

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

"PROBLEMATICA SOCIAL DEL DISCAPACITADO
DEL MUNICIPIO DE CHIMALTENANGO: ALDEAS
BUENA VISTA Y SAN JACINTO
PROPUESTA DE INTEGRACION DE REHABILITACION
Y EN LA INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL"



En el grado académico de

L I C E N C I A D O

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

Guatemala, febrero 1993

DL
15
†(6/7)

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR: Dr. Juan Alfonso Fuentes Soria
SECRETARIO: Dr. Marco Antonio Quezada Miaz

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

DIRECTOR: Lic. César A. Estrada O.
SECRETARIA: T.S. Miriam Silda Fuentes

CONSEJO ACADEMICO
REPRESENTANTES DOCENTES

LICENCIADA: Rebeca Morán
LICENCIADA: Aracely Quiroa de Gómez
LICENCIADA: Carlota Delgado
LICENCIADA: Amparo Meléndez López
LICENCIADA: Blanca Mercedes Aroche

CONSEJO ACADEMICO
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

BACHILLER EN COMPUTACION: Claudia N. Golcher
MAESTRA DE EDUCACION PRIMARIA: Mayra Elizabeth Mayorga S.
MAESTRA DE EDUCACION PRIMARIA: Lourdes F. Ortiz
BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS: Sandra Verónica López
MAESTRA DE EDUCACION PRIMARIA: María Luisa Pérez B.
PERITO CONTADOR: Mario Rolando Velásquez

TRIBUNAL EXAMINADOR

DIRECTOR: Lic. César A. Estrada O.
SECRETARIA: T.S. Miriam Silda Fuentes
ASESOR: Licda. Aracely Quiroa de Gómez
ASESOR: Dr. Mario Luna de Florán
REVISOR: Lic. Luis Alfonso Beteta V.
COORDINADOR DEL PROGRAMA
ESPECIAL DE LICENCIATURA: Lic. Edgar Flores González

ARTICULO No. 11. "Los autores serán los responsables de las opiniones y criterios expresados en sus obras".
Reglamento del Consejo Editorial de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Guatemala,
12 de octubre de 1992

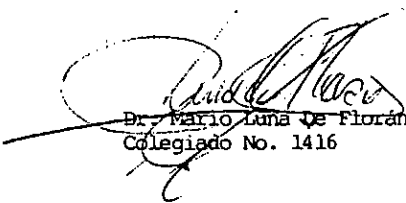
Licenciado
César Augusto Estrada Ovalle
Director Escuela de Trabajo Social
Su Despacho

Lic. Estrada:

Por este medio informo a usted, que en calidad de Asesor de Tesis, he analizado detenidamente el informe final de Investigación, sobre el tema "PROBLEMATICA SOCIAL DEL DISCAPACITADO DEL MUNICIPIO DE CHIMALTENANGO: ALDEAS BUENA VISTA Y SAN JACINTO. PROPUESTA DE INTEGRACION DE REHABILITACION Y LA INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL". Que para el efecto ha elaborado la Trabajadora Social Ana Edelmira Ixcaraguá Chajchalac de Alvarez.

Al respecto me es grato informarle que este trabajo llena los requisitos técnico-profesionales exigidos por esa Unidad Académica, por lo que no dudo en emitir mi dictamen de aprobación a dicho trabajo de investigación para los trámites correspondientes.

Atentamente,



Dr. Mario Luna de Florán
Colegiado No. 1416



ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Edificio 5-1, 5º Nivel
Ciudad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

Teléfonos:
760790-4 y 760985-86-88, Ext.: 288-289

Guatemala,
13 de octubre de 1992


Señor Director
Lic. César A. Estrada O.
Escuela de Trabajo Social
PRESENTE

Señor Director:

Por este medio me dirijo a usted para informarle que he tenido bajo mi asesoría el Trabajo de Tesis de la T.S. Ana Edelmira Ixcaragua Chajchalac de Alvarez con carnet No. 40322. El trabajo en mención se titula: "PROBLEMATICA SOCIAL DEL DISCAPACITADO DEL MUNICIPIO DE CHIMALTENANGO: ALDEAS BUENA VISTA Y SAN JACINTO, PROPUESTA DE INTEGRACION DE REHABILITACION Y LA INTERVENCION DEL TRABAJO SOCIAL" al respecto considero que dicho trabajo llena las calidades de un trabajo de tesis, previo a conferírsele el Titulo de Trabajador Social en el Grado de Licenciado.

Sin otro particular me suscribo atentamente.

" ID Y ENSEÑADA. TODOS "


Licda. Aracely Quiroa de Gómez
ASESORA
Colegiado Activo: 3,816

AQDEG/wdéc
cc. Archivo

DICTAMEN No. 380/92

Guatemala, 24 de noviembre de 1992.

Lic. Edgar Flores
Coordinador
Programa Especial de Licenciatura
Escuela de Trabajo Social
Presente

Estimado Lic. Flores:.

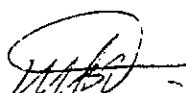
Atentamente me dirijo a usted, con el objeto de hacer de su conocimiento que según resolución emitida por usted, se me nombró revisor del informe de tesis presentado por la Trabajadora Social ANA EDELMIRA IXCARAGUA CHAJCHALAC DE ALVAREZ, sobre el tema titulado: "Problemática social del discapacitado del municipio de Chimaltenango: Aldeas Buena Vista y San Jacinto. Propuesta de integración de rehabilitación y la intervención del Trabajador Social".

Al respecto me permito informarle que procedí a la revisión del informe de investigación, habiendo sugerido correcciones de forma y de contenido, las cuales fueron incorporadas satisfactoriamente par su presentación final.

Por lo que emito dictámen favorable de aprobación para la que la sustentante continúe los tramites correspondientes para la realización de su examen público.

Sin otro particular, me suscribo de usted atenta y respetuosamente.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Lic. Luis Alfonzo Beteta V.
Revisor de Tesis
PEL



ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Edificio 5-1, 9º Nivel
Ciudad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

Teléfonos:
780790-4 y 780985-88-88, Ext.: 888-889

Guatemala,
26 de noviembre de 1992

Licenciado
César A. Estrada Ovalle
Director
Escuela de Trabajo Social
Edificio

Señor Director:

De la manera más atenta me dirijo a usted, adjuntándole para su conocimiento y efecto consiguiente, el Informe Final de tesis: "PROBEMÁTICA SOCIAL DEL DISCAPACITADO DEL MUNICIPIO DE CHIMALTENANGO: ALDEAS BUENA VISTA Y SAN JACINTO. PROPUESTA DE INTEGRACION DE REHABILITACION Y LA INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL," presentado por la estudiante, Ana Edelmira Ixcaragua Chajchalac de Alvarez.

El Dictamen lo rindió favorablemente, el Lic. Luis Alfonso Beteta, en el oficio No. 380/92.

Al agradecerle su atención, quedo deferente servidor.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Lic. Edgar Flores González
Coordinador
Programa Especial de Licenciatura

EGF/grs
cc: archivo





ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Edificio S-1, 2º Nivel
Ciudad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

Teléfonos:
760790-4 y 760985-86-88, Ext.: 288-289

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL. UNIVERSIDAD DE
SAN CARLOS DE GUATEMALA.-----

En vista de los dictámenes favorables que anteceden de la Licenciada Aracely Quiroa de Gómez y Doctor Mario Luna de Florán, como Asesores y Lic. Luis Alfonso Beteta, como Revisor, esta Dirección autoriza la impresión de la tesis - "PROBLEMATICA SOCIAL DEL DISCAPACITADO DEL MUNICIPIO DE CHIMALTENANGO: ALDEAS BUENA VISTA Y SAN JACINTO, PROPUESTA DE INTEGRACION DE REHABILITACION Y LA INTERVENCION DEL TRABAJO SOCIAL", presentada por Ana Edelmira Ixcaraguá Chajchalac de Alvarez, previo a conferírsele el título de Trabajador Social en el grado de LICENCIADO una vez haya sustentado el examen respectivo.

En la ciudad de Guatemala a los treinta días del mes de noviembre de mil novecientos noventa y dos.



CAEO/cdm

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Lic. César A. Estrada O.
Director

TESIS QUE DEDICO

A GUATEMALA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL DEL CAMPUS CENTRAL

AL HOSPITAL NACIONAL DE ORTOPEDIA Y REHABILITACION
"DR. JORGE VON AHN"

AL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, SANTA ROSA

A LAS ALDEAS BUENA VISTA Y SAN JACINTO DEL MUNICIPIO
DE CHIMALTENANGO

A MIS COMPAÑERAS DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL DEL
HOSPITAL DE ORTOPEDIA Y REHABILITACION

A USTED EN ESPECIAL

ACTO QUE DEDICO

A DIOS NUESTRO SEÑOR:

Por ser fuente de sabiduría

A LA VIRGEN DEL ROSARIO:

Agradecimiento infinito por su iluminación
y su intercesión ante Dios nuestro Señor.

