menor.

Por medio de sus técnicas, logrará hacer conciencia

de lo que significa, en un hogar, el niño lisiado, evitando que tantos padres como apoderados, vean en el internado, el único camino de solucionar el problema que lo afecta. En estos casos se intensificará el tratamiento social, encaminado a preparar el terreno para el egreso del menor.

Para aquellos niños lisiados provenientes de provincias el tratamiento deberá hacerse con los padres por intermedio de la Asistente Social perteneciente al lugar de procedencia del menor, que ha orientado a los familiares hacia el instituto de Rehabilitación Infantil, a fin de que la distancia no sea un impedimento que afloje los lazos familiares, permitiendo mantener un contacto rápido y directo entre padres e hijos.

Respecto al financiamiento del internado, no nos pronunciamos, pero sí, sabemos que el Ministerio de Educación, ha dotado a la Escuela Hogar N° 243, que fué anexada y funciona en el establecimiento, con el fin de mantener un internado para 20 niños, el que no ha podido ser instalado por razones de espacio.

Formación de Clubs de niños. - *desarrollo del niño*

Es nuestra opinión, que es indispensable para la mejor atención social proporcionada por el establecimiento, la aplicación no sólo del método de Servicio Social de Casos, si no también el trabajo social por medio de grupos, lo que contribuirá a capacitar en mejor forma a los niños lisiados, permitiéndoles este sistema acostumbrarlos a actuar en sociedad en forma disciplinada e inteligente, y tratando de captar a través de las sesiones realizadas y de la conducta observada en ellas, las frustraciones derivadas de su invalidez y los complejos que por este motivo existen en su personalidad.

Creemos que la efectividad de estas agrupaciones formadas por niños, de acuerdo a sus intereses y edades, no tardarán en dejar ver sus benéficos resultados, lo que fortalecerá el espíritu de grupo observado en las recreaciones desarrolladas por los niños en los momentos que les dejan libres sus faenas escolares. *fin como en la rehabilitación del niño*

Es por este motivo que consideramos de especial importancia que la Asistente Social encamine esta tendencia, secundada por líderes voluntarios o que surjan espontáneamente del mismo grupo a fin de ayudar en el proceso de socialización, enseñando a los niños a actuar y comportarse, sin un falso concepto de su incapacidad física, por el contrario que estén en condiciones de aceptarla libre de prejuicios, conscientes de su limitación, pero que al mismo tiempo conozcan las otras compensaciones que puedan obtener por medio de una habilidad manual

determinada o ayudando y estimulando el desarrollo más acentuado de las facultades intelectuales, lo que los colocará en un plano de superioridad.

Aprenderán asimismo a posponer sus propios intereses individuales a los del grupo, lo que les tornará menos personalistas, más ecuánimes y solidarios con sus compañeros.

Para aplicar el método de Servicio Social de Grupo, previamente será necesario que el profesorado de la institución, comprenda lo que significa esta técnica y lo que se pretende alcanzar con ella, a fin de que por un error en la comprensión de sus objetivos, no la vean como una intromisión al campo pedagógico que ellas representan.

Sólo cuando hayamos logrado superar esta etapa, podremos realizar nuestra labor, ya que consideramos que es de fundamental importancia para la finalidad que desarrolla el establecimiento, que todos los técnicos que están trabajando en ella, con un mismo fin como es la rehabilitación del niño lisiado, marchen en forma armónica, ya que cada uno necesita la colaboración del otro, para poder efectuar en mejor forma su labor.

Centro de Padres.-

Funciona en el establecimiento el Centro de Padres y Apoderados y Amigos de la Escuela N° 243, que se fundó el 15 de Octubre de 1951. Su finalidad es exclusivamente, procurar un acercamiento entre los padres y apoderados y el cuerpo de profesores, colaborando con la obra educativa y cultural desarrollada por el plantel.

