

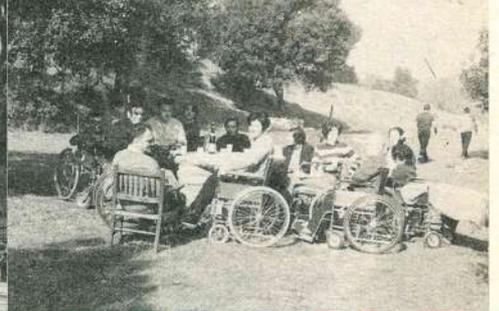
sobre Pueda

FULLS
INFORMATIUS

N.º 6-7

TARDOR/OTOÑO - HIVERN/INVIERNO

1985-86



iG 1965-1985 XX^è ANIVERSARI!



EDITA:



Centre de Rehabilitació de Paraplègics
c. Garcilaso, 57. Tel. (93) 351 2300-351 22 11
08027 BARCELONA

SOBRERUEDAS, FULLS INFORMATIUS

Publicació trimestral d'informació específica per el lesionat medul·lar.

CONTINGUT/CONTENIDO

PAG.

COL.LABORACIONS/COLABORACIONES

- 3 - Una Meditación. Sr. G.J.G.
- 4 - El Instituto Guttmann y el Tratamiento Médico-Rehabilitador del lesionado Medular en el Período 1965-1985. Perspectivas para el Futuro.
Dr. Miquel Sarrias i Domingo
Director Médico de I. Guttmann
- 10 - I Curs d'Atenció d'Infermeria al Lesionat Medul·lar. Dolores Cassi i Esteve
Supervisora
- 12 - Mirar con Ojos Nuevos. María Llobet i Furró. Cap d'Infermeria
- 15 - La Fisioterapia y el Mantenimiento en Forma. Vicenç Segarra i Vidal
Fisioterapeuta
- 17 - La Salud Mental, Otro Aspecto del Mantenimiento en Forma.
M^a Lluisa Curcoll i Gallemí. Psicòleg
- 21 - La Respuesta y los Mutis de la Sociedad. Mercè Camprubí i Freixas
Assistent Social
- 25 - Las Aportaciones de las Ortesis y otras Adaptaciones en las Actividades de la Vida Diaria y Autonomía Personal de los Tetrapléjicos.
Betza Méndez i Méndez. Terapeuta Ocupacional
- 28 - Un Camp de Treball "Sobre Ruedas". Marta Boltó i Grau
Josep Miquel Alegret i Tejero
- 34 TOT PARLANT/HABLANDO José Martínez i Jiménez. Comerciante
- 40 ESPORT/DEPORTE
- Breve Resumen de las Actividades del Club Deportivo Minusválidos Instituto Guttmann. Antonio Marco
- 43 D'ACI I D'ALLA/DE AQUI Y DE ALLA
- 46 LEGISLACIO/LEGISLACION, 85
Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya
Boletín Oficial del Estado
- 51 SUPER VALID. Jordi Mas i Manjon

FOTOGRAFIES I IL·LUSTRACIONS: ARXIU I. GUTTMANN

TRADUCCIONS I MECANOGRAFIA: Raquel Bozal i Ortiz

COORDINACIO: Mercè Camprubí i Freixas

Donem les gracies a totes
les persones que han col·
laborat en aquest butlletí.

Nuestro agradecimiento a todas
las personas que han colabora-
do en este boletín.

UNA MEDITACION

Los que hemos tenido -creo- la suerte de haber vivido muy de cerca la difícil gestación de este I.G., y que ahora vemos culminados nuestros sueños.....

Los que conocimos al Dr. L. Guttmann en persona, aquel pequeño gran hombre, al que todos nosotros debemos el estar "vivitos y coleando", y que bajo sus auspicios pusimos en marcha este Centro, dando a Cataluña un destacado lugar en el mapa de los PARAS, desde HOUSTON a HEIDELBERG y desde EDIMBURGO a SAN JOSE DEL VALLE....

Los que nos honramos en conocer a esos fantásticos Pepitos y Tomases, Jaimes y Serranillos, alabaremos al Señor por haber escogido siempre a aquellos que tan valeroso ejemplo han dado y dan....

Los que hemos tratado a "personas" en estos 20 años del I.G. -desde Antonio Oriol, exministro de justicia, hasta MONSTA, MARI-MONTSE y María "LA LARGA", y de haber palpado su entrega y dedicación....

Los que sufrimos una larga y tediosa "RECUPERACION" siendo ahora desde la "BO-FETADA" a la "reinserción" un abrir y cerrar de ojos, y hemos puesto nuestro granito de arena para que así sea, nos sentimos recompensados.....



Los que ya estamos pero que muy del otro lado del Ecuador de la vida, y que con nuestras ruedas a cuestas, hemos visto, vivido y trabajado todo ésto, te damos gracias Señor por la suerte que nos reservaste.

G.J.G.

EL INSTITUTO GUTTMANN Y EL TRATAMIENTO MEDICO-REHABILITADOR DEL LESIONADO MEDULAR EN EL PERIODO 1965-1985. PERSPECTIVAS PARA EL FUTURO

CREACION Y DESARROLLO DEL INSTITUTO GUTTMANN

La creación del Instituto Guttmann se debe al Sr. Guillermo González Gilbey quien, al quedar tetraplégico por un accidente de tráfico en 1958 experimentó en sí mismo las funestas consecuencias de la inexistencia de centros especializados para el tratamiento y rehabilitación de parapléjicos en España. Para recibir el tratamiento adecuado tuvo que ser trasladado al Centro inglés de Stoke Mandeville donde, en menos de un año, pasó de inválido deshauciado a hombre nuevamente emprendedor, a pesar de la silla de ruedas. Tanto, que al regresar no cesó en el empeño de proporcionar a los parapléjicos españoles un Centro que pudiera darles un tratamiento como él había recibido en Stoke Mandeville.

La perseverancia en el empeño y la asombrosa habilidad del Sr. González para allanar dificultades culminó, el 27 de Noviembre de 1965, con la inauguración en Barcelona del Instituto Guttmann: primer centro autónomo en el Estado Español para el tratamiento y rehabilitación integral de parapléjicos y tetraplégicos. Se ubicó en el antiguo Hospital de la Magdalena, previamente cedido en usufructo a la Asociación Nacional de Inválidos Civiles por el Estado Español.



Recibió el nombre de Instituto Guttmann en honor de Sir Ludwig Guttmann quien, ante el pronóstico desolador de los parapléjicos instauró, durante la Segunda Guerra Mundial en el Hospital de Stoke Mandeville, las bases renovadoras para su tratamiento y rehabilitación. La aportación fue tan decisiva para cambiar aquel pronóstico que la la Historia de la Medicina distingue entre parapléjicos antes y después de Guttmann.

El equipo técnico inicial del Instituto Guttmann constó de 3 profesionales formados en el Centro de Stoke Mandeville: una enfermera, una fisioterapeuta y un médico. Una cuarta persona asumió la administración. Alrededor de este núcleo fue cre-

ciendo un equipo multidisciplinar interesado en la nueva especialidad y el Centro fue ampliando su capacidad inicial de 20 camas a 44 en 1967, 74 en 1968, 90 en 1981 y 95 a partir de 1982.

La ampliación en la capacidad del Centro y su nivel de acreditación determinaron el lógico incremento de la plantilla hasta un total de 176 personas en la actualidad. En estos 20 años se han producido 2.644 ingresos de los que 1.172 han sido primeros ingresos, 947 reingresos por complicaciones y 525 ingresos para revisión médica.

En 1980 quedó institucionalizado un Servicio de Consulta Externa y desde 1983 funciona un Servicio de Rehabilitación en régimen ambulatorio.

Con el transcurso de los años se ha experimentado en el Instituto Guttmann una demanda asistencial creciente para otras situaciones de gran minusvalía, además de la de los parapléjicos y tetrapléjicos medulares. Para atender algunos requerimientos específicos de esta demanda, como las alteraciones del lenguaje y del psiquismo, ha tenido que complementarse la plantilla técnica con otros especialistas. Por otra parte, la Unidad de Parapléjicos del Valle Hebrón en Barcelona, dentro de un Hospital General con los consiguientes Servicios de Urgencias y Cuidados Intensivos, atiende más selectivamente la fase aguda de los lesionados medulares. Este hecho y la mayor proyección social en la actuación rehabilitadora del Instituto Guttmann pueden haber influido en sus ámbitos respectivos de asistencia.

DESARROLLO DE LA ESPECIALIDAD DE PARAPLEJIA EN ESPAÑA

Al establecimiento del Instituto Guttmann siguió el de otras unidades especializadas en Residencias de la Seguridad Social, hasta que en 1974 entró en funcionamiento en Toledo el otro centro autónomo con que cuenta en la actualidad el Estado Español. Este centro monográfico había sido construido específicamente por la Seguridad Social para el tratamiento y rehabilitación de parapléjicos, con capacidad para 226 camas.

Así, en 20 años se ha pasado en España de 0 camas, en unidades o centros específicos para parapléjicos, a 635. Este número de camas es insuficiente para las necesidades del país, especialmente por la forma en que están distribuidas. Una mejor distribución de las camas existentes y un aumento del 50 al 60% en su número total quizá fuera suficiente para atender la demanda actual. En cualquier caso es mucho lo que se ha hecho en 20 años.

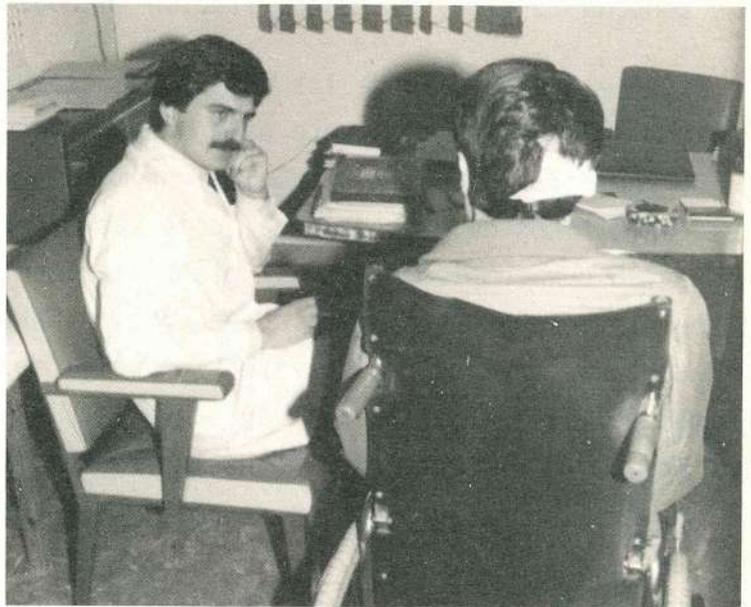
En Cataluña hay 129 camas para parapléjicos; 95 en el Instituto Guttmann y el resto en la Unidad de Parapléjicos de Traumatología y Rehabilitación de la Ciudad Sanitaria del Valle Hebrón. Con una población aproximada de 6.000.000 resulta que

Cataluña dispone de una cama de parapléjicos por cada 45.000 habitantes, cifra superior a la media del Estado Español (1 por cada 60.000 habitantes).

El aumento del número de camas para parapléjicos llevó consigo un aumento paralelo del número de profesionales interesados en esta nueva especialidad lo que propició la creación de la Sociedad Española de Paraplejía, constituida de hecho en Enero de 1979. Bajo esta Sociedad se han organizado tres Jornadas Científicas Nacionales en distintas ciudades españolas y un Congreso Internacional que tuvo lugar en el Centro de Toledo el pasado mes de Abril de 1985.

EVOLUCION DEL TRATAMIENTO MEDICO REHABILITADOR ESPECIALIZADO

En los primeros años del período 1965-1985 las úlceras por presión o por decúbito eran la complicación más común. La gravedad de aquellas úlceras producía situaciones realmente críticas: su curación y el establecimiento de un sistema de cuidados para evitarlas, un sistema de drenaje de las secreciones bronquiales en los tetrapléjicos, la introducción de nuevas técnicas para el vaciado de la vejiga urinaria



que minimizaban la infección, el control de la incontinencia fecal, la provisión de aparatos eficaces para la colección de orina permitiendo la aceptación social del parapléjico y la introducción del método de reducción postural de las fracturas vertebrales con lesión medular, evitando las úlceras y las contracturas de los miembros paralizados, fueron las aportaciones del Instituto Guttmann en aquellos años. También se aportó una solución efectiva para los problemas de espasticidad intratable por los medios utilizados hasta entonces.

Los pocos tetrapléjicos que sobrevivían la fase aguda -el primer enfermo del Instituto Guttmann fue uno de ellos- eran considerados tributarios de permanencia indefinida en cama. La demostración de que podían rehabilitarse para la deambulación en silla de ruedas y hasta desempeñar trabajos remunerados (de tipo intelectual, por supuesto) fue otra aportación en aquella época. También lo fue la introducción de las sillas de ruedas plegables y autopropulsables, que hoy consideramos convencionales.

En el proceso de rehabilitación física de los primeros parapléjicos atendidos desde la fase aguda y de los primeros que la iniciaban al curarse de las complica-

ciones, aportamos las ortesis de miembros inferiores adecuadas para la marcha de los paraplégicos y la bipedestación de los tetraplégicos, demostrando la inutilidad de los corsés incorporados que convertían el aparataje en una especie de armadura.

Con los primeros pacientes en condiciones médicas para abandonar el Centro surgieron los problemas de reinserción social: viviendas inaccesibles en silla de ruedas, interiores con barreras, problemas económicos... la superación gradual de estas dificultades permitió considerar la reinserción al mundo del trabajo.. En



Enero de 1974 el Departamento Psico-social del Instituto Guttmann presentó una Comunicación al Congreso Minusval 74 mostrando como un 37,4% de paraplégicos dados de alta se habían reintegrado laboralmente, sin contar estudiantes ni amas de casa.

En 8 años el énfasis se desplazaba de la cifra de complicaciones y sobrevivencia a las cifras de empleo: la introducción de la especialidad daba sus frutos; se estaba produciendo el cambio en el pronóstico del lesionado medular en España.

El deporte en silla de ruedas, introducido inicialmente como complemento de la fisioterapia convencional, había adquirido carta de naturaleza con la participación de deportistas españoles en competiciones internacionales.

Con la integración social progresiva de los paraplégicos surgieron los problemas del transporte motorizado. Fueron aportaciones valiosas en la solución de estos problemas, la adaptación de mandos manuales a los automóviles con la consiguiente conversión del carnet de conducir y, en los últimos años, la introducción de Servicios Municipales de Transporte Público adaptado a los usuarios en sillas de ruedas. Las sillas de ruedas de propulsión eléctrica permitieron la movilidad independiente sobre superficies lisas a los tetraplégicos de nivel lesional más alto.