A LA MEMORIA DE MIS PADRES:

Jerónimo Ixcaraguá Tezo
Ma. Mercedes Chajchalac López de Ixcaraguá

A MIS HERMANAS

María Imelda
Elvia Josefina
María de Jesús

MUY ESPECIALMENTE A MI
HERMANO:

Lic. Conrado Arturo Ixcaraguá Chajchalac

A MI ESPOSO:

Dr. Juan Armando Alvarez Laguardia

A MIS SOBRINOS EN GENERAL
EN ESPECIAL A:

Daisy Elizabeth
Evelyn Marlene
Verónica del Carmen
Angel Alejandro

A MI SUEGRO:

Ing. José Armando Alvarez Castellanos

A MIS ASESORES:

Licda. Aracely Quiroa de Gómez
Dr. Mario Luna De Florán

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS

I N D I C E

Página

INTRODUCCION

CAPITULO I

1. IMPLICACIONES SOCIALES Y ECONOMICAS DEL DISCAPACITADO EN GUATEMALA 1
 - 1.1 Conceptos: Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía. 2
 - 1.2 Aspecto Socio-Económico 8
 - 1.3 Estructura Urbana y Rural 13

2. CARACTERISTICA GENERAL DE LA ATENCION INSTITUCIONAL DEL DISCAPACITADO EN GUATEMALA 14
 - 2.1 Surgimiento de Instituciones 15
 - 2.2 Instituciones Gubernamentales 16
 - 2.3 Institucion No Gubernamental 19
 - 2.3.1 Fundación ProbieneStar del Minúsvalido (FUNDABIEM) 19

CAPITULO II

3. SITUACION DEL DISCAPACITADO FISICO EN LAS ALDEAS BUENA VISTA Y SAN JACINTO DEL MUNICIPIO DE CHIMALTENANGO 23
 - 3.1 Descripción geográfica del municipio de Chimaltenango. 24
 - 3.1.1 Descripción geográfica de la Aldea Buena Vista. 25
 - 3.1.2 Descripción geográfica de la Aldea San Jacinto 27
 - 3.2 Análisis de atención institucional del discapacitado en la comunidad 35
 - 3.3 Análisis de la participación de la familia y comunidad 39
 - 3.4 Análisis de los recursos disponibles en la comunidad 42
 - 3.5 Análisis de Trabajo Social en la Comunidad 43

CAPITULO III

4.	IMPORTANCIA DE REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD	51
4.1	Antecedentes históricos del proceso de Rehabilitación basada en la Comunidad.	52
4.2	Desarrollo de la Rehabilitación basada en la Comunidad en América Latina.	53
4.3	Definición de Rehabilitación basada en la Comunidad	57
4.4	Quiénes participan en el Programa de Rehabilitación en la Comunidad	60
4.5	Cómo operativizar la Rehabilitación en la Comunidad.	63
4.6	Integración de la persona discapacitada al ambiente familiar y comunitario	64
	4.6.1 Integración en la familia	66
	4.6.2 Integración en la comunidad	67
4.7	Actividad de Trabajo Social en Rehabilitación basada en la comunidad	68
	4.7.1 Qué hace Trabajo Social en el proceso de Rehabilitación	68
	4.7.2 Trabajo Social y Rehabilitación basada en la comunidad	70
	4.7.3 Qué es Rehabilitación Integral	70

CAPITULO IV

5.	INTEGRACION DE REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD	73
5.1	Niveles de Atención	75
5.2	Intervención de Trabajo Social para integrar el componente de rehabilitación basada en la comunidad.	78
6.	PROPUESTA PARA LA INTEGRACION DE REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN SALUD Y LA INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL	80

	<u>Página</u>
6.1 Justificación.	80
6.2 Objetivos Generales	80
6.3 Objetivos Específicos	81
6.4 Programa Operativo de Rehabilitación en la Comunidad.	82
6.5 Organización del Programa	83
6.6 Actividades de Participación de la Comunidad	84
6.7 Participación del Trabajador Social en el Proceso de Rehabilitación basada en la Comunidad	84

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

INDICE DE CUADROS

		<u>Página</u>
CUADRO No. 1	Población total por tipo de invalidez según sexo y grupo de edad, República de Guatemala. 1981.	4
CUADRO No. 2	Número de personas con discapacidad por género según zona.	14
CUADRO No. 3	Problemas de discapacidad que presenta la población investigada de las aldeas Buena Vista y San Jacinto, noviembre 1991.	29
CUADRO No. 4	Edad que presenta la población discapacitada investigada, aldea Buena Vista y San Jacinto, municipio de Chimaltenango.	31
CUADRO No. 5	Problemas afrontados por la población discapacitada investigada, aldea Buena Vista y San Jacinto, municipio de Chimaltenango.	32
CUADRO No. 6	Ocupación de las personas discapacitadas investigadas, aldea Buena Vista y San Jacinto, municipio de Chimaltenango.	34
CUADRO No. 7	Instituciones que brindan atención a los discapacitados investigados, aldea Buena Vista y San Jacinto.	37
CUADRO No. 8	Formas de trabajo por institución investigada.	38
GRAFICAS		
GRAFICA No. 1	Proceso de discapacidad	6

INTRODUCCION

A lo largo de la historia el hombre discapacitado, ha venido levantando barreras físicas y sociales obstaculizadoras de su participación en la sociedad, por naturaleza el hombre ha tratado de reintegrarse a sus actividades familiares, labo-rales y sociales, después de haber sufrido un proceso de dis-minuición provocado por una alteración en su capacidad funcio-nal a causa de discapacidad física, sensorial o mental.

Por ello la problemática de discapacidad física que pre-senta la persona, es producida por trastornos del aparato lo-comotor, o sea el sistema encargado del movimiento de cuerpo, huesos y músculos que impiden participar activamente en los -aspectos económicos y sociales dentro de la sociedad.

Se han realizado estudios sobre discapacidad a nivel de-las distintas disciplinas, principalmente desde el punto de -vista médico, pero con respecto a la problemática social de -la persona discapacitada en el área rural, se ha escrito muy -poco. Razón por la cual se procedió a la elaboración de la -presente investigación, de la siguiente manera:

- Investigación preliminar para conocer y detectar los casos de discapacidad en las comunidades de estudio.
- Visita a hospitales especializados del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en:
 - . Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Jorge Von Ahn".
 - . Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación!

Y como institución privada no lucrativa: Fundación Pro-

bienestar del Minusválido (FUNDABIEM).

De la comunidad en sí: Hospital Regional de Chimaltenango, Centros y Puestos de Salud y la extensión de FUNDABIEM.

Se entrevistó también a médicos especialistas sobre el tema, a trabajadores sociales del área rural y de la ciudad capital. Se tabuló la información recabada, seguidamente se interpretó y analizaron los resultados para integrarlos en cada capítulo.

Pretende además conocer y analizar la situación socioeconómica en la que actualmente vive el individuo en las zonas urbano-marginal y rural de la República de Guatemala, y la intervención profesional de Trabajo Social tomando en cuenta las diferentes instituciones gubernamentales y no gubernamentales que proporcionan atención a la discapacidad, en el campo de estudio y de la ciudad capital.

Sin embargo, se tiene conocimiento que el número de discapacitados ha aumentado por incremento de la población, limitados programas de prevención, mayor número de accidentes por diversa índole, desmedida violencia, aumento en la expectativa de vida y la situación económica precaria.

Los daños resultantes van desde la deficiencia hasta la minusvalía, que afecta directamente al paciente, familia y sociedad; los efectos negativos de estas tendencias obstaculizan seriamente el proceso de desarrollo; es necesario poner en relieve los problemas de las discapacidades en los países tercermundistas. La Organización Mundial de la Salud estima-

a nivel mundial alrededor del 10% de la población padece algún tipo de incapacidad (este porcentaje oscila entre el 7% y 10% por diversas razones de orden estadístico), ya que en su mayoría viven en zonas rurales aisladas, situación que agudiza aún más la extrema pobreza que se vive en la actualidad, - en donde los servicios de salud son escasos o faltan y la discapacidad no se descubre y nunca podrá ser descubierta a tiempo.

Con la presente investigación se pretende alcanzar los - objetivos siguientes:

General:

- Conocer la problemática e implicaciones de carácter social- y económico del discapacitado físico en el área rural.

Específicos:

- Detectar los casos de discapacidad y tratamiento recibido - en las aldeas Buena Vista y San Jacinto del municipio de - Chimaltenango.
- Conocer las causas, efectos e implicaciones de la discapaci- dad.
- Conocer las condiciones de vida, fuentes de trabajo, ingre- sos económicos y actitudes asumidas por la familia y comuni- dad.
- Conocer las limitaciones que el profesional de Trabajo So- cial comunitario confronta en las instituciones públicas - que atienden el problema de discapacidad.
- Promover la integración de rehabilitación basada en la comu- nidad en el primer nivel de atención primaria de salud y la intervención de Trabajo Social para proporcionar un mejor -

servicio al discapacitado físico.

Luego también es importante dar a conocer las hipótesis-particulares de la investigación:

1) La mayor concentración de servicios institucionales especializados se ubica en el área metropolitana limitando el acceso y prestación de servicios a la población discapacitada rural, lo que trae como consecuencia baja cobertura, mayor incidencia y la no participación de la familia en el proceso de rehabilitación.

2) El nivel de vida de la persona discapacitada en las zonas-rurales es afectada económica y socialmente, en donde la economía familiar se basa en la agricultura u otra actividad propia de la comunidad, lo que trae como resultado falta de fuentes de trabajo, bajos ingresos, mala alimentación y actitud -negativa dentro de la familia y comunidad.