Consideramos que imprimiendo a este Centro de Padres un carácter más social del problema de rehabilitación, no sólo enfocado desde el punto de vista de la escuela, contribuirá a secundar poderosamente la labor de la Asistente Social beneficiando al tratamiento del niño.

A través de las sesiones realizadas con los familiares del menor, se podrá ir capacitando los hogares en la comprensión de lo que significa el problema del niño lisiado, responsabilizándolos en este sentido y sabiendo orientar su actitud hacia el menor inválido, evitando tanto la sobreprotección como la irresponsabilidad, factores que pueden resultar igualmente perniciosos para la rehabilitación del menor.

Este grupo, formado por personas unidas por una causa común como es tener un hijo inválido, unificará sus criterios respecto a los problemas que puedan surgir inherentes a la rehabilitación de sus menores.

Aprenderán a comprender la enfermedad del niño en forma científica, por medio de charlas proporcionadas por mé-

dicos y enfermeras, comprendiendo el tratamiento médico que se les efectúa y aprendiendo a prestar su más amplia cooperación para el mejor desarrollo de éste, lo que irá en beneficio directo en la mejoría del enfermo.

Estarán además, en condiciones de resignarse frente a aquellos casos, en los cuales la rehabilitación física, ya no surte más efecto y que no han podido superar la incapacidad.

Por medio del grupo, se ayudará a estas familias a aceptar al lisiado, mostrándoles los diversos campos hacia los cuales puede orientar su actividad, llegando a la misma meta que fija la normalidad: ser un individuo capaz de enfrentar la lucha diaria por la vida.

El espíritu de grupo del Centro de Padres y por la experiencia proporcionada por la acción del tiempo, podrá llegar a ser un organismo en condiciones de luchar por la situación general del lisiado, logrando interesar a los poderes públicos en este sentido y talvez obtener beneficios en lo que a Legislación Social se refiere.

Como resultados inmediatos de esta agrupación lograremos que se interesen por la institución, que la conozcan ampliamente, y que no vean en ella solamente el lugar que los libera durante el día de la presencia de lo que ellos pueden considerar una carga, si no que colaboren con ella, interesándose por sus problemas y contando con su apoyo para perfeccionar sus servicios en la atención del niño lisiado.

Contratación de una enfermera.-

Naturalmente que este mayor número de actividades, realizadas por la Asistente Social y si no se amplía la dotación de este tipo de profesionales, contribuirá a recargar la actividad realizada hasta el momento.

Destinado a evitar este exceso de trabajo, que impedirá llevar a cabo lo que hemos propuesto, sugerimos que es indispensable, para la mejor distribución del tiempo de la Asistente Social que se contrate los servicios de una enfermera sanitaria, o en su defecto, de una enfermera práctica, que venga a tomar aquella parte del trabajo de la Asistente Social que no consideramos específica de la profesión, ya que es nuestra opinión que los controles en los hospitales, indicaciones sobre el tratamiento médico, sumado al control domiciliario de prótesis, que actualmente se efectúa, se ajusta más a las técnicas y estudios impartidos a este tipo de profesional, que a los estudios sociales que hemos recibido.

Como ya dijimos esta medida contribuirá, a que la Asistente Social se encuentre en condiciones, de dedicarse a la atención social de los casos y grupos, dentro del establecimiento, intensificando la labor socio-educativa, en los niños y padres de éstos.

Necesidad de capacitar mayormente a los niños lisiados.-

Al decir esto nos referimos, especialmente al caso de los menores egresados de la institución, ya que una vez que han cursado satisfactoriamente su sexto año primario, se le presenta a la Asistente Social el problema, de encontrar un establecimiento en el cual puedan continuar sus estudios.

En muchas instituciones de enseñanza técnica e industrial, se presenta el inconveniente, que dadas las condiciones físicas del lisiado, rechazan la solicitud de ingreso del alumno, produciéndole esto, un grave shock que puede dejarlo sin mayores intereses de perfeccionamiento.