La sexualidad del lesionado medular constituye un problema complejo con connotaciones en distintas esferas del individuo. En este campo queda mucho por conseguir a pesar de lo aportado con la información y, en lo físico, con las prótesis peneanas en los últimos cuatro años.

Sobreruedas, nº 6 y 7

ACTIVIDADES DIAGNOSTICAS Y ASISTENCIALES EN LA ACTUALIDAD

Las actividades diagnósticas y médico-quirúrgicas en la actualidad siguen basadas en los principios fundamentales de evitar y curar las complicaciones a que está expuesto el paciente medular y conseguir por medios multidisciplinarios su máxima rehabilitación. En función de la incorporación de los avances que se producen en el campo de la medicina pueden considerarse:

Por una parte la lógica renovación de los elementos clásicos de diagnóstico y tratamiento, como Rx, equipo quirúrgico y de rehabilitación, por equipos más modernos. También incluimos en este grupo las camas de moción continua para el tratamiento postural de las lesiones vértebro-medulares agudas, las exploraciones urodinámicas computorizadas con registro simultáneo de varios parámetros y la disponibilidad de oxígeno y vacío centralizados en todas las salas del Hospital y de protóxido de nitrógeno, además, en los quirófanos.

Por otra parte se han introducido nuevos elementos para tratamiento de condiciones propias de la paraplejia y tetraplejia, como el biofeedback y la aerosolterapia. La introducción de una técnica diagnóstica como el doppler ha venido determinada por el hecho de que enfermedades no propiciadas por la paraplejia, como la obliteración arterial, que se manifiestan normalmente por síntomas al andar, no se ponen de manifiesto en las personas paralizadas que no andan hasta que la enfermedad está muy avanzada con pocas posibilidades de aplicar un tratamiento que permita conservar la extremidad afectada; un motivo más para que todos los parapléjicos y tetrapléjicos efectúen sus correspondientes revisiones médicas periódicas especializadas. Las innovaciones han alcanzado también el área de la gestión administrativa con la incorporación de un equipo informático.

La complejidad de las organizaciones hospitalarias en general, a la que no escapa el Instituto Guttmann con su crecimiento, ha determinado la protocolización de muchas actuaciones médicas, quirúrgicas y de enfermería para una mayor eficiencia en los tratamientos y para facilitar el control de calidad en la asistencia. Así, previa a cualquier intervención quirúrgica o exploración invasiva, se practica un electrocardiograma y una radiografía de tórax. Hay otras actuaciones que conllevan en su protocolo la necesidad de instalaciones específicas como en el caso de un paro cardíaco. En tal situación ade



más del protocolo de actuación del personal y de la dotación del carro de emergencia con el desfibrilador, respirador y elementos de uso inmediato, existe un sistema de alarma por todo el recinto hospitalario que señala acústica y luminosamente la emergencia y el lugar donde se produce a fin de que se esté dando la asistencia urgente adecuada en menos de 3 minutos.

PERSPECTIVAS PARA EL FUTURO

En un futuro muy próximo contaremos con nuevos medios que permitirán mejorar algo el pronóstico actual de la fertilidad en los varones parapléjicos y tetrapléjicos (es razonable pensar que de un 5 a un 10% podrán acceder a la paternidad).

También es inminente la introducción de la electromiografía y potenciales evocados para complementar las posibilidades diagnósticas en determinados casos.



Otra novedad inmediata es la informatización por microordenador de los aspectos asistenciales y su tratamiento estadístico.

La estimulación eléctrica funcional para la marcha, sin utilidad práctica actualmente, está siendo ensayada en varios centros y ello llevará a su perfeccionamiento. Creemos que también hemos de contribuir introduciéndola en el Instituto Guttmann.

A más largo plazo contemplamos la implantación de electrodos estimulados externamente, a través de un receptor, para control de la micción en algún caso muy concreto.

En el tema clave de si hay atisbos de una posible curación de la paraplejia o tetraplejia podemos decir que hay una mayor presión organizada internacionalmente para movilizar recursos hacia la investigación pro-curación, no habiendo aún resultados positivos aplicables a los humanos (me remito a mi artículo en el primer número de Sobreruedas correspondiente al verano de 1984).

Finalmente, nos sumamos a la corriente internacional para proveer sistemas de asistencia especializada por vida, como mejor forma de atender los requerimientos de la población medular que, como cualquier otra, puede enfermar y envejecer.

Las realizaciones pasadas han sido posibles por el esfuerzo del personal del Instituto Guttmann sin cuya dedicación y probada eficiencia no se podría planificar

un mejor servicio a los paraplégicos y tetraplégicos en el futuro.

Dr. Miquel Sarrias Domingo
Director Médico de I. Guttman

"I CURS D'ATENCIÓ D'INFERMERIA AL LESIONAT MEDUL.LAR"

Els dies 18 al 22 del passat mes de novembre, va tenir lloc al nostre Centre el Primer Curs d'Atenció d'Infermeria al Lesionat Medul.lar.

La idea va partir d'un grup d'infermeres que volem fer quelcom per a celebrar el XXè. aniversari de la fundació de l'Institut Guttman. I ens va semblar que el millor era donar a conèixer qui és el Lesionat Medul.lar i qui nes són les seves necessitats, car en la nostra pràctica diària, molts cops hem experimentat el notable desconeixement que sobre aquest tema es té arreu.

Però la data del XXè. aniversari era tot un repte: a més de l'organització, diguem-ne administrativa, ens vam encarregar de demanar la col.laboració de tots els Departaments del Centre per tal que cada un d'ells desenvolupés el tema que domina: aspectes mèdics, Fisioteràpia, Teràpia Ocupacional, aspectes psíquics i so

**I CURS
D'ATENCIÓ D'INFERMERIA
AL LESIONAT MEDUL.LAR**

XX aniversari de l'Institut Guttman



BARCELONA, 18 a 22 de novembre de 1985

INSTITUT GUTTMANN - c/ Garcilaso, 57

Patrocinat per l'INSTITUT D'ESTUDIS DE LA SALUT
DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA.

Los días 18 al 22 del pasado mes de noviembre, tuvo lugar en nuestro Centro el Primer Curso de Atención de Enfermería al Lesionado Medular.

La idea partió de un grupo de enfermeras que queríamos hacer algo para celebrar el XX aniversario de la fundación del Instituto Guttman. Y nos pareció que lo mejor era dar a conocer quién es el Lesionado Medular y cuáles son sus necesidades, pues en nuestra práctica diaria, muchas veces hemos experimentado el notable desconocimiento que sobre este tema se tiene en general.

Pero la fecha del XX aniversario era todo un reto: además de la organización, digamos administrativa, nos encargamos de pedir la colaboración de todos los Departamentos del Centro para que cada uno de ellos desarrollase el tema que domina: aspectos médicos, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, aspectos psíquicos y sociales y, naturalmente, las diferentes atenciones de Enfermería.

cials i, naturalment, les diferents atencions d'Infermeria.

I la feina ens desbordava: som novelles i no teníem experiència en això d'organitzar cursos i, podeu creure-ho, no és bufar i fer ampolles. Més aviat és fer fotocòpies, fer propaganda, fer trucades a tots els coneguts,... hi havia per a llogar-hi cadires! i així ho vam haver de fer: l'èxit de la convocatòria fou enorme, fins i tot vàrem passar del nombre d'inscripcions previstes.

Van assistir al curs professionals d'Infermeria de molts Centres i amb diferents experiències prèvies.

Durant els primers dies es van anar desen-

volupant tots els temes que abarcava el curs i el darrer hi va haver una Taula Rodona que va resultar molt interessant i en la qual es tractava el tema de la importància de la prevenció.

En acabar es va passar una enquesta entre els assistents en la qual aquests, entre d'altres coses, ens van dir que (en un 95% del total) el curs els havia donat més coneixements sobre el tema.

Aquest resultat satisfecia les nostres pretensions i ens encoratja a repetir l'experiència en qualsevol altre moment.

Y el trabajo nos desbordaba: somos novales y no teníamos experiencia en eso de organizar cursos y podeis creerlo, no es cosa de coser y cantar. Se trata de hacer fotocopias, hacer propaganda, llamadas a todos los conocidos,... "hi havia per a llogar-hi cadires!" y así lo tuvimos que hacer: el éxito de la convocatoria fue enorme, hasta superamos el número de inscripciones previstas.

Asistieron al curso profesionales de Enfermería de muchos Centros y con diferentes experiencias previas.

Durante los primeros días se fueron desarrollando todos los temas que abarcaba el curso y el último hubo una Mesa Redonda que resultó muy in-

teressante y en la cual se trataba el tema de la importancia de la prevención.

Al finalizar se pasó una encuesta entre todos los asistentes en la cual éstos, entre otras cosas, nos dijeron que (en un 95% del total) el curso les había proporcionado más conocimientos sobre el tema.

Este resultado satisfacía nuestras pretensiones y nos empuja a repetir la experiencia en cualquier otro momento.

Dolors Cassi i Esteve. Supervisora



MIRAR CON OJOS NUEVOS

La Dirección de "SOBRERUEDAS", ha tenido la gentileza de invitar a una persona de enfermería a colaborar en el Boletín.

Al plantearme el tema, me ha parecido conveniente centrarlo en la relación entre el paciente y la enfermera.

La enfermera, cuando es estudiante y al empezar a ejercer la profesión, lleva un bagaje de ilusión de servicio y de ayuda hacia la persona que la necesita. No le importa trabajar más horas, si es necesario. Habla con el paciente y, sobre todo, como le han recomendado en la escuela, "deja que el paciente hable" y le escucha con interés. Generalmente siente empatía hacia la otra persona, se pone en su lugar, le comprende y querría hacer grandes sacrificios para poder ayudarlo. Llega al hospital con "ojos nuevos", es crítica con lo que hacen los demás y con su propio trabajo. Muchas veces es lenta porque quiere asegurar que hace bien las cosas. Tiene un poco de miedo de perjudicar al paciente y, por éso, es muy cautelosa.

La enfermera y, en general, todo el personal de enfermería que hace años que es tá ejerciendo en el mismo centro, aunque normalmente ha entrado con este espíritu de servicio, ha caído en la rutina, en la costumbre de la cosa cotidiana, se descentra la visión inicial, el orden es lo primero, la persona del usuario puede quedar al servicio de una organización establecida: no el orden al servicio de la persona. El orden, que tiene que servir para una mejor atención.

Sin un orden, los servicios hospitalarios no podrían existir, se crearía una si tuación caótica pero, cuando el orden pasa por encima del interés de la persona, cuando la esclaviza, es nocivo. Llega a un punto en el que las tareas son lo primero, han de cumplirse, no se tiene tiempo de dialogar con el usuario...

Por parte del usuario de nuestro centro, hay un proceso bastante constante.

Generalmente, nuestros usuarios -excepto los que vienen a revisión- son personas que quedan internadas meses e, incluso, años.

Esta circunstancia crea una forma de relación diferente de la que hay en otros centros asistenciales en los que la estancia del usuario es corta.

A la persona que viene a internarse por primera vez, le choca el ambiente, este mundo diferente en el que, la mayoría de personas, utilizan ruedas en lugar de piernas.

Nuestro usuario se queda aturdido y acepta todo lo que se le propone. Muchas ve

ces es completamente dependiente, se le ha de hacer casi todo.

En esta fase, el personal de enfermería procura comprenderle y ayudarle a superar esta primera etapa. Cuanto más sensible es el personal, cuando no ha caído en la rutina, es más efectivo. El usuario necesita un apoyo moral y, muchas veces, lo encuentra en las personas de enfermería que le están atendiendo.



Cuando pasa un tiempo, cuando viene el habituamiento, a veces, cambia la actitud de todos: también la del usuario.

Estaba acostumbrado a no hacer casi nada y se sentía cómodo. Tiene, como un derecho adquirido, el que se lo hagan todo. Puede ser que en este momento, se le haya cambiado de Unidad de Enfermería y se encuentra con unas personas que le quieren hacer hacer cosas. Quieren que haga por si mismo lo que hasta ahora le hacía el personal.

Hay usuario que lo entiende muy bien; hay personal de enfermería que tiene mucha sensibilidad y ayuda de manera efectiva en este nuevo paso.

Pero también puede darse el caso contrario: ya sea que el usuario no comprenda que tiene que aceptarlo para poder adquirir la máxima independencia posible o que el personal que le ayuda "exija" su colaboración.

Este punto es muy importante: ni el personal puede ponerse en actitud de "orden y mando", ni el usuario puede pensar que tiene unos "esclavos" a sus órdenes.

Es el momento de la gran colaboración. El objetivo del Instituto Guttmann es que la persona que se le ha confiado, "salga con la máxima independencia que su estado físico permita".

Poco a poco, el usuario tiene que ir asumiendo las tareas que puede hacer, ha de comprender que es en base a su propio bien, a su reintegración en la familia, al trabajo, a la sociedad. Ha de mentalizarse de que lo que haga aquí, podrá y deberá seguir practicándolo en su hogar:

-Vestir y desvestirse

- hacer las transferencias
- lavarse
- evacuarse, sin perder el ritmo
- cambiarse los colectores
- puede que sondarse
- hacer los trabajos de casa
- si es posible, reintegrarse al trabajo antiguo o a uno nuevo.

(Se ha de tener presente que, si el usuario, por imposibilidad física no puede hacer todo lo que hemos enumerado, tendrá que hacerlo un familiar u otra persona).

Ha de tener muy claro y recordarlo siempre que, si va en silla tiene que movilizarse, por lo menos, cada diez minutos. Que ha de esforzarse para ponerse de pie cada día. Que ha de hacer los ejercicios que le han enseñado en Fisioterapia o Terapia Ocupacional. Que, cuando está en cama, ha de cambiar de posición cada tres horas, aislando sus miembros por medio de cojines. Que, el calor es su enemigo. Que, si tiene fiebre, puede ser debida a una retención de orina.

IMPRESINDIBLE:

- beber mucha agua
- mantener la higiene corporal
- vigilar que no se formen llagas
- no quedarse aislado, tener trato frecuente con otras personas
- ocupar, al máximo, su tiempo.

Y, no olvidarse de que nosotros existimos y que puede venir al Instituto Guttmann siempre que lo necesite.

Al empezar he hecho referencia a las alumnas y quiero acabar recordando que es una riqueza para todos, personal y usuarios, el poder tener el agua fresca de su juventud a nuestro lado y poder disfrutar de su "mirada nueva".