El presente trabajo de tesis consta de cuatro capítulos-en los cuales se analiza:

El primer capítulo, describe las implicaciones sociales-y económicas, características generales de la atención institucional estatal y privada (no lucrativa) del discapacitado,-con énfasis en el área rural de Guatemala.

El segundo capítulo, contempla la situación del discapacitado físico en las aldeas Buena Vista y San Jacinto del municipio de Chimaltenango; describiendo geográficamente ambas-comunidades, analizar la atención institucional, la participa

ción de la familia y comunidad, los recursos humanos, materiales e institucionales disponibles y por último cómo interviene Trabajo Social en las comunidades investigadas.

El tercer capítulo, da a conocer la importancia de la rehabilitación basada en la comunidad, conteniendo antecedentes históricos, conceptos y definiciones de rehabilitación en la comunidad, quienes participan en el programa, cómo operativizarlo en cada comunidad, integración de la persona discapacitada al ambiente familiar, laboral, social y comunitario, así como dar a conocer las actividades de Trabajo Social para el programa de "rehabilitación basada en la comunidad".

El cuarto capítulo, contiene lineamientos básicos para la propuesta del componente de rehabilitación basada en la comunidad y su integración en el primer nivel de atención primaria de salud y la intervención del profesional de Trabajo Social.

Las conclusiones servirán para verificar las hipótesis y objetivos específicos planteados en el presente estudio de investigación y por último las recomendaciones que se espera sean tomadas en cuenta para el accionar del trabajador social en proporcionar una mejor atención al paciente que sufre discapacidad con mayor énfasis a nivel rural.

Este trabajo de tesis tiene como propósito constituirse en un aporte para nuestra profesión y de otros profesionales de las ciencias sociales.

CAPITULO I

1. IMPLICACIONES SOCIALES Y ECONOMICAS DEL DISCAPACITADO EN GUATEMALA.

Este capítulo describe la situación socioeconómica de manera muy general del discapacitado en Guatemala, concepto de deficiencia, discapacidad y minusvalía, las instituciones y sus características similares de la atención gubernamental y no gubernamental del área urbana y rural, para concluir como vive actualmente la persona con discapacidad; tomando en cuenta el objetivo general propuesto en la investigación en: "Conocer la problemática e implicaciones de carácter social y económico del discapacitado físico en el área rural".

En base a la importancia que tiene, la obtención de datos reales sobre la magnitud de la discapacidad y su repercusión socioeconómica en Guatemala, no se ha podido establecer con claridad el problema debido a la falta casi absoluta de datos estadísticos, falta de información y conocimiento que se tiene del origen, causas, efectos e implicaciones sociales y económicas que produce la discapacidad en el individuo, así como el incumplimiento de los reportes obligatorios que de los procesos discapacitantes o minusválidos (enfermedades, accidentes y sus secuelas) debiera existir.

Sin embargo, se tiene conocimiento que el número de discapacidades ha aumentado, por el incremento de la población, limitados programas de prevención, mayor número de accidentes por diferente índole, violencia, situación socioeconómica, etc. Se considera por ello un aporte importante del trabajo de investigación para desarrollar por parte del Ministerio de Salud, un programa nacional específico en los diferentes -

tipos de discapacidad con énfasis en "rehabilitación basada en la comunidad"; el cual tendrá un tratamiento especializado orientación y capacitación que permitirá al individuo su auto desarrollo, ser persona útil y productiva a la sociedad.

La discapacidad física presenta en la persona trastornos del aparato locomotor o sea la dificultad que se tiene en el movimiento del cuerpo, huesos y músculos; el cual impide en el hombre participar activamente en las actividades económicas y sociales de la familia y comunidad. Partiendo de los conceptos emanados por la Organización Mundial de la Salud dice que:

Deficiencia-----Discapacidad-----Minusvalía

1.1 Concepto Deficiencia.

Es toda pérdida o anomalía de función psicológica, fisiológica o de estructura anatómica.

Discapacidad: Es toda restricción o pérdida (resultante de una deficiencia) de la habilidad para desarrollar una actividad en la manera considerada normal para un individuo.

Minusvalía: Es la desventaja de una persona como resultado de una deficiencia o discapacidad que limita e impide el total desarrollo de su rol normal (dependiendo de la edad, sexo y factores socioculturales) para el individuo.

El proceso de discapacidad es un concepto que describe los cambios en las funciones y roles sociales resultantes de una condición patológica. Las deficiencias, discapacidades y

minusvalías pueden ser de corta o larga duración, reversible o permanente. Las causas varían según el caso, así como la frecuencia y las circunstancias de discapacidades que son el resultado de las diferentes situaciones socioeconómicas y las disposiciones que cada sociedad adopta para lograr el bienestar de su población.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima a nivel mundial alrededor del 10% de la población sufre algún tipo de incapacidad (este porcentaje oscila entre el 7% y 10% por diversas razones de orden estadístico). Y Guatemala no siendo excluyente del problema, puede apreciarse a continuación según censo de 1981, los tipos y población que evidencian alguna discapacidad en el Cuadro No. 1:

CUADRO No. 1

POBLACION TOTAL POR TIPO DE INVALIDEZ SEGUN SEXO
Y GRUPOS DE EDAD, REPUBLICA DE GUATEMALA, 1981

TOTAL POBLACION	Sin Impe dimento	Con Impe dimento	Ceguera	Sordo mudos	Paralítico	Amputado	Retraso Mental	Otros
(Hombres/mujeres desde menores de 1 año a 85 y más) 6,054,227	5,986,625	67,602	11,229	10,263	8,704	7,121	10,197	20,586
TOTAL - HOMBRES (Hombres desde menores de 1 año a 85 y más) 3,015,826	2,974,993	40,833	5,994	5,563	5,052	5,625	5,769	13,106
TOTAL - MUJERES (Mujeres desde menores de 1 año a 85 y más) 3,038,401	3,011,632	26,769	5,235	4,700	3,652	1,496	4,428	7,480

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, IV Censo de habitación y IX de población, 1981.

Una evaluación realizada posteriormente, utilizando métodos demográficos estimó que la omisión censal en esta oportunidad correspondió al 15.1% de los hombres y al 12.4% de las mujeres, o sea al rededor de 13.7% de la población total. Siendo así, el verdadero número de discapacitados podría haberse estimado en ese entonces en 78,600 personas.

Proceso de discapacidad en el individuo:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1976, comienza a analizar la relación entre los factores que conducen a una pérdida o disminución en una función, por ello los términos deficiencia, discapacidad y minusvalía se usan para describir las consecuencias de daño. En general el diagnóstico define las condiciones patológicas causadas por enfermedades (accidentes, malformaciones congénitas, etc), que ofrece muy poca información acerca de las consecuencias que pueden ser de larga duración e irreversibles que dificulta el desarrollo normal de las funciones de la vida diaria o bien limitan las posibilidades de participar en actividades sociales dentro de la familia y comunidad.

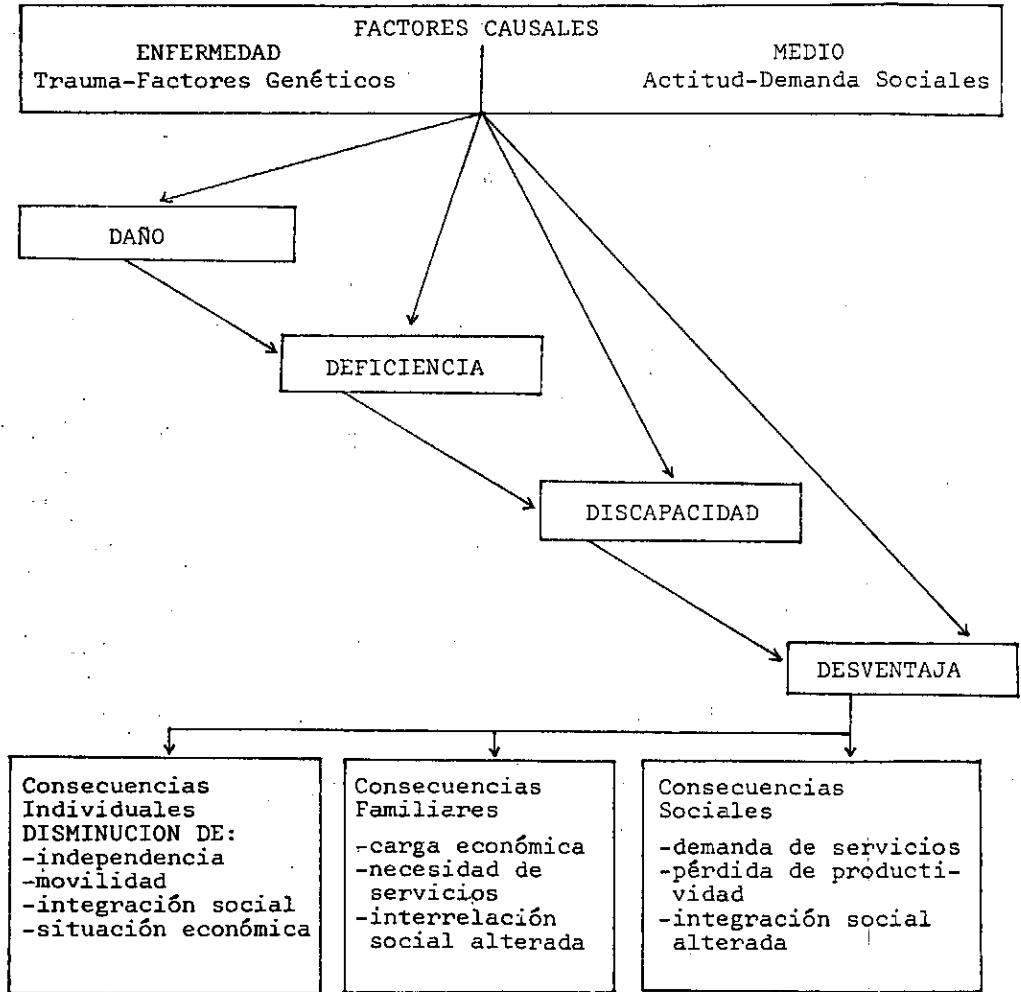
Las causas que provocan discapacidad locomotora, objeto del presente estudio de investigación son:

Traumáticas: Son las causas a factores que dañan el cuerpo humano, provocando alteraciones en cabeza, columna, huesos, músculos, etc.; producidos por accidentes de trabajo, de tránsito, violencia o desastres naturales.