La Asistente Social deberá estudiar con el niño y técnicos del establecimiento, las condiciones físicas del lisiado, y según éstas determinar el lugar de continuación que se ajusta más a sus condiciones físicas y psicológicas.

Encontramos que es de especial importancia que la escuela capacite más intensamente, a sus alumnos próximos a egresar, proporcionándoles un mayor número de conocimiento de tipo práctico, aprovechando las condiciones e inclinaciones del alumno hacia una determinada materia.

Estimamos importante adiestrarlo, en ramos, como el Castellano, Matemáticas, e Historia, perfeccionando una escritura correcta, precisión en la obtención de cálculos aritméticos, y conocimientos generales sobre Historia de Chile. De esta manera al entrar a competir para solicitar una colocación, en un lugar que se ajuste a su inhabilidad física, estará en

condiciones de luchar con los individuos normales, que también solicitan su ingreso, ya que el futuro patrón o empleador, sabrá valorizar los conocimientos intelectuales compensatorios a su menorvalía física; ya que este obrero o empleado podrá ofrecerle una colaboración más amplia que el resto, estando en condiciones de secundarlo en trabajos de oficina, acreditando su experiencia y sentido de responsabilidad que lo harán suplir su defecto, obteniendo aceptación y reconocimiento de sus méritos dentro del grupo de trabajadores en que actúa.

Juzgamos, que de acuerdo a esta modalidad, será posible obtener una más fácil ocupación para los alumnos egresados del establecimiento, evitándoles la sensación de fracaso e inferioridad frente a los muchachos de su edad y físicamente aptos.

Beneficiará sin duda esta medida, la situación económica del lisiado, ya que podrá obtener un salario de acuerdo al trabajo desarrollado y al percibido por los individuos normales y lo que es más importante, proporcionará al lisiado un afianzamiento de su personalidad lo que le abrirá un camino permanente para un aumento de la cultura, como compensación a su incapacidad.

A P E N D I C E

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

B I B L I O G R A F I A

- ADLER, ALFREDO El Conocimiento del Hombre
Edit. Cultura, Santiago, 1937.
Guiando al Niño. Edit. Buenos
Aires.- 1948.- Págs.293
- BEVERLY RAMEY, RICHAR Y RIVES
SHANDS, ALFRED Manual sobre la prevención
de las enfermedades en la ni-
ñez. Edit. de la Secretaría de
Educación Pública, México 1947.
180 págs.
- CLAPAREDE, E. La escuela y la psicología.
Edit. Lozada, Buenos Aires.-
1944. 292 págs.
- CONFERENCIA INTERNACIONAL DEL TRA
BAJO La rehabilitación profesional
de los inválidos. Edit. Kundig.
Ginebra 1953.- 65 págs.
- FRANPTON, E. MERLE Y MORGAN, CAMI-
LLA Educación y cuidado de los ex-
cepcionales. Publicación de
la Unión Panamericana N° 113.
Washington, 1941. 38 págs.
- HATHWAY, MARION The young cripple and his job.
The University of Chicago Press.
Illinois. 1928.- 130 págs.
- LENRROT, KATERINE Estudio sobre asistencia fami-
liar e infantil. Compañía Ge-
neral Editora S.A. México 1948.
176 págs.
- MIRA Y LOPEZ, EMILIO Psicología Evolutiva del Niño
y del Adolescente. Edit. Ruiz.
Rosario 1941.- 227 págs.
- OLIVARES DEVESA MARIO La recuperación de mutilados.
Edit. Espasa Calpe. Madrid-1939.
192 págs.
- PELFORT, CONRADO Asistencia médico social del
Niño Lisiado, Edit. Médica. Gamo-
Der. Montevideo - 1948.
31 págs.