Que todos nosotros, personal y usuarios, nos paremos a reflexionar, volvamos la vista atrás y "miremos con ojos nuevos" que nos ayuden a la mútua colaboración y al mútuo respeto.

María Llobet i Furró
Cap d'Infermeria de I. Guttmann

(Traducido del catalán por: Raquel Bozal)

LA FISIOTERAPIA Y EL MANTENIMIENTO EN FORMA

El objetivo fundamental que se pretende en un lesionado medular es su rehabilitación física, psíquica y social.

Dentro de nuestro Departamento de Fisioterapia llevamos a cabo la faceta de la rehabilitación física como medio para conseguir una independencia del lesionado en sus propias actividades personales.

Una lesión medular comporta entre otras cosas, una merma en la capacidad de movimiento. Si queremos obtener una independencia en dicha área, naturalmente ésto se logrará por una potenciación de los recursos físicos del lesionado; así pues, conseguir una buena forma física será un objetivo primordial.

Según el tipo de lesión, podemos establecer dos tipos de lesionados:

Tetraplégicos: con lesiones medulares altas que comportan una disminución o ausencia en movilidad y sensibilidad a nivel de brazos y piernas.

Paraplégicos: lesiones medulares bajas, con una disminución de sensibilidad y movimiento a nivel de piernas.

Tanto en un caso como en otro, desde el ingreso en nuestro Centro, después de una lesión medular, el usuario recibe asistencia fisioterápica a través de movilizaciones en cama y posteriormente en nuestro gimnasio.

Pero movilizaciones ¿para qué? pues bien, para mantener los arcos de movilidad de todas y cada una de las articulaciones y como medio de prevenir la atrofia por desuso de la musculatura.

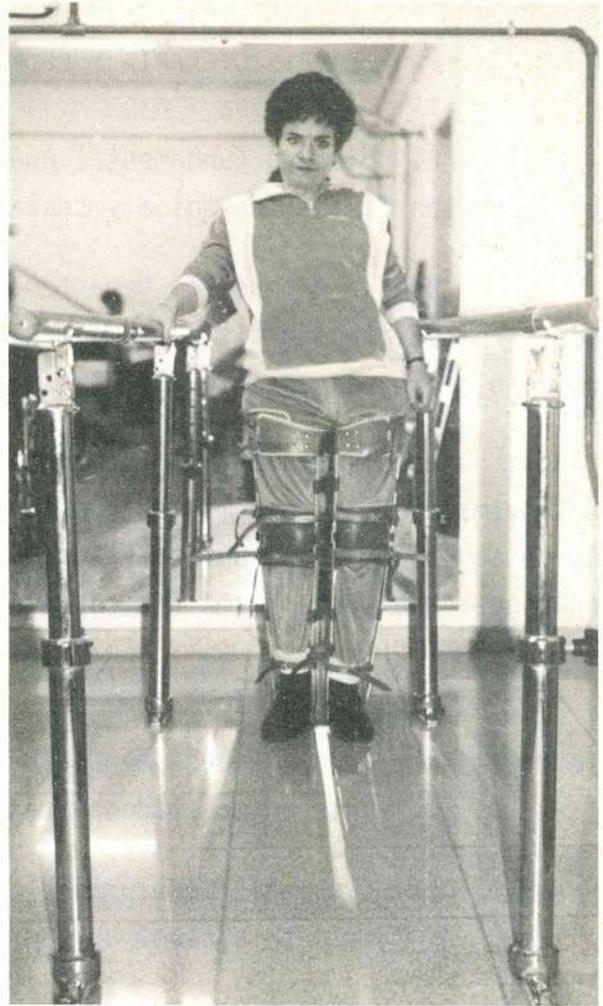
Esta es una manera de mantener en forma a nuestro usuario. Pero esta actuación no ha de ser considerada como un hecho pasivo que el paciente recibe. El usuario ha de mentalizarse de que esta movilidad la ha de seguir practicando aún cuando marcha de alta de nuestro Centro. Y la ha de seguir practicando con movilizaciones activas de músculos superiores en su casa, con pesos o bien con unas poleas, y con la realización de todas las actividades que derivan del cuidado de su propia persona.

Para un buen mantenimiento de las extremidades inferiores en nuestro departamento enseñamos el manejo de bitutores, o como nosotros decimos corrientemente, "aparatos" y como usarlos para realizar bipedestación y marcha en paralelas según sea el caso.

Hemos de destacar la importancia fundamental que tiene el ponerse en pie: contribuye a mantener los huesos con una buena calcificación, lo que evita fractu-

ras, previene la aparición de contracturas, contribuye a disminuir la espasticidad, facilita la movilidad intestinal, con lo que se favorece la evacuación y ayuda a una mejor eliminación de orina. Por otra parte, al ponerse en pie, la zona glútea descansa del apoyo a que está sometida al estar todo el día sentado, con lo que se obtiene una buena profilaxis para prevenir las molestas úlceras por decúbito.

Por todo ello, la conclusión que podemos sacar es que cuando nuestros usuarios cursan alta del Centro, en su casa han de instalar una paralelas y ponerse en pie cada día. Debemos aclarar que al hablar de la necesidad de unas paralelas, no es imprescindible tener unas como las que usamos en nuestro gimnasio. No todos los domicilios son lo suficientemente amplios como para tener unas paralelas fijas; éstas se pueden suplir por otros sistemas. A modo de ejemplo, podemos instalar una barra fija a lo largo de la pared de un pasillo y usarla para ponerse en pie, o bien agarrándose al filo de una ventana, etc.



En tetraplégicos, se pueden poner en pie apoyados en una pared y sujetos con un par de bandas de lona (cinchas) a nivel de rodillas y pecho. Lo importante, sean cuales sean las posibilidades, es ponerse en pie durante 30 minutos o una hora todos los días. Esto es tan importante como alimentarse bien o como regular bien la evacuación.

Nuestro usuario se ha de fijar la meta de saber colocar y quitarse los aparatos si es parapléjico, o bien se ha de enseñar a un familiar, en el caso de un tetrapléjico. En todo caso, es imprescindible ponerse en pie cada día.

Cuando un paciente es dado de alta, ha de tener claro que mantener una actividad física mejora su estado de salud y bienestar, y este "mantenerse en forma" es algo que puede y debe hacer por sí mismo. Nuestro departamento es el lugar donde debe aprender a cuidarse por sí mismo, siguiendo nuestros consejos y aprendiendo las técnicas adecuadas.

Vicenç SEGARRA I VIDAL
Fisioterapeuta

LA SALUD MENTAL, OTRO ASPECTO DEL MANTENIMIENTO EN FORMA

LA SALUD MENTAL.

Situemos en primer lugar la idea de salud mental en este contexto, no como un tipo distinto de salud por oposición a la salud del cuerpo, sino como una manera de actuar y de ser como personas frente a la dimensión salud-enfermedad.

El ya antiguo aforismo de que no existen enfermedades sino enfermos cobra así realidad al considerar "lo mental" como una parte importante en el hecho de enfermar o de mantenerse sano.

Las modernas ciencias de la salud, -que además de avances tecnológicos han incorporado nuevos paradigmas epistemológicos, entre ellos los que provienen del campo de la psicología, teoría general de sistemas, ciencias de la conducta, etc.-, ponen más énfasis en los procesos de vida que en los procesos de enfermedad o muerte. Para ello intentan superar la dicotomía entre:

mente / cuerpo
salud / enfermedad
enfermedad / enfermo

Aparece entonces la dimensión existencial de la enfermedad: todos estamos más o menos sanos o más o menos enfermos en los distintos momentos de nuestra vida. Se relativiza el ideal de completud y armonía y se contempla la salud como una respuesta dialéctica que implica la totalidad de la persona en su dimensión bio-psico-social. Esta implicación personal no atañe sólo al enfermo



sino también al médico que actúa no sólo con su técnica sino también a través de su relación con el paciente. Se ha llegado a decir que "...la enfermedad es lo que pasa entre el enfermo y el encargado de curarla" (1).

La salud mental no es así un valor intrínseco de la persona, sino una actitud y una forma de relacionarse consigo mismo y con los demás, algo que se puede aprender -y enseñar-, fomentar y provocar. También se ha dicho que una de las funciones del médico es la "provocación a la salud, o estimulación de la voluntad de sentirse sano" (2).

SUS MANIFESTACIONES Y DIFICULTADES

Veamos ahora las principales manifestaciones de esta actitud mental positiva que hemos llamado Salud:

I.- Capacidad de tomar conciencia de la propia situación respecto al estado de salud.

En este sentido es importante conocer tanto nuestros límites como nuestras capacidades. No solamente estar atentos a los síntomas cuando aparecen, -molestias, rozaduras, fiebre-, sino poder vivenciar el cuerpo de forma positiva, descubriendo y potenciando sus posibilidades, conociéndolo a través de todas las sensaciones posibles y aceptándolo globalmente, ya que por importantes que sean sus limitaciones, es a través de nuestro cuerpo como podemos manifestarnos como personas "completas".

II.- Capacidad para pedir o buscar información o conocimientos que permitan modificar la situación en caso necesario.

Ya hemos dicho que una actitud sana respecto al cuerpo puede aprenderse, de hecho todos hemos aprendido a relacionarnos mejor o peor con nuestro cuerpo durante los primeros años de nuestra vida, a través de las relaciones con nuestros padres y hermanos y con el mundo exterior. Sin embargo para que podamos mantener nuestra identidad como personas es necesario que sepamos adaptarnos a los cambios que sufre nuestro cuerpo tanto a través del ciclo vital, -adolescencia, madurez, senectud- como a los que pueden acaecernos por circunstancias externas o imprevistas, como una enfermedad o traumatismo que dejen secuelas.

No siempre estamos preparados para afrontar estos cambios, es posible que no nos sirva lo aprendido anteriormente y debamos aprender de nuevo cada vez que los cambios son inesperados y/o nos desbordan. La lesión medular y sus secuelas pone a prueba, sin duda, esta capacidad de adaptación para mantener la propia identidad a través de cambios importantes en el cuerpo. La rehabilitación no deja de ser un aprendizaje de una nueva forma de relacionarse con uno mismo y con los demás para continuar satisfaciendo las necesidades personales. Para un lesionado medular, el aprender las medidas básicas para prevenir complicaciones, -bipedestación, ingesta suficiente de líquidos, etc.- puede ser visto como una pesada carga impuesta, o bien como una nueva forma de hacer frente a las necesidades elementales de higiene y cuidado personal.

III.- Capacidad de asimilar lo aprendido, de tal manera que podamos incorporarlo a nuestro bagaje personal.

No hay dos personas iguales porque nuestras circunstancias y nuestras historias vitales son distintas, la sola aplicación de una técnica concreta para mantener en forma nuestro organismo no basta para que nos sintamos bien con nosotros mismos. Es necesario saber aplicar, junto con los conocimientos adquiridos, nuestra imaginación y creatividad para que ello contribuya a nuestro desarrollo personal.

Sin duda es básico que un lesionado medular beba una cantidad suficiente de líquidos o se ponga en bipedestación diariamente, pero ésto debe llegar a integrarse en los hábitos cotidianos de la forma más natural y personal posible de tal manera que se consiga un cierto equilibrio entre la satisfacción de las necesidades de mantenimiento y la consecución de otros objetivos vitales; de no ser así o bien abandonaremos pronto nuestro cuidado personal, por considerarlo una pesada carga, o bien permaneceremos mentalmente atados a esta servidumbre sin poder sentirnos libres para abordar cuestiones e intereses nuevos.

MANTENERSE EN FORMA

Pasemos ahora a referirnos más concretamente al mantenimiento en forma de la persona lesionada medular. No cabe duda de que este mantenimiento se refiere al cuerpo, a nuestro cuerpo; pero este cuerpo somos nosotros. Se pone así de manifiesto la paradoja de que el cuerpo es a la vez sujeto y objeto: Puede a la vez mirar y ser mirado, -podemos mirar-nos-. Puede tocar y ser tocado, -podemos tocar-nos-. Puede cuidar y ser cuidado, -podemos cuidar-nos-.

Esta relación tan particular con nuestro propio cuerpo no se pone en evidencia en la vida cotidiana sino en situaciones especiales. Una de esas situaciones ¿no será la que supone afrontar las secuelas orgánicas y funcionales de una lesión medular?. ¿Cómo podemos aprender a relacionarnos y a identificarnos como sujetos con este cuerpo que nos recuerda tan a menudo que necesita ser objeto de cuidados?.

De hecho la experiencia de la lesión medular puede dar al traste inicialmente con algunas de las cosas aprendidas y que solemos dar por supuestas; eso es que, hasta cierto punto, poseemos un control sobre nuestro cuerpo y entorno y somos capaces de satisfacer por nosotros mismos nuestras necesidades básicas. En efecto, las experiencias iniciales después de una lesión medular, al comprobar que los acontecimientos más inmediatos de nuestro entorno y nuestro cuerpo son independientes de nuestras acciones voluntarias, pueden llevar a lo que Seligman ha llamado "impotencia aprendida" (3). Esto supone que en un primer momento la persona con una lesión medular, dependiendo siempre de la forma de ser y de como responde el entorno, puede tener fuertes sentimientos de impotencia y desvalimiento y experimentar los

acontecimientos como incontrolables, con lo que puede sentirse absolutamente a merced de los demás, para bien o para mal.

Así la aparición de úlceras, infecciones de orina, contracturas, etc. se experimentan como una consecuencia inevitable y debida al azar. Es fácil que se dé pues una elevación importante de la ansiedad, que dificulte inicialmente la toma de conciencia del propio papel en la prevención de complicaciones y mantenimiento físico.

DEPENDENCIA Y AUTORRESPONSABILIDAD

Es con el tiempo que se va incrementando de nuevo la percepción de control y la mayor o menor dependencia física no estará reñida con la autorresponsabilidad. Así se aprende que existen unas medidas preventivas que disminuyen la probabilidad de complicaciones, y de nuevo la persona lesionada medular puede percibirse a sí misma como sujeto independiente que puede elegir entre diferentes alternativas de respuesta y que, hasta cierto punto, puede predecir las consecuencias de sus actos; ya sea directamente a través de él o de la persona que lo atiende.

A partir de este momento y cuando la situación se ha estabilizado médicamente, tendrá que ir reajustando el grado de implicación personal en el mantenimiento de su salud, de tal forma que pueda hacer compatible cierto grado de dependencia física inevitable, con un papel activo -psíquicamente hablando- en su mantenimiento físico. (4)

Curiosamente en un estudio americano sobre la incidencia de las úlceras por decúbito (5), se ha puesto de manifiesto que es más decisivo el factor "autorresponsabilidad" que el grado de independencia física, a la hora de predecir los días perdidos a causa de las llagas. En dicho estudio se observa también que las personas del grupo que no habían perdido ningún día a causa de las úlceras, puntuaba más alto en la cantidad de satisfacción que obtienen de sus actividades en la vida, que aquellos del grupo que habían perdido más días a causa de las úlceras.