Genéticos: Son las causas adquiridas degenerativas que se nace con la enfermedad, por alteraciones producidas en la etapa fetal, lo cual tendrá como efecto una discapacidad y sus consecuencias individuales, familiares y sociales, que se señalan en el cuadro siguiente:

GRAFICA No. 1

"Proceso de Discapacidad"



(1)

(1) Montero Mejía, Federico. "Taller de Rehabilitación Basada en la Comunidad". Costa Rica, mayo 1988, pag. 8 al 12.

Hasta ahora en Guatemala, como en todos los países de América Latina, la atención a las personas discapacitadas se hace por medio de instituciones especiales estatales y privadas no lucrativas, que no responden a las necesidades reales de la población. Las condiciones de atención a la problemática social de discapacidad es de gran proporción a nivel mundial porque limita o impide el total desarrollo del individuo y su efectiva integración laboral, familiar y social. Sin embargo la realidad nuestra del concepto de discapacidad por parte de la familia y algunos sectores de la sociedad, es ser digno de lástima y vivir de la caridad pública, según este criterio poco o nada puede hacerse para ayudar en el desarrollo de sus facultades con el fin de mejorar las condiciones de vida.

Es importante que la población discapacitada cuente con un programa de rehabilitación que permita disminuir las consecuencias y ofrezca la posibilidad de incorporarse a su medio ambiente de manera efectiva para proporcionar un mejor servicio al área rural en las fases fundamentales de: Prevención, Rehabilitación e Integración. Lamentablemente la falta del programa específico en rehabilitación a nivel nacional, la falta de coordinación de las instituciones que atienden casos de discapacidad, la falta de políticas, la inadecuada utilización de recursos técnicos profesionales, los limitados programas preventivos, el poco personal capacitado y el desconocimiento de la realidad del discapacitado, contribuye cada día que éste problema social persista y el trabajo que se realiza es únicamente un servicio paliativo y no una solución al problema.

Sin embargo, la sociedad se ocupa de los individuos que-

se encuentran en plena posesión de todas sus facultades físicas y mentales; pese a los esfuerzos que se hagan en materia de prevención, siempre existirá un número de personas con deficiencias y discapacidades, las que no reciben ningún tipo de atención para identificar y eliminar obstáculos a su plena participación. También el sistema escolar debe ser de manera normal sin distinción alguna, al igual el trabajo será con iguales oportunidades por medio del empleo abierto para que toda persona discapacitada sea capaz de desempeñar un oficio, contribuyendo al progreso de la nación.

1.2 Aspecto Socio-Económico

Guatemala es un país precapitalista, eminentemente agrícola, con incipiente industria, escaso desarrollo, demografía predominantemente joven, con altos índices de crecimiento, que reflejan enormes desproporciones de grandes núcleos de población que condicionan un panorama de morbi-mortalidad siendo el grupo infantil el más afectado.

Mientras se continúe dentro del subdesarrollo, no se originen cambios de estilo de vida, transformación de estructuras y relaciones sociales; la economía del país será deficiente acentuándose más en las zonas rurales donde la mayor concentración de tierra se encuentra en pocas manos, vendiendo su fuerza de trabajo, la explotación crece cada vez más, no reciben el salario mínimo establecido, las fuentes de trabajo son precarias y además se les tiene en condiciones indignas.

La problemática de salud y la situación socioeconómica están íntimamente vinculadas, la población se halla atrapada-

en el círculo de la pobreza, mal nutrición, que trae consigo enfermedad y desesperación porque reduce la capacidad de trabajo y limita sus posibilidades de planificar en el futuro.

En este sentido la población discapacitada se encuentra padeciendo de un clima de inseguridad social, económico y psicológico.

El concepto de discapacidad se aplica a las funciones sociales y económicas de las personas con deficiencia o impedimento cuyo desempeño las coloca en situación de desventaja -- respecto a las demás personas; tal desventaja es consecuencia de la interacción de la persona, el medio ambiente y la cultura a la que pertenece.

El derecho a la salud a nacer sano, a no ser discapacitado es, indudablemente, un derecho de todo ciudadano. No se puede pensar en salud sin un desarrollo económico que origine cambios en la tenencia y producción, porque la salud es una consecuencia del ingreso ya que sin salud no hay salario, -- puesto que la seguridad social cubre escasamente a una pequeña parte de la población. La crisis económica y política para el sector salud ha reducido la disponibilidad de recursos, el incremento de la extrema pobreza y el deterioro de las condiciones de vida, han afectado negativamente las condiciones de salud de los grupos de mayor riesgo social y económico, cada vez va empeorando el perfil epidemiológico de enfermedad y muertes prevenibles junto a la incidencia de enfermedades crónicas, transmisibles y la desnutrición productora de discapacidades. Es importante que el individuo discapacitado disfrute también de buena salud para satisfacción de sus necesida--

des básicas y a medida que las poblaciones se beneficien con justos salarios, se estará contribuyendo en mejorar la salud y ser entes productivos en el desarrollo del país.

Guatemala posee una de las más altas tasas de analfabetismo en América Latina, que está sobre el 50% para 1990, - siendo necesario definir nuevas políticas a todo nivel y acordes a la realidad que se vive actualmente para hacer llegar - la educación a todas partes de la nación.

La discapacidad representa para la sociedad un sentimiento de lástima, una compasión que influye negativamente en las relaciones interpersonales, originando en la persona miedo, - ansiedad y deficiencia en su desarrollo emocional ya que tiene derecho ser educado física, mental y emocionalmente para - hacer realidad la política de bienestar social y económico de la ciudadanía guatemalteca.

La vivienda en el área urbana y rural es deficiente porque no llena los requisitos indispensables, se caracterizan - por una densidad de ocupación que las califican en condiciones de hacinamiento, en donde el 90% viven en malas condiciones. La estructura física y la disposición del espacio resulta inadecuada para la libre movilidad de la persona discapacitada ya que la vivienda se concreta en su mayoría a un pequeño cuarto donde habita una familia numerosa, por tal situación no existe suficiente espacio para desplazarse con libertad y realizar actividades cotidianas.

La tenencia de la tierra, su calidad y la ubicación de - la vivienda son limitantes desfavorables que afectan al pa---

ciente para integrarse al medio ambiente; por ejemplo una persona que utiliza aparatos ortésicos, muletas o silla de ruedas le será difícil movilizarse de un lugar a otro, obstáculos que interfieren en la rehabilitación social.

La crisis actual económica afecta la población en general agudizando las condiciones del discapacitado en este aspecto; si a esto se agrega las pocas fuentes de trabajo, los salarios reducidos y los problemas propios de la economía como el alto índice inflacionario y la recesión económica que involucran elevación desmedida de los precios de bienes de consumo popular y la reducción de puestos de trabajo se tiene un cuadro completo de dificultades que enfrenta para cumplir su responsabilidad económica.

La problemática de buscar sustento familiar recae en la cónyuge, teniendo que enfrentar el reto de la situación creada, tratando de conseguir un empleo cuya calidad será acorde al grado de calificación ocupacional.

Esta situación crea más conflicto para el discapacitado físico ya que se ve obligado a capacitarse en otra ocupación y poder subsistir.

Se niega la oportunidad de empleo a muchas personas afectadas por diferente discapacidad a pesar que se ha demostrado que con una adecuada labor de evaluación, capacitación y colocación, puede realizar de manera conforme una amplia gama de tareas adaptándolo a sus necesidades.

A medida que las familias se desplazan de las regiones -

rurales hacia centros urbanos, se produce desintegración, se agudiza la falta de oportunidades de trabajo, enfrenta una fuerte competencia al buscar empleo y no encuentra; muchas de estas personas discapacitadas se ven forzados a la inacción y pasan a ser dependientes y otros han de recurrir a la mendicidad pública.

La familia y la comunidad, es un aspecto esencial de la experiencia humana, el derecho a iguales oportunidades de participación está bien definido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y se debe aplicar a todas las personas, sin excluir a las afectadas por discapacidad. La realidad es otra, ya que suele negarse la oportunidad de participar plenamente en las actividades del sistema sociocultural en que viven. La exclusión se manifiesta en barreras físicas y sociales producidas por ignorancia, indiferencia y temor.