- REDKEY, HENRY Rehabilitation Centers in EE.UU.
Edit. The National Society for
Crippled Children and Adults.
Illinois - 1952. 188 págs.
- RODRIGUEZ, GERMINAL La invalidez. Edit. Aniceto
López.-Buenos Aires.- 1931.
811 págs.
- SOUZA FERRAZ DE, JOAO Nociones de Psicología del Niño.
Edit. Americalee, Buenos Aires
1947.- 234 págs.
- STRATTON G. WILLIAMS The handicapped child in his
home an his comunity. Edit.
Illinois. School for the deaf.
Chicago 1952.-
66 págs.
- UNION INTERNACIONAL DE PROTEC- L'education d'enfants atteints
TION DE L'ENFANCES d'infirmité Motrices.- 1950.
78 págs.

-----ooOoo-----

Artículos.-

- BAUER W.W. Spastics can be happy. Chicago. 1949.
- DAWSON, RAY Emotional Aspects of Medical Rehabilitation. Virginia.
- FARILL, JUAN El problema de la rehabilitación social y funcional de los lisiados. México - 1953.
- FITTE, MARCELO La parálisis infantil.- Buenos Aires 1945.
- FLANAGAN K. ARTHUR The crippled children goes to camp. Chicago.
- JAEGER, MELMUT Ayuda al niño lisiado. Santiago, 1950
- LILLO, REGINA Plan publicatario de la Sociedad Pro-Ayuda al niño lisiado.- 1950.
- NEW YORK STATE ASSOCIATION FOR CRIPPLED CHILDREN INC.. A tribute and report. New York.
- RUSH, HOWARD The rehabilitation of hemiplejic patient. New York.
- SERVICIO NACIONAL DE SALUBRIDAD Normas para el control de la Polio-melitis.- Stgo.
- SCHOENBOHN W.B. Planning a Hospital-school. Iowa City.
- TARAFÁ, JOSE El problema del lisiado en Cuba. 1952.
- TESONE, JUAN El problema de la rehabilitación social y funcional del lisiado. Rep. Argentina 1952.
- THE NATIONAL FOUNDATION FOR INFANTIL PARALYSIS INC The research story of infantyle paralysis. New York.
- TOWN, MARGARET Social Service vital to cerebral palsy tearwork. Illinois, Chicago 1951.
- URRUTIA, CARLOS Ayuda al Niño Lisiado. Stgo. 1949. Informe sobre organización de ortopedia, Traumatología e Institutos de Rehabilitación.- Stgo. 1953.-

VERGARA SALAS, ALBERTO Charla sobre la formación, desarrollo y obras de la Sociedad Pro-Ayuda al Niño Lisiado.-Stgo. 1951.

Como formar Centros Zonales de Ayuda a los niños lisiados. Convención de los distritos chilenos del Rotary Club, 1953.

Memorias.-

CERVANTES, MIGUEL El niño lisiado por la poliomielitis. Plan de ayuda para Stgo. Tesis para optar al título de Especialista en Salubridad. Escuela de Salubridad. Universidad de Chile - 1953.-

-----oo0oo-----

UNIVERSIDAD DE CHILE
SEDE SANTIAGO ORIENTE
BIBLIOTECA CENTRAL

Folletos.-

International Society
for the Welfare of Cripples.

New York University Programs in rehabilitation ser-
vices.

New York University Bellevue Me The Institute of Rehabilitation
dical Center and Phisical Medicinal.

The Illinois Plan of the Chil-
dren who are excepcional.

Unicef, lo que hace, como actúa.

-----ooOoo-----

Estatutos de la Sociedad Pro-Ayuda al Niño Lisiado.

-----ooOoo-----

Apuntes.-

Atlagić, Esther Servicio Social de Grupo
Escuela de Servicio Social "Dr.
Alejandro del Río".- 1951.-

Codoceo R. Doris Servicio Social de Casos.
Escuela de Servicio Social "Dr.
Alejandro del Río".- 1950.-

-----ooOoo-----