Quisiéramos terminar enfatizando la relación entre la salud mental y el mantenimiento en forma:

La persona con buena salud mental será más capaz de dar respuestas sanas a la hora de mantener en forma su organismo y podrá obtener más satisfacciones de la vida.

O, ¿sería mejor decir...? La persona que puede mantenerse mejor en forma obtendrá mayores satisfacciones de la vida y en consecuencia fomentará su salud mental.

Creemos que las dos afirmaciones pueden ser ciertas.

REFERENCIAS

- (1) J.P. VALABREGA, "La relation thérapeutique. Malade el Médecin". Flammarion. Paris, 1962.
- (2) B. LUBAN-PLOZZA y W. POLDINGER. "El enfermo psicossomático y el médico práctico". Ed. Roche, Basilea, 1975.
- (3) SELIGMAN, M., "Helplessness: On depression, development and death" 1975. Citado por R.B. Trieschmann en "Spinal Cord Injuries. Psychological, Social and Vocational Adjustment". Pergamon Press. New York, 1980.
- (4) Ver "PARTICIPACION". Selección de ponencias presentadas al Congreso Mundial de Rehabilitación Internacional. Winnipeg, Canadá, 1980. ("Movimiento de desmedicalización y atención personal" pp. 120-121).
- (5) ANDERSON, T. y ADBERG, M. "Psychological Factors Associated with Incidence of Pressure Sores on Spinal Cord Injured Patients. 1977. Citado por R.B. Trieschmann. op. cit.

M^a Lluïsa Curcoll i Gallemí. Psicòleg I. Guttmann

LAS RESPUESTAS Y LOS MUTIS DE LA SOCIEDAD

Desde finales de 1965, fecha de la inauguración del Instituto Guttmann hasta hoy, es indudable que las respuestas sociales (actitudes, normativa, equipamientos médico-sociales, prestaciones..) hacia las personas afectadas de lesión medular, han variado en sentido positivo.

A nuestro juicio el cambio más significativo ha sido el de facilitar a la mayoría de la población afectada, el tratamiento médico-rehabilitador a través de la Seguridad Social, ya sea por medio de las propias Unidades de Lesionados Medulares o del Centro de Paraplégicos de Toledo, ya sea por medio de un centro concertado como es el Instituto Guttmann.

En efecto, un lesionado medular que puede beneficiarse en el momento adecuado de un tratamiento especializado, está en condiciones de plantearse unos objetivos en el área personal y social y lograr una calidad de vida difícilmente conseguible, si, como sucedía anteriormente por falta de tratamiento, la parálisis se ve agravada por las complicaciones orgánicas que impiden abandonar la situación de enfermedad.

APRENDER A VIVIR CON LA LESION MEDULAR

El tratamiento médico-rehabilitador, sienta las bases, sin duda, para que la mayor parte de los parapléjicos y tetrapléjicos, puedan aspirar a reanudar su vida cotidiana y a intercambiar relaciones y actividades como cualquier otro ciudadano.

No obstante, las importantes repercusiones de una lesión medular en la totalidad de la persona y en su forma de vivir y el hecho de que la rehabilitación se contemple como "un proceso para aprender a vivir con la lesión en el propio entorno" (1), hacen que este proceso se prolongue más allá del alta médica. Ello implica que, al decisivo eslabón que constituyen los equipamientos médico-rehabilitadores, deba sumársele otras respuestas del entorno para que no se malogren los resultados obtenidos durante el tratamiento y los afectados puedan incorporarse satisfactoriamente a su ambiente familiar y social.

Es decir, son precisas unas iniciativas específicas que garanticen la igualdad de oportunidades y compensen de las limitaciones que impone la discapacidad física.

NECESIDADES ESPECIFICAS

¿Qué necesidades generadas por las secuelas físicas, experimenta el lesionado medular en su vida cotidiana?. Entre las más específicas y que en bastantes casos comparte con otros grupos de afectados del aparato locomotor, enumeraríamos esquemáticamente, las siguientes:

- . Relacionadas con la salud: Mantenimiento en forma. Revisiones periódicas. Dotación y renovación del material protésico. Acceso a los nuevos avances médicos y rehabilitadores.
- . Relacionadas con la vida doméstica: Disponer de vivienda adecuada y de los elementos que faciliten las actividades de la vida diaria. Residencias asistidas u otras formas de vivienda individual o compartida, con servicios comunes. Ayuda domiciliaria permanente o periódica y/o compensación económica y social al familiar o persona que cubra las funciones de ayudante, en su caso.
- . Relacionadas con la movilidad: Resolver la movilidad individual (permiso de conducir, vehículo, adaptaciones, facilidades de aparcamiento). Adecuación de los medios de transporte colectivo. Eliminación de barreras arquitectónicas en el entorno urbano y en los edificios públicos.
- . Relacionadas con la actividad laboral: Acceso a un trabajo remunerado apropiado a las capacidades de cada uno. Clarificar y regular la compatibilidad trabajo/pensión.
- . Relacionadas con la economía: Disponer de ingresos económicos suficientes, manteniendo el poder adquisitivo de las pensiones y subsidios.

Los servicios, equipamientos y prestaciones para las diferentes necesidades deben converger en el momento apropiado y modularse según las prioridades y expectativas de cada persona.

LAS RESPUESTAS SOCIALES

En el período 1965-1985, las respuestas sociales en la rehabilitación e integración del lesionado medular y de los discapacitados físicos en general, cuentan con importantes puntos de referencia. Resaltaríamos:

- . Asociaciones privadas altruistas (padres de afectados, simpatizantes...) que han promocionado actividades de mentalización social y han organizado y ofrecido servicios en algunas áreas. (Auxilia, ECOM, Hogares de la Amistad, Frater..).

- . Creación del SEREM (ahora INSERSO y en Catalunya ICASS) en 1971, con el establecimiento progresivo de los Gabinetes de Minusválidos, celebración de la - Conferencia Minusval 74 en Madrid, promulgación de normativa en diversas áreas, do tación de presupuesto anual para ayudas individuales y colectivas y creación de algunos equipamientos propios (Centros de Recuperación Profesional y en 1985, una Residencia Asistida en Alcuéscar (Cáceres).

- . Surgimiento del movimiento asociativo de afectados, con importante actividad reivindicativa en bastantes zonas, durante la segunda mitad de los setenta.

- . Con la instauración democrática:

- a. Actividad legislativa en el Parlamento, más intensificada desde 1980 a nuestros días: Adaptación y Reserva de Viviendas de Protección Oficial, Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) y posterior reglamentación de algunos de sus capítulos, Fomento de la Ocupación de los Trabajadores Minusválidos, Integración Escolar, regulación de los Centros Ocupacionales y de los Centros Especiales de Empleo... En Catalunya: Decreto sobre la Supresión de Barreras Arquitectónicas, Reserva de puestos de trabajo en la Administración Autonómica.

- b. En los Municipios más importantes o de zonas industriales: Creación de los Servicios Sociales de Base y de Atención a Personas Disminuídas, Ordenanzas Municipales para la eliminación de barreras arquitectónicas, facilidades en el es tacionamiento de vehículos, en alguna ciudad, creación de un Servicio de Microbuses Adaptados y de otros equipamientos específicos, por ejemplo, una residencia asistida en Barcelona de 18 plazas y otra en Badalona de 16 plazas.

- . Evolución del concepto de integración social, entendiéndose por tal el no aislamiento de las personas discapacitadas y la exigencia de que las nuevas ini ciativas y servicios, sean accesibles para todos. Estarían en esta línea, por ejem plo, el decreto de Integración Escolar y el lema "Una Arquitectura para Todos".

CON TODO... SIGUEN LOS MUTIS

Es evidente que se han llevado a cabo iniciativas importantes a distintos niveles (Centros o Unidades médico-rehabilitadoras, red de información y orienta ción, prestaciones y servicios en algunas áreas, patrimonio legislativo...), pero también es cierto que muchas de las necesidades pendientes se siguen resolviendo...

..con un mutis. Señalemos algunas de las dificultades y carencias.

El tratamiento inicial o de enfermedades comunes en hospitales generales, puede significar aún, como se comprueba en alguno de nuestros ingresados, el riesgo de contraer úlceras por decúbito.

Obtener una prótesis o material colector para la orina, una vez en el domicilio, puede convertirse en un problema y en muchas ocasiones el reintegro del gasto tarda más de un año en llegar. La dotación de material desechable para la incontinencia urinaria femenina, no está adecuadamente resuelta. Si bien últimamente se puede obtener pañales con receta medica (las no pensionistas deben abonar un 40% del costo), son de una marca determinada y por insuficiente absorvencia deben cambiarse a intervalos muy cortos. No se prescriben empapadores, de gran utilidad para uso nocturno o larga permanencia en cama.

Las prestaciones y servicios directos (residencias asistidas, ayuda domiciliaria..), son totalmente insuficientes, especialmente para los más afectados (tetraplégicos, discapacitados progresivos) y para los lesionados de la 3ª edad. Las ayudas individuales no periódicas (INSERSO, ICASS), están congeladas en su cuantía desde hace varios años y siguen teniendo el carácter de gratificables. Su tramitación es lenta y burocratizada y, si son aprobadas, se suele percibir la cantidad otorgada a los ocho o diez meses de la solicitud.

No se observa una política de coordinación y planificación de recursos, lo que hace, por ejemplo, que ahora haya oferta de viviendas adaptadas pero que muchos lesionados no puedan acceder a ellas por carecer de recursos económicos suficientes. Se encuentra a faltar programas de actuación global y directa para sectores que por ciclo vital, ocupación o grado de discapacidad, comparten algunas necesidades peculiares: estudiantes, ancianos, tetraplégicos, etc.

Tampoco hay que olvidar que las medidas para mejorar la situación económica de los lesionados medulares no pensionistas, han sido nulas o escasamente efectivas, como la reciente regulación de las prestaciones económicas de la LISMI (2). En un estudio realizado en 1983 (3), en una muestra de personas atendidas en el Centro hasta 1980, un 24% de los encuestados disponían de unos ingresos inferiores a las 25.000 ptas. mensuales y de ellos un 9% solo recibía el subsidio de las 3.000 ptas. de la Seguridad Social, no incrementado desde 1980.

Por otra parte, las pensiones por incapacidad permanente más antiguas, también se han quedado desfasadas a pesar de su revalorización anual. El mínimo por gran invalidez durante 1985, ha sido de 41.235 ptas. A este grupo de pensionistas deben pertenecer el 27% de los encuestados en el estudio antes mencionado, que declaraban ingresos de entre 25.000 y 50.000 ptas. mensuales.

A pesar de lo comentado y de que nos consta que se producen reinserciones bastante negativas, con el paso del tiempo comprobamos que muchas personas van consolidando formas de vida satisfactorias, pero ¿hasta cuando tanto sobreesfuerzo, tiempo y energía de los lesionados medulares y sus familias, para neutralizar los efectos personales y sociales de la lesión medular? ¿Hasta cuando necesidades básicas seguirán recibiendo mutis por respuestas?.

Mercè Camprubí i Freixas. Assistent social I. Guttmann

REFERENCIAS

- (1) R.B. TRIESCHMANN. "Spinal Cord Injuries. Psychological, Social and Vocational Adjustment". Pergamon Press. New York, 1980.
- (2) Subsidios mensuales de la LISMI para 1986: "De Ingresos Mínimos" 14.000 ptas. "Por 3ª Persona" 7.000 ptas. "De Movilidad" 3.500 ptas. Para concederlos se computan todos los ingresos de la unidad familiar y en ningún caso de puede sobrepasar el salario mínimo interprofesional vigente.
- (3) "Salud y Calidad de Vida". M. Camprubí, Mª Lluïsa Curcoll, Dr. Romacho. III Jornadas de la Sociedad Española de Paraplejia. Oct. 83. Barcelona.

LAS APORTACIONES DE LAS ORTESIS Y OTRAS ADAPTACIONES EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y AUTONOMIA PERSONAL DE LOS TETRAPLEJICOS

Uno de los objetivos del Departamento de Terapia Ocupacional en el tratamiento de rehabilitación, quizá el más importante, es el de lograr que la persona afectada logre la máxima independencia en las actividades personales diarias y en las actividades sociales.

Para alcanzar este objetivo en nuestro Departamento procuramos, con ingenio y creatividad, hacer adaptaciones de los objetos de uso cotidiano o bien facilitar ayudas terapéuticas como aditamentos o férulas, que contribuyen a una mayor independencia.

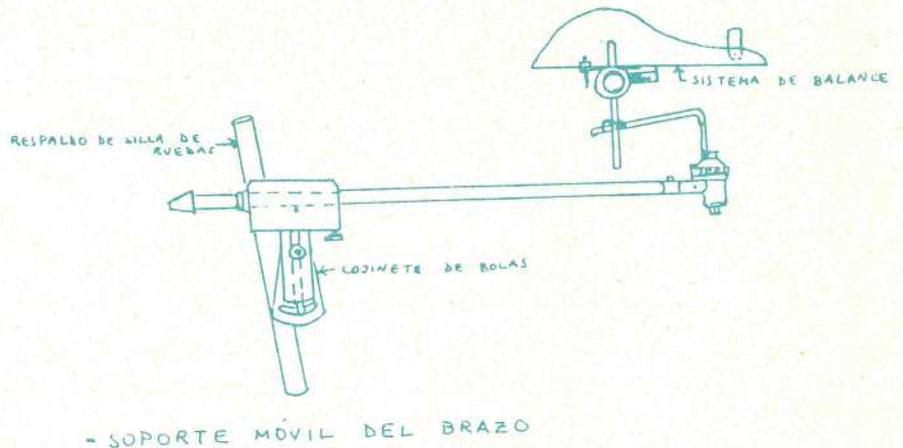
Vamos a hacer una diferenciación entre una ortesis o férula y una adaptación.

En las adaptaciones los elementos de uso diario están modificados o adaptados para facilitar su manejo en la realización de una actividad. Por ejemplo la adaptación de mangos gruesos para facilitar el manejo de utensilios para la alimentación, actividades de higiene y actividades vocacionales.