Con frecuencia las actitudes y los hábitos llevan la exclusión de la persona discapacitada en la vida social y cultural; la sociedad tiende a evitar el contacto y la relación personal. A muchos de ellos se les discrimina y la medida con que se les rechaza causa problemas psicológicos y sociales.

La experiencia nos ha demostrado que es el medio en gran parte el que determina el efecto de una situación discapacitante en la vida diaria del paciente, negándole la oportunidad de ser parte importante en la sociedad.

La falta de información y desconocimiento que se tiene de la discapacidad de la familia y comunidad, contribuye en

adoptar actitudes de sobreprotección que imposibilita cuidarse a sí mismo y depender de la ayuda externa. Motivo por el cual debe difundirse información de las causas de discapacidad, sus posibilidades de prevención y tratamiento especializado con el propósito de aumentar los conocimientos y la conciencia ciudadana acerca de estos problemas, con el objeto de suprimir obstáculos que impiden la participación activa de la persona con discapacidad.

1.3 Estructura Urbana y Rural

La mayoría de la población guatemalteca reside en el área rural. Un alto porcentaje de la población es indígena. En los últimos años se ha dado una fuerte concentración de personas en la ciudad capital, provocando el aumento de áreas marginales, desempleo y daño al medio ambiente.

La crisis económica actual ha frenado el desarrollo del país, pues los índices de pobreza va aumentando con secuelas de desnutrición, analfabetismo y graves problemas sociales en la ciudad como en el campo.

Según la Organización Mundial de la Salud, estima para cada país un 10% de la población padece alguna discapacidad o minusvalía.

El Instituto Nacional de Estadística en nuestro país, estima para 1991 alrededor de 9,500,000 habitantes; si se aplica este criterio de la OMS existiría a la fecha el 10%, o sea 950,000 personas con discapacidad, sin tomar en cuenta los deastres naturales que han dejado un fuerte número de muertes-

y discapacidades.

Sin embargo, los datos encontrados para este estudio, son totalmente diferentes; como apreciarse en el siguiente cuadro No. 2.

Número de personas con discapacidad por género según zona.

Area	Hombres		Mujeres	
	Valor Absoluto	Valor Relativo	Valor Absoluto	Valor Relativo
Rural	32,843	80.43%	21,284	78.06%
Urbana	7,990	19.57%	5,980	21.94%
Total	40,833	100.00%	27,264	100.00%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

Según este cuadro, las personas con discapacidades es el 68,097 que representa el 1.11% de la población total estimada en 1987 (INE).

Guatemala no cuenta con un dato exacto y confiable de la cantidad de personas con discapacidades por lo que es necesario trabajar con datos aproximados.

2. CARACTERISTICA GENERAL DE LA ATENCION INSTITUCIONAL DEL DISCAPACITADO EN GUATEMALA

Con la finalidad de tener un claro conocimiento de las -

instituciones gubernamentales y no gubernamentales que se dedican a la atención de la discapacidad y minusvalía en el país, a continuación se describe brevemente las características similares e información general de las tres instituciones investigadas en el presente estudio:

- Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Jorge Von Ahn".
- Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación.
- Fundación Probienestar del Minusválido.

2.1 Surgimiento de Instituciones.

Las acciones realizadas en el campo de la rehabilitación física se inician con la creación del antiguo Asilo de Inválidos en el año 1914, que consistió en darle albergue a personas inválidas que deambulaban por las calles y que fueran llevadas a ese lugar por la familia. En 1952 se transformó en Centro de Recuperación No. 1, donde ya se contaba con departamento de fisioterapia y realizaba procedimientos quirúrgicos. Luego en 1985 fue nombrado como Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Jorge Von Ahn", cambiando totalmente su filosofía.

En cuanto a las acciones realizadas en el campo de fisioterapia, se inician el 10 de julio de 1933 con la creación del primer servicio de fisioterapia en el Hospital General "San Juan de Dios"; en el año 1948 se pone al servicio el Centro de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. En 1955 se crea el Instituto de Rehabilitación Infantil y Clínica de Poliomiélitis, y en 1957 surge el departamento de Medicina Física del Hospital Militar.

En 1956 se funda la Asociación Guatemalteca de Rehabilitación de Lisiados (AGREL), cuyo propósito para los cuales fueron creados han variado según las necesidades de los pacientes atendidos y población en general del país.

En 1981 se celebró "Año Internacional de los Impedidos", creándose para entonces una Comisión Nacional de los Impedidos (CONACI), cuyo objetivo es estudiar la problemática de los discapacitados y coordinar todas las acciones con las instituciones especializadas, promoviendo la investigación y prevención para evitar mayor incidencia en las distintas discapacidades del hombre, y en 1983 CONACI obtiene su personería jurídica.

2.2 Instituciones Gubernamentales.

2.2.1 Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Jorge Von Ahn".

Breve descripción de la Institución:

El Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación es una institución que depende del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, cuenta con un área de 10,000 varas cuadradas y dentro de la misma existen edificios antiguos, modernos y aún en construcción.

Su Política:

Es la atención especializada en Ortopedia y Rehabilitación a pacientes afectados del aparato locomotor o sea el sistema encargado del movimiento del cuerpo, huesos y músculos. Para su funcionamiento está dividido en dos áreas:

- a) Area de Ortopedia
- b) Area de Rehabilitación

Cuenta además con atención por consulta externa, con horario de 7:00 a 15:30 horas de lunes a viernes, donde se atiende un promedio de 75 pacientes diarios. Asimismo cuenta con apoyo técnico, de personal profesional y auxiliar de enfermería, de acuerdo a la especialización.

Es de hacer notar que únicamente la institución actúa como Centro Nacional de Referencia, hospitalizando a niños y adultos de cualquier parte de la República.

Cinco principales causas de consulta en el área de Ortopedia:

- 1) Luxación congénita de cadera
- 2) Pie equino varo
- 3) Secuelas de poliomielitis
- 4) Escoliosis
- 5) Pie cavo

Cinco principales causas de consulta en el área de Rehabilitación:

- 1) Parálisis cerebral
- 2) Paraplejía (lesiones medulares)
- 3) Cuadriplejía (lesiones medulares)
- 4) Guillian Barre
- 5) Hemiplejía (accidente cerebro vascular, traumatismo craneo encefálico).

Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación

Breve descripción de la Institución:

El Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación es una institución que depende del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Fue fundada hace 30 años por el Dr. Miguel Angel Aguilera; la población que atiende es de 0 a 12 años, de cualquier parte de la República y principalmente del área rural.

Su política:

Es la atención especializada de enfermedades infectocontagiosas y discapacitantes de la República de Guatemala.

Su funcionamiento está dirigido únicamente a la población infantil, el cual se divide en dos áreas:

- a) Enfermedades de Infectología
- b) Rehabilitación Física

Cuenta también con atención por consulta externa, que funciona con horario de 8:00 a 16:30 horas, de lunes a viernes. Tiene apoyo técnico de personal profesional, paramédico, terapia física, terapia ocupacional, talleres de prótesis y ortesis, y además trabaja coordinadamente con el Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación.

Causas principales de consulta:

- Secuelas de poliomiелitis
- Secuelas de meningitis
- Secuelas de encefalitis
- Síndrome de Guillian Barre
- Tétanos, etc.

Algunos casos en menor cantidad:

- Retraso psicomotor
- Meningocele
- Parálisis cerebral
- Síndrome de Down

2.3 Institución No Gubernamental

2.3.1 Fundación Probienestar del Minusválido (FUNDABIEM)

Breve descripción de la Institución:

La Fundación Probienestar del Minusválido, es una entidad no gubernamental (no lucrativa), dedicada a la satisfacción de las necesidades de las personas discapacitadas. Cuenta con edificio nuevo e inaugurado en febrero del año 1989.

Su política:

Atención a niños y adolescentes con minusvalía.

La población que atiende está comprendida de 0 a 15 años proporcionando únicamente atención por consulta externa ya que el servicio es ambulatorio, funcionando con horario de 7:30 a 13:30 horas, de lunes a viernes. Cuenta con apoyo técnico profesional y paramédico.

Para cumplir con el objetivo de satisfacer las necesidades de las personas minusválidas FUNDABIEM ha creado extensiones con programas de rehabilitación integral en:

- Quetzaltenango, Chimaltenango, Cobán, Chiquimula, Jalapa y la central en la ciudad capital, desarrollándose el componente de rehabilitación basada en la comunidad.

Causas principales de consulta:

- Parálisis cerebral
- Secuelas de poliomielitis
- Secuelas de mielomeningocele
- Retraso psicomotor
- Hemiplejías
- Afasia
- Síndrome de Down
- Encefalopatías
- Pies zambos, etc.

Se investigó solamente como entidad no gubernamental FUN DABIEM, por la atención directa de rehabilitación física que proporciona al paciente discapacitado y por el tipo de coordinación que existe con los dos hospitales antes mencionados.

En síntesis se puede decir, que Guatemala es un país pre capitalista, agrícola, con demografía predominantemente joven la mayoría de la población reside en el área rural, con porcentaje alto de indígenas y actualmente la crisis económica - ha frenado el desarrollo del país, aumentando los índices de pobreza y problemas socioeconómicos graves en la ciudad como en el campo.