Otro ejemplo de adaptación para facilitar o mejorar la movilidad en cama, es una escalera de cuerda colocada a los pies de la cama cuyas medidas damos a continuación por su fácil elaboración, y lo práctica que resulta cuando hay poca movilidad

y fuerza muscular a nivel de tronco. La escalera está compuesta de cuatro peldaños de madera o plástico redondos, unidos por dos cuerdas laterales. Cada peldaño tiene 25 cm. de largo, separados entre sí entre 25 y 30 cm. La longitud de la escalera en total es aproximadamente de 2 metros.

Una adaptación realizada con menos frecuencia pero que merece una consideración a tener en cuenta, en caso de una gran debilidad de hombros que impida la realización de actividades básicas, es el "soporte móvil del brazo": se trata de un aparato mecánico colocado a un lado del respaldo de



la silla de ruedas. Es una combinación de fuerza de gravedad y un sistema de balance con un cojinete de bolas cuya función básica es asumir el peso del brazo, los músculos débiles o ausentes son asistidos por la gravedad del sistema de balance.

La escápula y hombro son las fuentes más importantes para usar este aparato, la fuerza del codo es una ayuda pero no necesaria.

Una combinación de elevación de escápula y gravedad se usa para sustituir la extensión de codo. La flexión de codo es facilitada al realizar una depresión y rotación de escápula que, a su vez lo transmite al balance.

¿Quién puede ser candidato?. Su utilización requiere un propósito muy definido y puede ser para: mantener o aumentar el arco de movimiento y fuerza en miembros superiores, al mismo tiempo aumentar la habilidad para realizar las actividades de la vida diaria.



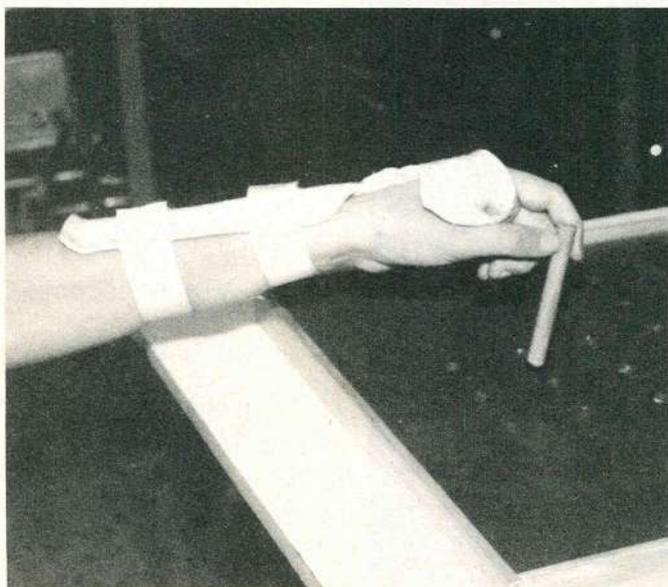
La mayor aplicación de este aparato resulta para personas con lesiones completas de C4, C5. Con C4 requiere un entrenamiento largo para aprender a comer, escribir a máquina y llevar silla de ruedas eléctrica.

Con C5, se realiza un entrenamiento de menos tiempo pero con un mayor éxito en su funcionalidad.

En los casos de pacientes por otras incapacidades, como la de polio, esclerosis múltiple, Guillén-Barré y lesiones de plejo braquial, se logra mediante su entrenamiento un aumento de la fuerza, la tolerancia y, por tanto, su funcionalidad; contribuyendo así a su independencia.

Una ortesis permite manejar los objetos sin necesidad de adaptación, además la ortesis se utiliza para la prevención o corrección de una deformidad para una mejor posición del miembro superior, para el control y estabilización de las articulaciones. Por ejemplo, en las lesiones cervicales una de las mayores incapacidades es la pérdida de habilidad para coger y manejar objetos pequeños. Una de las ortesis que ofrece el Departamento de Terapia Ocupacional frente a esta limitación es la férula que contribuye a la función del paciente cuando en él hay una posibilidad de prensión; es una férula de tipo dorsal que fija el pulgar en oposición con los otros dedos, de forma que facilita la pinza del pulgar e índice, permitiendo de esta manera la manipulación de objetos pequeños.

Otra férula, también de tipo dorsal, es la que permite estabilizar la muñeca, y haciendo una adaptación en la correa de la palma de la mano, posibilita actividades tales como: alimentación, higiene, actividades vocacionales incluyendo la escritura a mano y a máquina. Aunque no se pueda considerar que hayan habido cambios fundamentales en estas ortesis, sí se puede decir que éstas se han vuelto más funcionales dadas las características de las modificaciones realizadas y el material utilizado.



Con la aportación de las férulas y adaptaciones anteriormente descritas, contribuimos a una mayor funcionalidad, si a tal independencia se suma el avance de la técnica en áreas como la informática, se puede decir que hay una posibilidad más: el aprendizaje y manejo de ordenadores que aumenta las posibilidades vocacionales y, por tanto, la reinserción social y laboral.

Betza Méndez i Méndez
Terapista Ocupacional

UN CAMP DE TREBALL "Sobre Ruedas"

Durant els dies 4-14 d'agost, ha tingut lloc a l'Institut Guttmann un Camp de Treball organitzat pel Servei Civil Internacional-Servei Català de Camps de Treball i el Servei de Voluntaris de l'Institut Guttmann, però vosaltres us preguntareu, Què és un Camp de Treball? (vegeu el Sobreruedas nº 2) doncs:

- Nosaltres entenem el camp de treball com la col·laboració en la realització d'un projecte social mitjançant un treball voluntari d'un grup de persones de diferents països. En anar a un camp de treball, cal que això et quedi molt clar, vas a fer un servei voluntari.

Quins treballs es fan?

Les possibilitats són moltes:

- Reparació o reconstrucció... cases de colònies, centres socials, esplais, cases de gent marginada, etc.
- Ecologia, forestal, arranjament de camins, proj. ecològ. etc.
- Treball amb infants y adolescents.



UN CAMPO DE TRABAJO "Sobre Ruedas"

Durante los días 4-14 de agosto, tuvo lugar en el Instituto Guttmann un Campo de Trabajo organizado por el Servicio Civil Internacional-Servicio Catalán de Campos de Trabajo y el Servicio de Voluntario del Instituto Guttmann, pero vosotros os preguntareis, ¿qué es un Campo de Trabajo? (ver el Sobreruedas nº 2) pues:

- Nosotros entendemos el campo de trabajo como la colaboración en la realización de un proyecto social mediante un trabajo voluntario de un grupo de personas de diferentes países. Al ir a un campo de trabajo, esto lo has de tener muy claro, vas a hacer un servicio voluntario.

¿Qué trabajos se hacen?

Las posibilidades son muchas:

- Reparación o reconstrucción... casas de colonias, centros sociales, esplais, casas de gente marginada, etc.
- Ecología, forestal, arreglo de caminos, proyectos ecológicos, etc.
- Trabajos con niños y adolescentes.
- Apoyo a grupos de disminuidos y marginados.
- Apoyo a grupos de mujeres.

- Suport a grups de disminuïts i marginats.
- Suport a grups de dones.
- Solidaritat amb el Tercer món.
- Suport a grups alternatius, etc.



- Solidaridad con el Tercer Mundo.
- Apoyo a grupos alternativos.

¿Quién organiza los campos de trabajo?

La organización de campos de trabajo voluntario corre a cargo de entidades internacionales o nacionales que fo-

mentan el entendimiento entre los pueblos mediante el intercambio de voluntarios.

El SCI-SCCT es una de ellas.

Esta ha sido la primera vez que se ha realizado una experiencia como esta en nuestra casa.

Los orígenes del proyecto:

La organización de este tipo de CT no es nada nueva en Europa. El SCI es una organización que promueve el trabajo voluntario, mediante principalmente los CT allá donde haya proyectos sociales que la falta de medios no permite realizar, entendiéndose este trabajo voluntario como la aportación individual en la lucha por la Paz y la marginación que afecta a parte de los miembros de nuestra sociedad, así, una de las líneas de trabajo que lleva es la de integración de los disminuïdos, tanto si es mediante la organización de CT de animación en Institutos, Hospitales o Residencias, como la de promover su participación en toda clase de CT, teniendo en cuenta las posibilidades individuales en la tarea concreta a realizar y la accesibilidad del lugar.

Qui organitza els camps de treball?

L'organització de camps de Treball voluntari va a càrrec d'entitats internacionals o nacionals que fonamenten l'enteniment entre els pobles mitjançant l'intercanvi de voluntaris.

El SCI-SCCT és una d'elles.

Aquesta ha estat la primera vegada que s'ha fet realitat una experiència com aquesta a casa nostra.

Els orígens del projecte:

L'organització d'aquest tipus de CT no és gens nova a Europa. El SCI és una organització que promou el treball voluntari, mitjançant principalment els CT allà on hi hagi projectes socials que la manca de mitjans no permet realitzar, entenent aquest treball voluntari com l'aportació individual en la lluita per la Pau i la marginació que afecta a part dels membres de la nostra societat, així, una de les línies de treball que porta és la d'integració dels disminuïts, ja sigui mitjançant l'organització de CT d'animació en Instituts, Hospitals o Re-

sidències, com la de promoure la seva participació en tota mena de CT, tenint en compte les possibilitats individuals en la feina concreta a fer i l'accessibilitat del lloc.

Amb l'experiència de membres del SCI que han fet CT d'animació amb disminuïts físics a d'altres països, es va començar a pensar en la possibilitat organitzar-ne un aquí, que significués alhora l'inici d'una línia de treball pel SCI a Catalunya i una oferta a Institucions com l'Institut Guttmann per a desenvolupar activitats amb els residents que altrament no es podrien realitzar.

Organització del projecte:

Una activitat d'aquest tipus, cal preparar-la amb temps, cal tenir en compte molts factors:

la infraestructura (allotjament i menjar pels voluntaris), el programa d'activitats a desenvolupar, informació als residents, selecció dels voluntaris que hi participaran... ..En quant al programa d'activitats que és el que més ens interessa, va ser preparat sota una doble perspectiva: Activitats fora de l'Institut i activitats en el mateix Institut. Per les activitats fora de l'Institut es van organitzar diferents sortides i excursions amb el microbús de l'Institut,



Con la experiencia de miembros del SCI que han hecho CT de animación con disminuïdos físicos en otros países, se empezó a pensar en la posibilidad de organizar uno aquí, que significase alha vez el inicio de una línea de trabajo para el SCI en Cataluña y una oferta a Instituciones como el Instituto Guttmann para desarrollar actividades con los residentes que de otra forma no se podrían realizar.

Organización del proyecto:

Una actividad de este tipo, hay que prepararla con tiempo, se han de tener en cuenta muchos factores: la infraestructura (alojamiento y comida para los voluntarios), el programa de actividades a desarrollar, información a los residentes, selección de los voluntarios que participarán... ..En

cuanto al programa de actividades que es lo que más nos interesa, se preparó bajo una doble perspectiva: Actividades fuera del Instituto y actividades en el mismo Instituto. Para las actividades fuera del Instituto se organizaron diferentes salidas y excursiones con el microbús del Instituto, vehículos particulares y tren, para que el número de participantes fuese el máximo posible. Los lugares elegidos eran los normales de la época del año: montaña, playa, piscina, ciudad: baile, teatro, cine y cerveza en la Plaza Real.

vehícles particulars i tren, perquè el nombre de participants fos el màxim possible. Els llocs triats eren els normals de l'època de l'any: muntanya, platja, piscina, ciutat: ball, teatre, cinema i cervesa a la Plaça Reial.

En quant a les activitats a l'Institut varen ésser pensades per aconseguir la participació del màxim nombre possible de persones que per diferents raons, no podien participar en les sortides. Berenars, saraos, campionats d'escacs, ginkhames, etc., totes amb la sana intenció de trasbalsar per uns dies la quotidianitat en la vida normal a l'Institut, com sembla ser, es va aconseguir.

L'Equip de voluntaris

L'equip estava format per 9 joves provinents de diferents països d'Europa: Italia, Alemanya, Anglaterra, Finlàndia, França, Galícia, Euskal-Herri i Catalunya, completat amb la col·laboració d'altres membres del SCI residents a Barcelona que participaren parcialment en alguna de les activitats.

Cal ressenyar el fet que tots els estrangers parlessin el castellà amb un nivell suficient com per a agilitzar el desenvolupament de les activitats, i aconseguir una plena relació amb els residents, si bé aquest punt no hagués estat un problema car als CT sempre hi són presents un o dos membres del SCI responsables de la coordinació i que fan la traducció quan s'escau.

En cuanto a las actividades en el Instituto fueron pensadas para conseguir la participación del máximo número posible de personas que por diferentes razones no podían participar en las salidas. Meriendas, saraos, campeonatos de ajedrez, ginkhames, etc., todas con la sana intención de trastornar la vida cotidiana normal en el Instituto, y parece ser que se consiguió.

El equipo de voluntarios

El equipo estaba formado por 9 jóvenes procedentes de diferentes países de Europa: Italia, Alemania, Inglaterra, Finlandia, Francia, Galicia, País Vasco y Cataluña, completado con la colaboración de otros miembros del SCI residentes en Barcelona que participaron parcialmente en alguna de las actividades.

Hay que reseñar el hecho de que todos los extranjeros hablaban castellano con un nivel suficiente como para agilizar el desarrollo de las actividades y conseguir una plena relación con los residentes, si bien este punto no hubiera sido un problema pues en los CT siempre están presentes uno o dos miembros del SCI responsables de la coordinación y que hacen la traducción cuando hace falta.

Los miembros del grupo de voluntarios tenían una edad entre 21 y 27 años, estudiantes y trabajadores a partes iguales, si bien profesionalmente no tenían relación con el mundo de la medicina o el trabajo social.

Els membres del grup de voluntaris tenien una edat entre 21 i 27 anys, estudiants i treballadors a parts iguals, si bé professionalment no tenia relació amb el món de la medicina o el treball social.

Activitats i desenvolupament del Camp de Treball

Com ja hem anomenat, les activitats varen ser de dos tipus, dintre de l'Institut i fora, pels carrers, platges, muntanya, etc.

Hi ha activitats que normalment no pot fer una persona amb disminució, com anar a la platja i fer un banyet, tan necessari en ple mes d'agost i per altra banda bé per la circulació, agafarem el tren i au tots cap a Sitges, pleníssim de gent, però molt divertit, semblàvem una colla de gitanos, matalassos, bosses de menjar, parasols, tovalloles i això sí, eh? moltes ganes de riure i de fer gresca.

Oh...! Ara m'enrecordo del vespre que vàrem anar a la Plaça del Rei a escoltar La Murga, hi havien 4 gats i nosaltres uns 20 mes o menys, després de les dues primeres peces, allò sí que era realment una festa, no se'n sabien avenir tothom ballàvem creuant-nos els uns amb els altres, i és clar la resta de públic també s'hi van afegir...!

Ens vem confeccionar unes disfresses precioses, amb retalls, caps de cartró, fils, papers, pintures i molta imaginació, tothom va participar-hi, fins i tot un drac amb comparsa inclosa.

Actividades y desarrollo del Campo de Trabajo

Como ya hemos mencionado, las actividades fueron de dos tipos, dentro del Instituto y fuera, por las calles, playas, montaña, etc.

Hay actividades que normalmente no puede hacer una persona con disminución, como ir a la playa y tomar un baño, tan necesario en pleno mes de agosto y por otra parte tan bueno para la circulación, tomamos el tren y hala todos a Sitges, llenísimo de gente, pero muy divertido, parecíamos un grupo de gitanos, colchones, bolsas de comida, parasoles, toallas y eso sí, ¡eh! muchas ganas de reír y de hacer juerga.

¡Oh...! Ahora me acuerdo de la noche que fuimos a la Plaza del Rey a escuchar a La Murga, habían 4 gatos y nosotros, unos 20 más o menos, después de las dos primeras piezas, aquello sí que era realmente una fiesta, parecía increíble todos bailábamos cruzándonos unos con otros, y claro está, el resto de público también se unió a nosotros...

Nos confeccionamos unos disfraces preciosos, con retales, cajas de cartón, hilos, papeles, pinturas y mucha imaginación, todos participaron, hasta incluso un dragón con comparsa incluida.

En los trenes, metros, actos, etc. se oían los comentarios que hacía la gente, ¡claro que sí, hombre! se ten-

En els trens, metros, actes, etc., se sentia els comentaris que feia la gent, és clar que sí home! s'haurien d'adaptar els transports públics què per aixó ho són!, o vine que ja et pujo jo!

Aquesta va ser una veritable integració, com a grup de persones, alhora de grups de treball per a preparar les activitats, participant com a ciutadans en les activitats de la nostra ciutat que tan poc ens té en la memòria, va ser molt emocionant veure la gent que havia d'estar per nassos al llit, les ganes de participar-hi, fent de controls, baixant a menjar a la terrassa, llàstima! va ser molt curt, tot l'any haurien d'haver-hi grups d'animació, cares diferents, voluntaris per fer i desfer, aquest és el primer pas, després no hi haurà qui ens aturi.

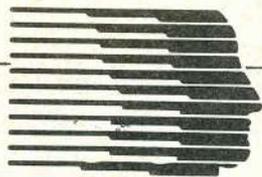
drían que adaptar los transportes públicos que para eso son, o ven, que ya te empujo yo!

Esta fue una verdadera integración, como grupo de personas, a la vez que como grupos de trabajo para preparar las actividades, participando como ciudadanos en las actividades de nuestra ciudad que tan poco nos tiene en la memoria, fue muy emocionante ver como la gente que tenía que estar en cama por fuerza, participaba con entusiasmo, haciendo de controles, bajando a comer a la terraza, lástima! fue muy corto, todo el año tendrían que haber grupos de animación, caras diferentes, voluntarios para hacer y deshacer, este es el primer paso, después no habrá quien nos pare.

Marta BOLTÓ I GRAU

Josep Miquel ALEGRET I TEJERO





tot parlant/hablando

HACE AÑOS TODOS LE CONOCIAMOS POR PEPITO. DESDE HACE TIEMPO, PEPE ES LA FORMA HABITUAL Y FAMILIAR DE LLAMARLE. NOS REFERIMOS A JOSE MARTINEZ JIMENEZ, COMERCIANTE Y UNO DE LOS PRIMEROS CLIENTES DE GUTTMANN EN 1965. ESTA VETERANIA JUNTO CON SUS EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIA, NOS HA HECHO PENSAR QUE ÉL ERA UNA DE LAS PERSONAS IDONEAS DE ENTREVISTAR PARA ESTE NUMERO EXTRA DEL XX ANIVERSARIO.

Sobreruedas: EMPECEMOS POR EL PRINCIPIO... RETROCEDAMOS A LOS AÑOS 60 CUANDO ACUDISTE A I. GUTTMANN PARA SEGUIR TRATAMIENTO DE REHABILITACION.

Pepe.: Guttman fue el primer centro de rehabilitación en el que ingresaba. Anteriormente estuve en varios hospitales... A los siete años de edad, con la paraplejia, empecé la asignatura de los hospitales: Clínica San José de Manresa, Sagrado Corazón, Clínico, Infecciosos, San Juan de Dios y después, afortunadamente, con mayúscula, eh! GUTTMANN...

S.: ¿HASTA ENTONCES NO HABIAS RECIBIDO NINGUN TRATAMIENTO ESPECIFICO PARA LA LESION MEDULAR?

P.: Ni para la lesión ni para nada... me tenían en la cama, boca abajo, para que no me llagara y punto... no tenían ningún sistema colector de orina, ni para la evacuación... me decían que no bebiese mucho que mojaba demasiado la cama... a raíz de todo eso, perdí el riñón y las articulaciones paralizadas se me quedaron rígidas...

S.: ¿TE DABAS CUENTA DE QUE NECESITABAS UN TRATAMIENTO QUE NO RECIBIAS?

P.: Ni idea, estaba en la luna de Valencia... Piensa que de los diez a los catorce años, me tiré encerrado en una habitación y mi única distracción era asomarme a la ventana, así cada día, cada día... estaba supermentalizado a no hacer nada... por otra parte yo no era consciente de lo que tenía, al revés de ahora, que cuando tengo algo ya estoy con la mosca detrás de la oreja...

S.: ¿Y COMO FUE QUE INGRESASTE EN GUTTMANN?

P.: Conocí al Dr. Sarrias a través de Montse Marsans, la cual venía a visitarme a S. Juan de Dios y hacerme la evacuación un par de días a la semana. Cuando ingresé había otros tres enfermos, estaba una señora alemana, José Villa y Mercedes Torruella....

S.: ERAS EL MAS JOVEN....

P.: Tenía 15 años. Llevaba ocho de paraplégico y todo el deterioro que se pueda tener... Llegué a Guttman muy, muy estropeado, pero el cambio fue total... y en dos días me dí cuenta, éso se aprende rapidísimo, de las posibilidades que tenía y de las que había perdido por falta de una asistencia adecuada... Si en



aquel momento mi lesión hubiera sido reciente, ahora sería un paraplégico más, sentado en su sillita de ruedas normal y corriente, sin ningún tipo de complicación, aparte de las habituales en la paraplejía.

S.: PROBABLEMENTE, UNA VEZ ORIENTADOS LOS ASPECTOS MAS FISICOS, TE FUISTE PLANTEANDO OTRAS FACETAS DE TU VIDA...

P.: Recuerdo el primer día que salí a la calle, en la camilla, boca abajo... ¡Tela, eh, tela...! Desde los siete años que no veía la calle y te encuentras adulto y que sales a la calle tumbado en una camilla... ¡No se puede explicar! Es como si vinieras de otra galaxia, de otro planeta, como si no pertenecieras allí y estuvieras de rebote... Nada de lo que veas lo relacionabas contigo, ni los coches, ni la gente, ni los bordillos. Es como si te hubieran puesto en una sociedad distinta de la que tú no formabas parte y solo para que la vieras... Y sin embargo tú sabías que tenías que estar allí dentro. Me entraron unas ganas de meterme otra vez en Guttman y no salir ni loco... menos mal que la enfermera me echó bronca por haber salido y entonces me animé a salir de nuevo...

S.: CON LA CAMILLA ROMPISTE MUCHOS MOLDES...

P.: No te creas, la camilla circulando fuera del Guttman fue también una novedad para el propio Centro... En realidad fui el primero en utilizarla. Pensé que igual que estaba en la cama boca abajo podía ir en camilla normalmente. El problema era que se volcaba hacia adelante y a base de poner peso detrás, se pudo solucionar, ahora sigo llevando un montón de peso, aunque no lo parezca... y a partir de ahí, cualquier persona que tiene una llaga que puede tardar en curar, ya ves que le ponen en camilla.

S.: ¿QUE OTRO ASPECTO RECUERDAS DE AQUELLA EPOCA IMPORTANTE PARA LA INTEGRACION SOCIAL?

P.: El día que le dije al Dr. Sarrias que quería conducir boca abajo... Pobre hombre, ipuso una cara...!

S.: ADEMAS DEL DR. SARRIAS, FUERON MUCHAS LAS PERSONAS QUE SE QUEDARON SORPRENDIDAS, ¿NO?

P.: Sí, todos me decían que no me darían el carnet, que si Sanidad, que si Tráfico.. Los del PPO no quisieron dar me clase porque dijeron que era imposible que yo pudiera conducir y por aquel entonces no habían autoescuelas que disputieran de vehículos adaptados para hacer prácticas... Así que compré un R6, le quité los asientos, lo adapté... José M^a



Morte fue un eslabón fundamental para que me dieran el carnet. Me animó muchísimo, me dió prácticas y me enseñó a conducir... cuando nadie se atrevía a subir conmigo él lo hizo y fuimos por las Costas de Garraf conduciendo yo el coche... no sé si fue amistad o locura, pero el chaval lo hizo.

S.: EN REALIDAD HABIA UN CIERTO RIESGO. HUBIERAS PODIDO ENCONTRARTE CON UN VEHICULO ADAPTADO Y SIN PERMISO DE CONDUCIR...

P.: Pero si no lo hubiera hecho así, ¿cómo resolver la cuestión?. Era un pez que se mordía la cola. De no haber podido tener el coche, en la actualidad no estaría viviendo como vivo, ni haciendo las cosas que hago, ni estaría tan a gusto como estoy... Para mí el medio de locomoción ha sido fundamental.

S.: Y LA ETAPA FORMATIVA, LOS ESTUDIOS, ¿COMO LOS VALORAS DESDE LA PERSPECTIVA ACTUAL?

P.: Los estudios fueron muy importantes. Empecé a leer y a escribir, que apenas sabía e hice ingreso de bachillerato... continué con el bachillerato e iba a examinarme al Instituto Ausias March con la gente de a pie y con todo el drama para subir

las escaleras... Relacionarte con la gente de a pie te enseña mucho y son los que menos problemas tienen en cuanto a la aceptación... donde he tenido menos problemas de relación, de aceptación y de opinión ha sido con los andantes. Otra experiencia importante fueron los cinco años que estuve dando clase en la Escuela Anic. En aquellos niños podía observar lo que era la vida y algunos se encontraban en situaciones por las que yo ya había pasado...

S.: HAS TENIDO BASTANTES EXPERIENCIAS FAVORABLES...

P.: También han habido cosas malas, pero a mí me gusta acordarme de lo bueno... y una de las cosas buenas ha sido la gente, los amigos, he tenido muy buena gente a mi lado... Por ejemplo el Dr. Supervía, me echó una mano muy buena para entrar en una compañía aseguradora en donde trabajé seis años, en un ambiente muy agradable, con gente normal de pe a pá... A pesar de que al principio fue muy duro y repetí lo que experimenté la primera vez que iba en camilla... Eso de coger un ascensor y ¡pum! poner la goma espuma en la luz para que no se cerraran las puertas, darte la vuelta con la camilla, entrar marcha atrás, quitar la gomaespuma y pulsar el botón para subir... todo el suelo lleno de moqueta y pensar, ¡ay! como la bolsa se reviente ya verás tú el espectáculo que montas. Y veías a todo el mundo de pie y con sus chaquetitas de punto y tú allí con camilla y sin beber mucha agua para que la bolsa no se llenara, pues la camilla no cabía en el lavabo... Tardé bastante en averiguar que para no vaciar la bolsa, no podía tomar más de dos cafés y un vasito de agua cada mañana... No, si todo tiene su miguita, lo que pasa que ahora lo cuentas como una anécdota y entonces me hacía estar en una tensión continua de nervios...

S.: A PESAR DE TODO TE RELACIONASTE BIEN Y LA COSA FUNCIONO...

P.: Al principio no sabían que decirme, pero esto es normal. Llegas un extraño y también pasa lo mismo, pero en mi caso más, porque les rompes sus esquemas. Pero en el momento que les gastas un par de bromas se rompe el hielo y ya está, no se ve la camilla...

S.: Y ESO QUE LA CAMILLA ES UN MODULO MAS IMPACTANTE QUE LA SILLA...

P.: Sí y arquitectónicamente también es diferente. Hay tanta diferencia entre uno que va en silla de ruedas y yo como entre uno que esté sentado y uno que no...



Una silla gira en 1,20 metros y yo necesito 2,40. Lo que pasa es que llega un momento en que ves todo esto muy natural... yo siempre me sueño en la camilla y salen diálogos como "aquí la camilla no cabe, prueba así...". Es como si fuera parte de mi mismo y con todo lo otro me pasa igual. Todos esos problemas que haya tenido y que en su época me parecían tela, hoy no me parecen tan graves... Ahora me lo miro más objetivamente... Que te miran por la calle, es normal!, si tú ves a una chica maja, la miras y no se enfada porque es para bien, si la miraras porque estuviera jorobadita se enfadaría...

S.: EL CAMBIO QUE HAS EXPERIMENTADO A NIVEL INDIVIDUAL, ¿LO HAS OBSERVADO TAMBIEN EN LAS RESPUESTAS SOCIALES?

P.: Mucho. La gente ya está muy mentalizada de la silla de ruedas y no solo por los programas de la tele y los anuncios, sino porque los minusválidos ya salen a la calle y antes no salían... Si te paras a mirar ves que todo es más normal... No es como tendría que ser, por supuesto, pero comparado con lo que había hace veinte años... Recuerdo que cuando me quise comprar el coche tuve que pedir a mi madre 65.000 ptas., hoy poco o mucho, el Insero algo te ayuda, o por lo menos puedes tener la duda de si te van a ayudar o no. ¿Qué mandos te ponían? Solo había cuatro hierros remendados y no había en donde elegir... ¿Y trabajar?, no soñabas ni presentarte a pedir trabajo y hoy estás viendo gente en silla que trabajan en bancos, que son médicos o abogados en funciones... No es lo mismo ser el primero que el que haya otro que haya pasado por la experiencia de ser el primero... antes tenías que ir haciendo huequecitos por todas partes...

S.: SI, ES CIERTO, AHORA HAY MODELOS DE INTEGRACION SOCIAL ACTIVA Y ANTES NO LOS HABIA, PERO TAMBIEN HAY LESIONADOS MEDULARES MUY MARGINADOS Y SIGUEN HABIENDO NECESIDADES PARA LAS QUE NO HAY RESPUESTAS SOCIALES...