Situación que afecta severamente a la población discapacitada por encontrarse en un ambiente de inseguridad social, económico, educativo, desempleo, etc., que los coloca en desventaja respecto a las demás personas, por el medio ambiente y la cultura al cual pertenecen.

Por lo que se considera que las implicaciones sociales-- y económicas del discapacitado físico en nuestro país obstacu

liza el total desarrollo del individuo para su rehabilitación e integración social.

Asimismo, la falta de información y desconocimiento en torno a la discapacidad por parte de la familia, comunidad y discapacitado constituye a adoptar actitudes de aislamiento social, de sobreprotección que limita su independencia y auto desarrollo.

Siendo entonces el Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación y el Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación, los que cubren un 85% de la población discapacitada de la República de Guatemala, perteneciendo el 15% al Instituto de Seguridad Social por los beneficiarios y afiliados.

Después de analizar la situación social y económica, conocer la atención que proporcionan las instituciones gubernamentales y no gubernamentales se consideró necesario investigar la problemática del discapacitado en el área rural, especialmente en las aldeas Buena Vista y San Jacinto del municipio de Chimaltenango, detectando los casos en cada una de ellas y conocer el tipo de discapacidad y tratamiento médico-recibido, el cual se desarrolla en el siguiente capítulo.

CAPITULO II

3. SITUACION DEL DISCAPACITADO FISICO EN LAS ALDEAS NUEVA VISTA Y SAN JACINTO DEL MUNICIPIO DE CHIMALTENANGO

La presencia de enfermedades discapacitantes y sus secuelas que dejan, representa para el país una problemática social que afecta el proceso de desarrollo de Guatemala. Por otra parte, la sociedad aisla y margina a este grupo de personas que padecen alguna discapacidad, al no permitirles ser parte de la fuerza socioeconómica del país.

La falta de información sobre datos estadísticos fehacientes a nivel nacional, concentración de instituciones y recursos (humanos, materiales y económicos), dejan al margen sin atención a la población rural, exceptuando FUNDABIEM que ofrece atención curativa especializada en cinco departamentos de la República.

Motivo por el cual se decidió realizar el trabajo de investigación en las aldeas Buena Vista y San Jacinto del municipio de Chimaltenango, que son comunidades rurales indígenas que desconocen la realidad de las causas y efectos productores de un daño discapacitante, el cual impide al individuo su rehabilitación e integración en la comunidad y por ende ser útiles a la sociedad.

Este capítulo se inicia con la descripción geográfica de la cabecera departamental de Chimaltenango y aldeas en estudio, para conocer las comunidades en los aspectos de población total, antecedentes históricos, costumbres, tipos de cultivos, situación geográfica, tipo de atención que recibe la persona discapacitada en el área rural, instituciones gubernamentales

mentales y no gubernamentales, participación de la familia y comunidad, recursos disponibles y participación del trabajador social; para cumplir con los objetivos específicos de investigación en: 1) Detección de casos con discapacidad y tratamiento recibido en las comunidades, y 2) Conocer las causas, efectos e implicaciones de discapacidad.

3.1 Descripción geográfica del municipio de Chimaltenango.

Chimaltenango, municipio del departamento de Chimaltenango, colinda al Norte con San Martín Jilotepeque; al Este con El Tejar (Chimaltenango) y San Juan Sacatepéquez (Guatemala); al Sur con San Andrés Itzapa y Parramos (Chimaltenango) y Pastores (Sacatepéquez); al Oeste con Zaragoza, Comalapa y San Martín Jilotepéquez (Chimaltenango).

La ruta nacional No. 1 que de la capital conduce a Occidente, atraviesa el municipio pasando por su cabecera que es la del departamento; cuenta con carreteras municipales para todos los municipios. Los poblados están también unidos entre sí, por medio de caminos de herradura y veredas. Sobre la Ruta Nacional No. 1, Chimaltenango está aproximadamente a 52 kilómetros de la capital.

La Dirección General de Caminos tiene un punto de referencia establecido en el parque de la Cabecera, a 1,800.17 metros sobre el nivel del mar, latitud de 14° 39' 20", longitud 90° 49' 20".

Cuenta con una población estimada para 1990 de 334,109 habitantes, según IV Censo de 1981, distribuido de la siguiente manera: área urbana 132,599 habitantes, área rural 291,510

habitantes. El departamento cuenta con 16 municipios: Acatenango, Comalapa, Chimaltenango, El Tejar, Parramos, Patzicía, Patzun, Pochuta, San Andrés Itzapa, San José Poaquil, San Martín Jilotepeque, Yepocapa, Santa Apolonia, Santa Cruz Balanyá, Tecpán y Zaragoza.

La feria titular es en honor a Santa Ana, patrona del -- pueblo que celebran del 23 al 27 de julio de cada año. La - lengua indígena predominante es el cakchiquel. Etimológica-- mente: del mexicano Chimal = escudo, broquel o rodela; por - haber sido una plaza militar fortificada, llamada Chimaltenango con traducción de muralla de escudos o rodelas. Era una - ciudad importante del reino cakchiquel, de donde vino el nombre indígena de Bocob, que se hace constar en documentos indígenas que relatan su conquista en el año de 1,300.

La cabecera goza de un clima templado y la rodean pequeñas colinas y profundos barrancos, ocupando gran parte de las llanuras del renombrado Valle del Tianguesillo o mercado de - los indios. Sus principales ríos son: Coyolate, Madre Vieja, Pixcayá y el río Grande o Motagua.

El municipio de Chimaltenango cuenta con dos aldeas, según IV Censo de 1981: Buena Vista y San Jacinto, comunidades rurales investigadas en el presente trabajo y que a continuación se describen.

3.1.1 Descripción geográfica de la Aldea Buena Vista.

Buena Vista, aldea del municipio de Chimaltenango, se encuentra localizada a un kilómetro de la cabecera; su carretera en la parte del centro es asfaltada ya que atraviesa la Ruu

ta Nacional No. 1 que de la capital conduce a Occidente; generalmente sus calles son de tierra, transitables en cualquier época del año, afectando únicamente un poco en invierno. La aldea cuenta con una sola escuela por encontrarse muy cerca a la cabecera, no existe iglesia católica ya que se encuentra ubicada muy cerca del municipio de Chimaltenango; sí hay una iglesia protestante, no cuentan con servicios de salud y de ninguna índole.

Su clima es templado, los cultivos que se cosecha con más frecuencia son: maíz, frijol, trigo y alguna variedad de frutas. La mayor parte de la población se dedica a la fabricación de textiles y tejidos a mano que es la elaboración de los majestuosos trajes típicos que resaltan lo autóctono de la comunidad indígena.

Las viviendas se encuentran construidas de adobe, madera y block; se abastecen de agua potable con tres pilas públicas, siendo muy pocas las casas que cuentan con agua directa; no tienen drenajes, ni disposición de escretas, el servicio de letrinización existe en poca cantidad y en su mayoría utilizan el servicio al aire libre; algunos de los habitantes se dedican a la crianza de animales domésticos ya sea para consumo propio o para venta, para contribuir al sostenimiento del hogar. La comunidad cuenta con diez tiendas misceláneas, se abastecen de energía eléctrica las personas que cuentan con posibilidades económicas, no cuentan con áreas verdes ni bosques.

La aldea Buena Vista posee una población de 2,353 habitantes, estimado para el año 1990 según IV Censo de 1981; la-

lengua que predomina es la cakchiquel. Dentro de su organización se encuentran alcaldes auxiliares y un comité de desarrollo local; sus actividades sociales son las que se celebran en la cabecera departamental por encontrarse bastante cerca.- La mayor parte de la población se dedica a la agricultura por cuenta propia, fabricación de trajes típicos hechos por telares especiales, servilletas y todo artículo que se vende fuera del perímetro del departamento.

3.1.2 Descripción geográfica de la aldea San Jacinto.

San Jacinto, aldea del municipio de Chimaltenango, se encuentra localizada a una distancia de 9 kilómetros de Chimaltenango, su carretera es de tierra y en mal estado, sus calles son de tierra con pendientes peligrosas para la comunidad, los vehículos transitan en toda la época del año y tienen servicio de camioneta extraurbana.

Su clima es templado, los cultivos que cosechan son: Maíz, frijol, garbanzo, haba, trigo y variedad de frutas; esta población también se dedica a elaborar tejidos típicos hechos con telares, los cuales venden a nivel de departamento, nacional e internacional.

Las viviendas se encuentran construidas de material: adobe, block, lámina, madera y bajareque, se abastecen de agua potable, con tres pilas públicas, algunas cuentan con agua dentro de la vivienda, no tienen drenajes, ni disposición de escretas, el servicio de letrización es limitado, cuentan algunos hogares con crianza de animales domésticos para consumo propio o para la venta. La comunidad cuenta con seis tiendas misceláneas, realizando sus compras en la cabecera, cuen-

tan con energía eléctrica y es utilizada de acuerdo a sus posibilidades económicas de la población, no tiene áreas verdes y cuentan con bosques de donde se extrae el pino y roble.