P.: No las hay, no las hay... por ejemplo, para un tetra es mucho más duro, hay mucha diferencia en un para y un tetra, es otro mundo y ahí el único que puede hablar es un tetra... Pero hablando desde mi experiencia, pienso que una vez superado el trauma inicial, necesitas, eso sí, un impulso económico, moral, de opinión y de ayuda del tipo que sea, pero simplemente a nivel de encarrilamiento y luego a partir de ahí lucha y espábilate como hace cualquier bicho viviente... Imagínate que yo empiezo a trabajar en la Compañía de Seguros y a la semana siguiente no voy a trabajar, "no tengo ganas". No solo los que me apoyaron hubieran quedado mal, sino que yo mismo me habría cerrado las puertas...

S.: EN REALIDAD LAS PRIMERAS "PROMOCIONES" DE PARAPLEJICOS HABEIS TENIDO UN PAPEL IMPORTANTE PORQUE HABEIS DEFINIDO UNAS FORMAS DE RELACION CON EL ENTORNO.

P.: Bueno, los de aquella época hemos salido bastante curtidos, a base de palos, éso si,,, Y si no dime que parapléjico de los de hoy es capaz de cambiar la rueda de su coche como hace Tomás... y en todos los sentidos salió gente muy batalladora: Eloy, Clua, Llovera, Morte, Daniel, Bellón, Tomás, Romero, Aguilar... no es una cuestión de dos o tres... Antes tenías más motivos para luchar y menos cosas, ahora tienes más cosas y menos motivos para luchar, porque las cosas ya están hechas o medio enfocadas y antes, al no haber nada, tenías que buscarlo y sin darte cuenta te estabas convirtiendo en un peleón... Aquella fue una buena cosecha, y Guttman se puede sentir satisfecho...

S.: Y TU, ¿ESTAS SATISFECHO? ¿HAS LOGRADO LOS OBJETIVOS QUE TE HABIAS PROPUESTO?

P.: Sí, pero aún me quedan muchos... Me gusta lo que hago en la ortopedia, tener nuevas ideas y proyectos... pero me queda aún el conseguir vivir en un chalet fuera de Barcelona, (aunque ya tengo el terrenillo) y me queda conocer más mundo...

S.: VIAJAR A LO LEJOS...

P.: Lo que pasa es que nosotros tenemos que viajar controlados.

S.: CONTROLADOS ¿POR?

P.: De Ecuador por arriba, irte por ejemplo a Alemania, Holanda, Suecia... porque si te vas para abajo, que es lo bonito, Chile, Perú... y te pasa cualquier cosita, ya no vuelves...

S.: O SEA QUE NADA DE EXOTISMOS... SOCIEDAD POST-INDUSTRIAL, CONSUMISTA, URBANA...

P.: ¡Cuanto más urbana y consumista más seguro me siento! En fin, no hay más iésta es mi vida y yo estoy contento! Pero bueno, te voy a dar una noticia: en marzo me caso...

S.: ¡CARAMBA, ESTO ES UNA PRIMICIA! ¿SE PUEDE PUBLICAR?

P.: Sí, sí.

S.: COMO EN LAS PELICULAS DE ANTES, UN FINAL CON NOTICIA DE BODA, ¡ENHORABUENA! Y...

P.: The End.

esport deporte

BREVE RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES DEL CLUB DEPORTIVO MINUSVALIDOS INSTITUTO GUTTMANN

Era en el mes de octubre de 1967, cuando un grupo estuista de personas, se reunían en asamblea y poniéndose de acuerdo para realizar la tarea de lograr la rehabilitación y recuperación total con la integración en la sociedad por medio de la libre práctica del deporte, de los disminuidos, elegían una Junta Directiva para el recién fundado grupo, en un principio llamado CLUB DEPORTIVO CULTURAL DE MINUSVALIDOS de la A.N.I.C. y en la actualidad nuestro CLUB DEPORTIVO MINUSVALIDOS INSTITUTO GUTTMANN.

Desde su fundación, el constante trabajo de estos pioneros se ha visto culminado en infinidad de ocasiones por los logros conseguidos a todo nivel. Desde las diversas campañas de promoción del deporte en silla de ruedas en los barrios, organizando, a todos los niveles y para todos, carreras de cross en silla de ruedas, slalom (destreza en el manejo de las sillas de ruedas), partidos de baloncesto en silla de ruedas, en plena calle, organización de torneos de tenis de mesa, cursillos de natación, cursillos de tiro con arco, etc., y la ampliación de estas campañas a los distintos pueblos de toda Cataluña, logrando que la semilla que estábamos sembrando fuese fructífera, tal como nos demuestra que desde aquellas fechas, los Clubs que se han ido fomentando y creando son numerosos y en casi todos los Clubs, se encuentran personas que han dado sus primeros pasos en nuestro Club.



Comprobamos el constante incremento de la juventud minusválida que ha conseguido su anhelo de poder realizar la práctica deportiva a todos los niveles. No solamente es deportista aquel que logra grandes victorias, sino que también lo es todo el que participa aun a sabiendas de que quizá no obtendrá un primer lugar. Es grandioso ver como algunos minusválidos intentan emular la destreza en silla de ruedas, haciendo sus pinitos en un slalom o cogiendo una pala de ping-pong, aunque se la tengan que atar a la mano.

Por estos minusválidos y por todos, este Club seguirá con su labor de fomento del deporte entre los disminuidos.

Analizando la labor de estos años, de nuestro CLUB DEPORTIVO MINUSVALIDOS INSTITUTO GUTTMANN, podemos ver que la práctica de los deportes en que normalmente nuestros deportistas compiten son:

- | | |
|---------------------------------|------------------------------|
| - ATLETISMO, en silla de ruedas | - SLALOM, en silla de ruedas |
| - BALONCESTO, " " " | - TENIS DE MESA, " " y a pie |
| - TIRO CON ARCO, " " " y a pie | - NATACION, " " " |

Se han logrado grandes éxitos que sería muy largo de relatar, destacando entre ellos los de:

- Eloy Guerrero: Dos veces campeón del mundo Slalom y una medalla de plata olímpica.
- Francisco Benitez: Recordman del mundo en natación.
- Ana M^a Peiró: Campeona del mundo y cinco medallas de oro en los Juegos Olímpicos de los EE.UU., en natación.
- A.J. Gómez: Campeón del mundo, con España, en baloncesto. Varias veces campeón de España de slalom.
- A. Alonso: Varias veces campeón de España en slalom.
- M. Bellón: Varias veces campeón de España en tiro con arco.
- Equipo de baloncesto. Campeón de España en dos ocasiones y actualmente de Cataluña.

Recordemos también a los grandes deportistas que fueron y son, como los B. Alberola, R. Granada, M^a C. Riu, V. Navarrete, R. Dekeno, R. Marin, J. Puig, D. Jiménez, M. Rosell, J. Clúa, A. Vallverdú, J. Mañé, J. Izquierdo, O. Martínez, F. Velez, J. Vilaplana, E. Bofarull, M. Amat, etc. Y una memoria para Romero. Así como también para todos aquellos que han colaborado en las tareas tanto técnicas como funcionales, sin poder enumerarlos, pues no tenemos suficiente espacio.

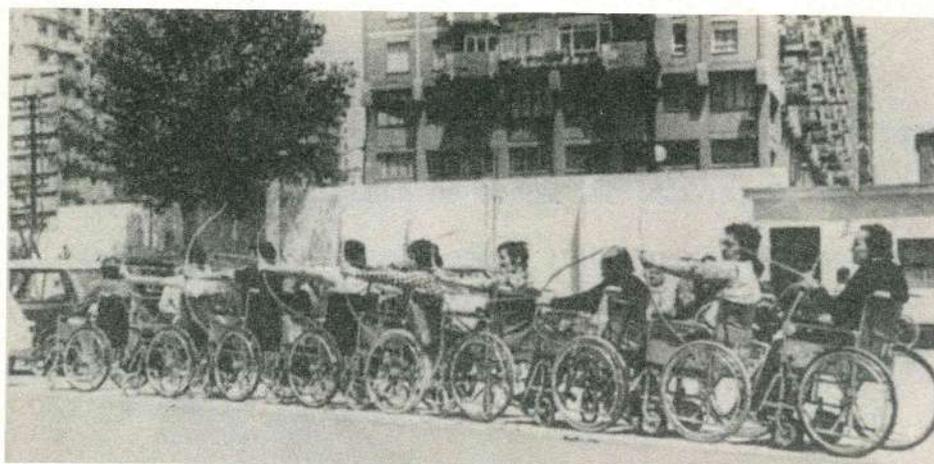
Solamente tenemos un algo de amargura, pues recordando, nos vienen a la memoria aquellos tiempos en que disfrutábamos de un local, en donde se efectuaban exposiciones pictóricas, fotográficas y se podían organizar torneos de tenis de mesa, teniendo siempre la mesa de ping-pong disponible. Se contaba con local de oficinas y reunión de la junta, y con una pista polideportiva descubierta. Hoy, en 1986, después de tan-



tos años de funcionamiento, solo se dispone de la pista polideportiva descubierta, lo cual nos coarta en nuestras posibilidades de seguir con nuestra labor de acercar el deporte a los disminuidos, para así conseguir la total integración, rehabilitación y recuperación por medio de esta que creemos es ideal, práctica del deporte.

Antonio Marco

NOTA: Ponemos en conocimiento de todos los minusválidos físicos que deseen practicar deporte, que el Club está abierto para acogerlos, teniendo técnicos monitores preparados para ello. Interesados: dirigirse al CLUB DEPORTIVO MINUSVALIDOS INSTITUTO GUTTMANN, preguntando por Antonio Marco. (Entrenador)



d'ací i d'allà de aquí y de allá

MIFAS (Disminuídos Físicos Asociados) de Gerona ha editado un folleto sobre la Asociación, ilustrativo de sus actividades, servicios y proyectos.

Entre sus realizaciones destaca TADIFISA, un taller de ca misería y, en el capítulo de proyectos la de crear dos nuevos talleres de producción, uno en la Comarca de l'Alt Empordà y otro en la de la Garrotxa, y a más largo plazo (24-36 meses) una mini-residencia en Gerona capital.



El IVA (Impuesto Sobre el Valor Añadido) y los vehículos adaptados.

La Ley 30/1985 de 2 de agosto, (B.O.E. nº 190) que regula el IVA, en su artículo 29, apartado F, especifica que los vehículos cuya potencia fiscal no supere los 12 CV.f, adaptados y adquiridos por minusválidos que sean titulares del correspondiente permiso de conducción y que los destinen a su uso exclusivo, en lugar del correspondiente 33% de impuesto que grava la adquisición de vehículos, se les aplicará el tipo ordinario, que es el 12%. Este derecho requerirá el reconocimiento de Hacienda (siempre que hayan transcurrido al menos 4 años desde la última adquisición de un vehículo de análogas condiciones), previa certificación de minusvalía por el INSERSO (antes SEREM).

"ACOMPANYANTS DE CARRER"

Un nuevo Servicio del Patronat Municipal de Disminuïts Físics de Barcelona.

Este servicio se ha creado en plan experimental y para una duración de 6 meses. Un equipo de 6 personas está disponible para acompañar a disminuídos físicos que deseen desplazarse utilizando el transporte colectivo normal. Se pretende detectar la demanda y necesidades para seguir trabajando en la reivindicación de la normalización de los transportes públicos.



GRES

El GRES (Grupo de Disminuídos Físicos de Martorell) está bastante satisfecho de las acciones que durante 1985 se han realizado en la población para facilitar el deambulaje a las personas disminuídas.

Las aceras, pasos de peatones e isletas ya disponen de vados y en el Ambulatorio de la Seguridad Social se ha construído una rampa de acceso.

Este grupo ha editado recientemente una hoja informativa periódica para dar a conocer sus inquietudes y objetivos.

Nos han remitido información de un carro para compras adaptable a cualquier modelo de silla de ruedas.

Se trata de un modelo fabricado en Suecia cuyo representante en España está intentando introducir en autoservicios y grandes hipermercados.

Como puede comprobarse en la fotografía se puede depositar fácilmente la mercancía en la cesta y seguir comprando con las manos libres.

Disponemos de la dirección y teléfono de la firma representante.



La Direcció General d'Arquitectura i Habitatge de la Generalitat, informa de las viviendas de Protección Oficial, adaptadas para minusválidos, cuyos expedientes se han tramitado últimamente:

VIVIENDAS DE CONTRUCCION PRIVADA

<u>Emplazamiento</u>	<u>Población</u>	<u>Núm. Vivien.</u>	<u>Superficie Aprox.</u>	<u>Precio Aprox.</u>
Pl. Castaño, S/n.	Cerdanyola	1	80,01 m ²	5.568.504
Rda. Poniente	Sabadell	1	90 "	6.263.724
c/. Estados Unidos	Sabadell	1	89,97 "	6.261.696
c/. Lope de Vega, 61-65	Barcelona	1	90 "	6.576.984
c/. Roger de Lauria, esq. Pl. Estación	Pineda de Mar	1	69,21 "	4.727.153
Lepanto, esq. Industria	Barcelona	3	90 "	6.576.984

La adquisición de estas viviendas suele hacerse dando una entrada equivalente al 25% de su costo y el resto aplazado en una hipoteca a 13 años, cuyos intereses serán

más o menos elevados según sean los ingresos económicos del adquirente.

VIVIENDAS DE PROMOCION PUBLICA

<u>Localidad</u>	<u>Núm. Vivien.</u>	<u>M² Aprox.</u>	<u>Fecha prevista Final. obras</u>
Blanes	4	75,99	Septiembre de 1987
Caldes de Montbuy	1	90,00	Diciembre de 1986
Cervera	1	63,70	Octubre de 1986
Figueres	1	80,57	Diciembre de 1986
Igualada	2	83,74	" "
Piera	1	80,00	" "
Reus	3	75,00	" "
S. Andreu de la Barca	2	77,35	" "
Tarragona	3	75,28	Septiembre de 1987
Tortosa	1	77,14	Diciembre de 1986
Vilanova i la Geltrú	1	71,06	Enero de 1986
Pineda de Mar	2	77,50	Octubre de 1986
Granollers	3	80,00	Octubre de 1987
Fontajau <Girona>	4	65,00	Obras finalizadas
Avinyó	1	59,16	" "
Navars	2	64,90	" "

Las viviendas de Protección Oficial promoción pública, destinadas a la población cuyos ingresos económicos no excedan de determinada cantidad, pueden pagarse en 25 años. Las concedidas el pasado año, de 90 m², tenían un coste aproximado de cuatro millones de pesetas, siendo la entrada de un 5% del costo (200.000 ptas.) y una mensualidad de 14.000 ptas. mes.