San Jacinto tiene una población de 616 habitantes, estimada para el año 1990 según Censo de 1981; su lengua es la cakchiquel, se encuentra organizada por alcaldes auxiliares y un comité de desarrollo local, existe una iglesia católica y varias protestantes, puesto de salud con un practicante del ejercicio profesional supervisado de medicina, y una auxiliar de enfermería. Los habitantes se dedican a la agricultura por cuenta propia, exportando variedad de verduras a la capital y Centro América, la comunidad no cuenta con mercado público; dentro de las actividades sociales contemplan la celebración del patrón, actos católicos y protestantes los días domingo.

En cuanto a los problemas de discapacidad que presentan los pobladores de estas aldeas, pude darme cuenta a través de la investigación efectuada que presentan diferentes tipos de discapacidades, siendo diagnosticadas por instituciones consultadas, el cual puede apreciarse en el Cuadro No. 3, que a continuación se presenta.

CUADRO No. 3

Problemas de discapacidad que presenta la población
investigada de las Aldeas Buena Vista y San Jacinto
Noviembre 1991

Tipo de Discapacidad	No. Casos	%
Secuelas de poliomielitis	3	15
Parálisis cerebral	4	20
Secuelas por diversas fracturas	3	15
Luxación de cadera	2	10
Amputación	3	15
Escoliosis	2	10
Hemiplejía	1	5
Parálisis facial	1	5
Sordomudez	1	5
Totales:	20	100

Fuente: Investigación propia de campo.

Esto nos indica el 15% padecen secuelas de poliomielitis, por lo que los programas de vacunación no han llegado en el momento oportuno; el 20% parálisis cerebral consecuencia de un parto mal atendido, deficiente alimentación de la madre o bien un problema en el desarrollo motor durante las primeras semanas de vida; el 15% presenta secuelas por diversas fracturas; el 10% luxación congénita de cadera; 15% sufrió amputación de miembro superior e inferior por accidentes de trabajo y desastre natural del terremoto de 1976; 10% escoliosis degenerativa por nacimiento, o sea que el paciente tiene problema a nivel de columna vertebral, y el 15% restante hemiplejía, parálisis facial y sordomudez.

Según la discapacidad que padezca el paciente, la comunidad no ofrece atención especializada, viéndose obligados a buscar ayuda en la cabecera departamental u hospitales nacionales generales, o bien, la extensión de Fundación Probienestar del Minusválido (FUNDABIEM), para recibir tratamiento especializado. La mayoría de las personas con discapacidades dejan de asistir debido a la falta de recursos económicos, desconocimiento en cuanto a la magnitud de la problemática que provoca en el individuo, ya que más tarde ha de repercutir en su integración social.

CUADRO No. 4

Edad que presenta la población discapacitada investigada, aldea Buena Vista y San Jacinto, municipio de Chimalte-nango.

Edad	No. Casos	%
1 - 10	9	45
11 - 20	3	15
21 - 30	2	10
31 - 40	4	20
41 - 50	2	10
Totales:	20	100

Fuente: Investigación propia de campo.

Asimismo, en la investigación se constató que la población discapacitada objeto de estudio, los datos señalan el 45%, es bien significativo por ser menores comprendidos entre 1 y 10 años, ya que es un porcentaje bastante alto. Esto nos indica que los programas preventivos de salud no han sido eficaces para cubrir por lo menos a la población infantil, careciendo del derecho de seguridad social. La discapacidad en esta población repercute grandemente en los afectados porque les provoca problemas en su relación social con los demás, y sobre todo en lo que se refiere a dependencia económica, afectividad, etc.; el grupo familiar y la comunidad no están educados adecuadamente, lo cual puede evidenciarse en el cuadro que a continuación se presenta.

CUADRO No. 5

Problemas afrontados por la población discapacitada investigada, aldea Buena Vista y San Jacinto, municipio de Chimaltenango.

Problemas que afronta la persona discapacitada	No. Casos	%
Dependientes totales	5	25
Dificultad de locomoción	6	30
Desempleo	3	15
Aislamiento social	2	10
Temor	3	15
Sordomudez	1	5
Totales:	20	100

Fuente: Investigación propia de campo.

Del total de personas entrevistadas en ambas aldeas, el 25% son dependientes totales, es decir, necesitan todo tipo de ayuda moral y económica para subsistir tanto de la familia como de la sociedad; el 30% tienen dificultad de locomoción, es decir, problemas en la marcha para conducirse de un lugar a otro; el 15% desempleada, ya que se les niega la oportunidad de desarrollar sus habilidades en valerse por sí mismos y poder contribuir al sostenimiento del hogar; el 10% sufre de aislamiento social, o sea no tienen interés a nada y se mantienen dentro de la vivienda; y el 20% restante sienten temor a todo, hasta el punto de ser agredidos por los vecinos de la comunidad e incluso de la propia familia; en la investigación objeto de estudio se encontró un caso de tipo sensorial en una persona adulta que presentaba sordomudez, consecuencia de enfermedad sin diagnóstico médico por motivo que la familia nunca consultó los servicios de una institución de salud, y que afectó en la persona conformidad y abandono en su problema de discapacidad porque no recibió tratamiento médico y rehabilitativo para disminuir el daño ocasionado por la enfermedad.

A pesar de los problemas que afrontan las expectativas indicadas para su futuro fueron: Llegar a aprender un oficio que les permita generar ingresos económicos y ayudar al sostenimiento de su familia, estudiar y trabajar para ser útil en su comunidad, recibir capacitación de rehabilitación con el propósito de aminorar su discapacidad y otros manifestaron continuar igual e indiferentes al problema que sufren actualmente.

El 100% indicó que les gustaría recibir rehabilitación

en la comunidad para aprender un oficio, trabajar en el lugar de origen principalmente u otra parte del municipio o de la ciudad capital, llegar a comprender la importancia de rehabilitación para no sentirse avergonzado de su discapacidad ni mucho menos infundir lástima, sino por el contrario ser parte operante dentro de la sociedad.

Sin embargo es interesante encontrar en este grupo de personas investigadas que a pesar de su discapacidad tienen una ocupación como puede apreciarse en el cuadro siguiente.

CUADRO No. 6

Ocupación de las personas discapacitadas investigadas, Aldea Buena Vista y San Jacinto, municipio de Chimalteango.

Ocupación de la persona discapacitada	No. Casos	%
Agricultor	8	40
Técnico electricista	1	5
Estudiantes	2	10
Oficios domésticos	4	20
Ninguno	5	25
Totales:	20	100

Fuente: Investigación propia de campo.

El estudio indicó que el 40% de los discapacitados investigados se dedican a la agricultura para subsistir, y en los casos menores de edad realizan un trabajo menos pesado según la problemática que afronta; el 10% son estudiantes de primaria; el 20% a oficios domésticos; el 5% lo representa un téc-

nico electricista que se capacitó después de sufrir el accidente, y el 25% no realizan ningún tipo de ocupación u oficio.

Esto denota que en la comunidad emplean más su tiempo en la agricultura, siendo necesario una adecuada nutrición por el gasto de energía de la persona en el desarrollo de la actividad diaria, lo que no puede darse debido a la situación precaria predominante en el país y principalmente en el área rural. Lo que refleja para los discapacitados muchas limitantes, siendo difícil la integración a su medio, tanto en los aspectos económicos como de relación social.

Para lo cual se requiere hacer un análisis sobre la atención que proporcionan las instituciones estatales y privadas localizadas en la comunidad objeto de investigación, como conocer la verdadera situación del discapacitado en el área rural, por lo que es fundamental ampliarlo a continuación.

3.2 Análisis de atención institucional del discapacitado en la comunidad.

A pesar de que el discapacitado presenta muchas potencialidades, en sus comunidades no reciben ninguna atención por parte de las instituciones ahí representadas y muchos de ellos por falta de orientación a él y a su grupo familiar fallecen tempranamente por causas que pudieron haber sido prevenidas. Ya que en Guatemala los programas de integración del discapacitado como un ente útil a la sociedad, por parte de las instituciones estatales y privadas no existe en la actualidad. Si nos detenemos en el análisis de lo que salud pública concibe en la práctica, la rehabilitación e integración de los discapacitados por diferentes causas de tipo patológico,-

vemos que no se cuenta con ninguna política objetiva; existes-
sus excepciones como sucede con el Instituto Guatemalteco de-
Seguridad Social donde se atiende a los trabajadores y benefi-
ciarios que padezcan de alguna discapacidad física, siendo -
una baja cobertura de la población del país que recibe el ser-
vicio.

Los casos de discapacidad atendidos por las organizacio-
nes privadas (no lucrativas) ONG', la extensión de FUNDABIEM-
en el departamento de Chimaltenango proporciona atención a -
los pacientes con limitación física, tratando de rehabilitar-
los pero desafortunadamente el trabajo queda incompleto por -
no contar con un programa de integración a la comunidad.

Esto es reflejo que los programas de atención a la salud
del Ministerio de Salud Pública, están orientados a la medici-
na curativa, en mínimo grado lo preventivo, por lo cual es di-
fícil ejecutar propuestas de rehabilitación a los pacientes -
discapacitados.

La cabecera departamental cuenta con un hospital regio--
nal, Centros y Puestos de Salud, que cubren todos los munici-
pios y algunas comunidades colindantes; el problema de disca-
pacidad es atendido en mínima parte ya que en su mayoría son-
referidos a hospitalés nacionales generales o especializados-
en la ciudad capital.