Las personas interesadas en estas viviendas pueden dirigirse a: Serveis Territorials de la Dir. General d'Arquitectura i Habitatge, c/. Urgell, 187, T. 321.80.00, Barcelona.

ASPAYM, (Asociación Nacional de Paraplégicos y Grandes Inválidos) informa de la publicación de los siguientes folletos informativos:

- Estatutos de ASPAYM
- Conclusiones del 1er. Curso sobre lesionados medulares.
- Conocimiento, uso y mantenimiento de la silla de ruedas.

En Preparación:

- Experiencias en las alteraciones psicológicas de los lesionados medulares.
- Ley de Integración Social del Minusválido.

Las personas interesadas en adquirirlos (100 ptas. cada uno más gastos de envío) dirigirse a: ASPAYM, Apdo. de Correos 113, Toledo.



DIARI OFICIAL

GENERALITAT DE CATALUNYA

- DECRET 202/1985 de 15 de julio, (D.O.G. nº 568) de creación de la "Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública". El objetivo fundamental de la "Xarxa", es alcanzar una ordenación hospitalaria que permita la homogenización adecuada de las prestaciones asistenciales, así como la utilización óptima de los recursos humanos y materiales.
- RESOLUCION de 9 de julio de 1985, (D.O.G. nº 568) por la cual se regula la reserva de puestos de trabajo, en régimen de contratación temporal, para personas disminuídas, en el ámbito de los centros sanitarios y asistenciales del ICS y del ICASS.
Para poder ser contratado será requisito imprescindible la presentación previa del dictamen vinculante favorable, sobre las aptitudes personales para ejercer las funciones correspondientes. Estos dictámenes serán emitidos por los "Centres d'Atenció Primària a Disminuïts" del ICASS (antes SEREM).
- LEY 17/1985 de 23 de julio, (D.O.G. nº 569) de la función pública de l'Administració de la Generalitat.
- LEY 20/1985 de 25 de julio, (D.O.G. nº 572) de prevención y asistencia en materia de substancias que pueden generar dependencia.
- ORDEN de 1 de agosto de 1985, (D.O.G. nº 573) sobre la práctica del aborto en centros o establecimientos sanitarios en Cataluña.
- ORDEN de 29 de julio de 1985, (D.O.G. nº 579) de creación del "Programa Sectorial d'Estimulació Precoç".
- DECRET 237/1985 de 6 de agosto, (D.O.G. nº 582) por el que se reestructura el "Departament de Sanitat y Seguretat Social".
- ORDEN de 18 de octubre de 1985, (D.O.G. nº 608) de convocatoria de los premios CIRIT para fomentar el espíritu científico entre la juventud.
- DECRET 310/1985 de 23 de octubre, (D.O.G. nº 616) sobre regularización de la situación de los ocupantes de viviendas de protección oficial.
- ORDEN de 5 de noviembre de 1985, (D.O.G. nº 629) sobre modificación de las dimensiones de las cabinas de los ascensores en los itinerarios practicables para minusválidos (ver pag. 14, Sobreruedas nº 5). Las dimensiones mínimas serán de 1,20 m. de profundidad y de 0,90 m. de anchura.
- ORDEN de 15 de noviembre de 1985, (D.O.G. nº 629) de aplicación provisional de las prestaciones sociales y económicas de la Ley 13/1982, de 7 de abril de Integración Social de Minusválidos. Se establece que las prestaciones de "Subsidio de Ingresos Mínimos", de "Tercera Persona" y de "Movilidad" (ver Sobreruedas nº 1), que en Catalunya hasta el momento, siguen sin percibirse, sean resueltas por los "Caps dels Serveis Territorials de l'ICASS" (Institut Català de Serveis Socials).



BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO

GACETA DE MADRID

- REAL DECRETO 1044/85 de 19 de junio, (B.O.E. nº 157) por el que se regula el abono de la prestación por desempleo en su modalidad de pago único por el valor actual de su importe, como medida de fomento del empleo. Los trabajadores que cesen en su actividad laboral con carácter definitivo y tengan derecho a las prestaciones por desempleo, podrán percibir su importe de una sola vez, cuando acrediten ante el INEM que van a realizar una actividad profesional como trabajadores autónomos o como socios de cooperativa o de una sociedad laboral. La percepción de esta prestación será compatible con otras ayudas de promoción laboral.
- REAL DECRETO 1043/85 de 19 de junio, (B.O.E. nº 157) por el que se amplía la protección por desempleo a los socios trabajadores de Cooperativas de Trabajo Asociado.
- LEY ORGANICA 8/1985 de 3 de julio, (B.O.E. nº 159) reguladora del Derecho a la Educación. Esta Ley se orienta a la modernización y racionalización de los tramos básicos del sistema educativo español, regula la oferta de puestos escolares gratuitos y la asignación racional de los recursos públicos. También desarrolla el principio de participación como salvaguarda de los derechos individuales y regula los centros escolares y el sostenimiento de los concertados.
- ORDEN de 9 de julio de 1985, (B.O.E. nº 169) por la que se regula la asistencia a minusválidos con cargo a Muface. Serán beneficiarios de esta prestación los familiares de mutualistas de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, que tengan la condición de minusválidos. Podrá revestir las siguientes formas:
 - . Ayudas fijas mensuales que se dividirán en ayudas básicas y complementarias y que según grado de minusvalía y tipo de centro al que acuda el minusválido podrán oscilar entre las 2.000 y las 16.000 ptas.
 - . Ayudas de carácter graciable para la rehabilitación, movilidad y comunicación.
 - . Pensión vitalicia de 120.000 ptas. anuales en los supuestos de fallecimiento, incapacidad absoluta o jubilación del mutualista que tuviere a su cargo al minusválido.
- REAL DECRETO 1190/1985 de 17 de julio, (B.O.E. nº 172) por el que se regula la promoción para estudios a cargo de MUFACE.

- ORDEN de 11 de julio de 1985, (B.O.E. nº 172) por la que se convoca el Premio "Reina Sofia" de investigación sobre prevención de la subnormalidad para 1986.
- LEY de 8 de julio de 1985, (B.O.E. nº 173) de los consumidores y usuarios en Andalucía.
- REAL DECRETO 1245/85 de 17 de julio, (B.O.E. nº 179) por el que se modifica y complementa la normativa reguladora del Documento Nacional de Identidad. Una de las mejoras que se pretende introducir con este Real Decreto, es la duplicación de su plazo de vigencia, que se amplía desde cinco a diez años, a partir del momento en que el titular cumpla la edad de 30 años. Los D.N.I. expedidos o renovados con anterioridad a esta fecha, mantendrán su vigencia durante los plazos para los que hayan sido expedidos o renovados.
- REAL DECRETO 1287/1985 de 26 de junio, (B.O.E. nº 182) por el que se aprueban los Estatutos de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- LEY 24/1985 de 24 de julio, (B.O.E. nº 183) sobre exención del pago de las tasas correspondientes a la revisión de los permisos de conducir a los titulares que rebasen la edad de setenta años.
- LEY 26/1985 de 31 de julio, (B.O.E. nº 183) de medidas urgentes para la racionalización de la estructura y de la acción protectora de la Seguridad Social. Texto de la polémica Ley de "recorte" de pensiones. Afecta la cuantía de las nuevas pensiones al establecer un nuevo sistema de cálculo de la base reguladora y prolonga los períodos previos de cotización para tener derecho a las pensiones de jubilación y a las de incapacidad permanente derivadas de enfermedad común.
- ORDEN de 31 de julio de 1985, (B.O.E. nº 184) sobre la práctica del aborto en Centros o establecimientos sanitarios.
- RESOLUCION de 29 de julio de 1985, (B.O.E. nº 186) por la que se convocan concursos públicos para las Administraciones de Lotería Nacional en todo el territorio.
- REAL DECRETO 1368/1985 de 17 de julio, (B.O.E. nº 172) por el que se regula la relación laboral de carácter especial de los minusválidos que trabajen en Centros Especiales de Empleo.
- RESOLUCION de 26 de julio de 1985 (B.O.E. nº 189) de la Secretaría General para la Seguridad Social, por la que se convocan los premios INSERSO para 1985.
- LEY ORGANICA 11/1985 de 2 de agosto, (B.O.E. nº 189) de Libertad Sindical.

- LEY 30/1985 de 2 de agosto, (B.O.E. nº 190), del Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA).
- ORDEN de 31 de julio de 1985, (B.O.E. nº 191) por la que se dictan normas de desarrollo y aplicación del Real Decreto 1990/1984 de 17 de octubre, sobre medidas laborales de la reconversión industrial. Se regulan la ampliación extraordinaria de las prestaciones por desempleo, las ayudas equivalentes a la jubilación anticipada y las cotizaciones adicionales a la Seguridad Social.
- REAL DECRETO 1424/1985 de 1 de agosto, (B.O.E. nº 193) por el que se regula la relación laboral de carácter especial del Servicio del Hogar Familiar. (Empleados domésticos).
- ORDEN de 18 de octubre de 1985, (B.O.E. nº 260) por la que se considera en situación asimilada al alta a los trabajadores en desempleo no subsidiado, a efectos de la prestación económica por subnormalidad. Podrá tramitarse o seguir percibiendo el subsidio de las 3.000 ptas. por beneficiario minusválido, siempre que después de agotada la prestación por desempleo se siga inscrito en la Oficina de Empleo y no se haya rechazado oferta de colocación adecuada. La situación de asimilada al alta se acreditará ante las Direcciones Provinciales del Insero.
- ORDEN de 31 de octubre de 1985, (B.O.E. nº 269) por la que se regulan los tratamientos de deshabituación con metadona dirigidos a toxicómanos dependientes de opiáceos.
- ORDEN de 30 de octubre de 1985, (B.O.E. nº 271) por la que se regula el Convenio especial en el sistema de la Seguridad Social. El Convenio especial tendrá como objeto la cobertura de las prestaciones correspondientes a invalidez permanente y muerte, supervivencia derivada de enfermedad común y accidente no laboral, jubilación y servicios sociales. Podrán suscribirlo aquellos trabajadores que causen baja en la Seguridad Social y no queden comprendidos en ningún Régimen de la misma, antes de transcurridos 90 días de la baja. Las cuotas a ingresar variarán según sea el Régimen de la Seguridad Social de que se trate y del coeficiente que corresponda.
- RESOLUCION de 11 de noviembre de 1985, (B.O.E. nº 279) sobre reconocimiento del derecho a asistencia sanitaria de la Seguridad Social en los casos de adopción. El menor confiado a un titular del derecho a asistencia sanitaria, tendrá derecho a recibir dicha prestación durante el tiempo que medie entre la fecha de acogimiento familiar por el adoptante y el momento en que formalmente pase a tener la condición legal de hijo adoptivo.
- RESOLUCION de 12 de noviembre de 1985, (B.O.E. nº 284) por la que se aclaran y

completan las normas relativas a ayudas para la Educación Especial de Disminuídos e Inadaptados para el curso 1985/86.

- REAL DECRETO 2273/1985 de 4 de diciembre, (B.O.E. nº 294) por el que se aprueba el reglamento de los Centros Especiales de Empleo, definidos en el artículo 42 de la Ley 13/1982 de 7 de abril, de Integración Social del Minusválido.
- REAL DECRETO 2274/1985 de 4 de diciembre, (B.O.E. nº 284) por el que se regulan los Centros Ocupacionales para minusválidos.
- REAL DECRETO 2272/1985 de 4 de diciembre, (B.O.E. nº 294) por el que se determinan las aptitudes psicofísicas que deben poseer los conductores de vehículos y por el que se regulan los Centros de reconocimiento destinados a verificarlas.
- REAL DECRETO 2374/1985 de 4 de diciembre, (B.O.E. nº 302) por el que se desarrolla el artículo 57 del Estatuto de los Trabajadores sobre infracciones laborales de los empresarios.
- REAL DECRETO 2364/1985 de 18 de diciembre, (B.O.E. nº 305) por el que se regula el complemento de protección familiar por hijo a cargo en razón de menores ingresos del beneficiario en el sistema de la Seguridad Social. La cuantía de este complemento será de 1.050 ptas. mensuales por cada hijo a cargo y serán beneficiarios:
 - . Pensionistas de la Seguridad Social cuya pensión no sea superior al importe de la pensión mínima por jubilación establecida para los mayores de 65 años en cada momento. (27.490 ptas. en 1985).
 - . Perceptores del subsidio de desempleo.
 - . Desempleados beneficiarios de las prestaciones de asistencia sanitaria.
- ORDEN de 26 de diciembre de 1985, (B.O.E. nº 313), por la que se elevan los valores de las indemnizaciones del Seguro Obligatorio de Viajeros. Se fija en el 1% del precio del transporte, la prima del Seguro Obligatorio de Viajeros y se establecen las cuantías de las indemnizaciones por incapacidad temporal, incapacidad permanente y muerte, aplicables a los accidentes ocurridos a partir de las cero horas del día 1 de enero de 1986.



**SUPER
VALID**
EN:
**EL TRABAJO
DE
LISA**



Sobrenuevas, nº 6 y 7

© JORDI MAS

© JORDI MAS

Lisa prepara unas oposiciones para acceder a un puesto en la administración....

Si lograrse pasar este examen, tendría el futuro asegurado

Lisa ¿quieres comer algo?

No, ahora no, estoy acabando...

¿Qué es lo que hace la nena?...

Está preparando el examen.. ahora vendrá a comer

Esperemos que le den las mismas posibilidades

¿Qué quieres decir?

Pues estando en una silla de ruedas a lo mejor no son muy justos

Pero en el examen solo se miran los conocimientos, y Lisa está preparada

es mejor que esté preparada para una decepción

¡tiene razón!

La madre de Lisa tiene muchas dudas durante estos días con lo de la crisis, la competencia por un puesto de trabajo, hay que estar muy preparado para poder competir.

Y un minusválido tiene que estudiar y prepararse el doble que los demás, porque tiene que luchar contra los prejuicios de otros seres humanos...

¡..FISSSSS...!

Pero la preocupación de la madre de Lisa afecta la hipersensibilidad de super-valid, este se va a la casa de Lisa.

Um... Lisa está preparada, no hay porque estar preocupados

claro está, Lisa está muy preparada, pero en este planeta la solidaridad y la justicia brilla por su ausencia.

¿cómo podrá ayudar a Lisa sin intervenir injustamente en las pruebas?

CONTINUARA...

Sobreruedas, nº 6 y 7

© JORDI MAS