La experiencia adquirida por trabajar en una institución
especializada como lo es el Hospital Nacional de Ortopedia y-
Rehabilitación, me ha permitido conocer y analizar la aten---
ción que recibe el paciente discapacitado físicamente en la -

comunidad de origen, no solo porque provienen de lugares muy-lejanos y de difícil acceso, sino además porque algunos desco-nocen los servicios que proporciona el Ministerio de Salud, - el cual impide recibir atención y rehabilitación adecuada, - por lo que nunca podrá ser descubierta a tiempo la discapaci-dad ni mucho menos prevenirla.

A nivel individual fuera de su comunidad la población - discapacitada estudiada acude a su tratamiento médico a las - instituciones que se presenta en el Cuadro No. 7

CUADRO No. 7

Instituciones que brindan atención a los discapacitados
investigados, aldea Buena Vista y San Jacinto

Institución	No. Casos	%
Hospital Regional de Chimaltenango	4	20
Hospital General "San Juan de Dios"	3	15
Hospital Roosevelt	3	15
Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación	1	5
FUNDABIEM	5	25
IGSS	2	10
Ninguna	2	10
Totales:	20	100

Fuente: Investigación propia de campo.

Fue necesario consultar a las personas discapacitadas in-vestigadas sobre la institución que atendió su problema a ni-vel estatal y privado; refiriendo como resultado que el 55% - (datos agrupados) acuden a diferentes hospitales nacionales,-

solicitando atención por enfermedad común como de especialización en discapacidad y muchas veces por falta de recursos económicos el tratamiento médico queda incompleto, asistiendo nuevamente en situaciones emergentes de tipo curativo; el 25% indicó haber solicitado atención de la Fundación Probienestar del Minusválido, asistiendo a sus citas de acuerdo a sus posibilidades para tratamiento rehabilitativo según el caso; el 10% es atendido por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y en su mayoría son trasladados hacia la capital por no contar en el municipio de Chimaltenango con los recursos humanos y materiales según especialidad en cuanto a discapacidad se trata y el 10% restante no recibió ningún tipo de atención por falta de información, orientación y recursos económicos disponibles.

Se constató lo anterior cuando se investigó a las instituciones quienes manifestaron atender al paciente discapacitado en programa de discapacidad física (tipo curativo), en el siguiente cuadro No. 8.

CUADRO No. 8
Formas de trabajo por institución investigada

Institución Investigada	Atiende discapacidad física (%)	Existe programa de Rehabilitación (%)
Hospital Regional de Chimaltenango	20	0
IGSS de Chimaltenango	20	0
FUNDABIEM Chimaltenango	100	100
Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación	100	100
Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación	100	100

Fuente: Investigación propia de campo.

De las instituciones investigadas a nivel comunitario y ciudad capital, se pudo constatar que el área rural no proporciona atención especializada en discapacidad física por lo mismo no se cuenta con programas de rehabilitación, siendo referidos los casos a las distintas instituciones con especialidad gubernamental y no gubernamental para su estudio y tratamiento adecuado.

La rehabilitación se realiza únicamente en hospitales nacionales encargados de proporcionar atención específica y por que son de referencia nacional en toda la República de Guatemala, los que cuentan con programas de trabajo establecidos para la problemática de discapacidades.

Motivo de reflexión en analizar cuál es la participación de la familia y comunidad, al tener una persona con discapacidad, y hasta qué punto influye las creencias, costumbres, etc., en cada región del país y que limita recibir tratamiento rehabilitativo para modificar cualitativamente el nivel de vida, siendo indispensable desarrollarlo como sigue.

3.3 Análisis de la participación de la familia y comunidad.

Durante los últimos años se ha planteado la necesidad de reorientar la atención a la discapacidad con énfasis en la comunidad, con el propósito de lograr una efectiva integración social de la persona discapacitada en términos de empleo, salud, educación y todos los servicios sociales que le ofrece la comunidad.

La práctica ha demostrado que, pese a los resultados positivos alcanzados por la rehabilitación institucionalizada,-

se necesitan muchos recursos para cubrir las necesidades de todas las personas discapacitadas en las áreas rurales y urbanas del país, ya que su costo tiene un valor muy alto para tratamiento individual especializado.

Es importante lograr un acuerdo entre los tomadores de decisión para definir las políticas de atención, porque si ellos mismos no están conscientes de las necesidades de los discapacitados, difícilmente se conseguirá integrar a la persona discapacitada a la vida social.

La familia tiene como responsabilidad velar y procrear a sus hijos con igual oportunidad a todos, sin distinción de ningún tipo; por tanto la familia como parte de la comunidad es importante en la realización del individuo.

La discapacidad física limita a la persona participar en las actividades sociales de la familia y comunidad, porque en su mayoría desconocen la realidad de la enfermedad, deficiencia y discapacidad del paciente por lo que se desarrolla aisladamente, con actitud negativa por la poca aceptación, cariño, y aprecio de los miembros de la familia y su comunidad.

La forma en que las personas de la comunidad tratan al paciente discapacitado varía de familia en familia, como el país. Las creencias y costumbres a veces hacen despreciar la discapacidad, por ejemplo: en algunos lugares la gente cree que son deformidades porque los padres cometieron algún pecado u ofendieron a Dios, o que una persona nace con defecto -- porque la madre salió de su casa durante un eclipse de luna. En algunos casos los padres pueden pensar que si corrigen el-

problema o alivian el sufrimiento están actuando contra la vo-
luntad de Dios.

Por otra parte la falta de información correcta muchas -
veces causa malentendidos ya que piensan que la parálisis cau-
sada por la poliomielitis o la parálisis cerebral se contagia,
por lo que no dejan que sus hijos se acerquen o tengan amis-
tad con otros niños con esta enfermedad.

Sin embargo la situación de los discapacitados en una co-
munidad es deficiente porque no reciben la atención y el cui-
dado que merece, ya que se encuentra abandonado, sin ningún -
futuro al cual puedan aspirar una mejor forma de vida. Tanto
la familia como la comunidad descuidan y abandonan a las per-
sonas discapacitadas, al no reconocer su valor y su capacidad,
ya que le niegan la oportunidad de valerse por sí mismo, con-
el temor de una mala mirada o bien una actitud extraña o indi-
ferencia.

Por lo dicho anteriormente, la participación de la fami-
lia y comunidad deberá ser considerada importante en la aten-
ción integral de la discapacidad, debiendo tomarse en cuenta-
los recursos y estructuras de la comunidad, fomentar el desa-
rrollo de la capacidad para su adecuada participación y moti-
varlos a ser seres humanos útiles al país.

Hoy día se reconoce que la participación es un derecho -
social básico, un derecho fundamental. Su base legal viene -
determinada fundamentalmente por la sociedad. Se determina -
de acuerdo con los principios de libertad, igualdad, dignidad
humana, solidaridad, fraternidad y alianza mutua de todos los

ciudadanos, por ejemplo: Las personas discapacitadas no pueden quedar reducidas del cuidado y atención. Deberían expresar su opinión o al menos informarles las circunstancias, con condiciones en que deben vivir y trabajar para el proceso de autoexpresión y auto-realización; entonces sin la participación de la familia y comunidad el problema de la discapacidad física persistirá y nunca será atendida a tiempo ni mucho menos prevenirla, máxime en las comunidades de difícil acceso - en donde no llega ningún tipo de información, la población conoce únicamente su comunidad y los limitados recursos económicos son precarios, debido a la problemática social que se está viviendo en la actualidad.

3.4 Análisis de los recursos disponibles en la comunidad.

La situación precaria de salud en nuestro país se refleja en el área rural, porque no se dispone de recursos humanos materiales, económicos e institucionales adecuados, para la atención en materia de: Prevenir, curar, rehabilitar e integrar al paciente con discapacidad en la comunidad de origen, - que limita el progreso productivo y social de la nación.

La organización social del municipio de Chimaltenango es tá integrada por: autoridades civiles y militares, quienes - ejercen la ley de acuerdo a la Constitución de la República - de Guatemala; existen además grupos a nivel religioso, deportivo, de padres de familia, asociaciones según intereses comunes y comités de desarrollo local para mejorar la calidad de vida de la población. En cuanto a recursos disponibles en la comunidad es deficiente porque no se cuenta con instituciones y equipo necesario para la atención de los habitantes y principalmente en lo que respecta al problema de discapacidad.

En la cabecera departamental de Chimaltenango se encuentra ubicado el hospital regional, en la mayoría de los municipios hay centros y puestos de salud; para la atención de las distintas discapacidades los casos son referidos a instituciones especializadas de la capital o bien a la extensión de FUN DABIEM del municipio. Cada día la discapacidad va en ascenso en todas las poblaciones, por motivo que aún no se han elaborado políticas encaminadas a este problema social que impide alcanzar el bienestar socioeconómico de la persona, asimismo no se dispone de un plan nacional que prevenga tantos casos de discapacidades.

Es urgente contar con programas preventivos en el área rural, educar, capacitar e informar a la familia, comunidad y discapacitado del proceso de rehabilitación con el objeto de transmitir conocimientos, actitudes y prácticas, para que los organismos de la comunidad gestionen los servicios comunitarios y atender a las personas discapacitadas, utilizando los recursos naturales que es imprescindible para la rehabilitación basada en la comunidad; en donde el sector público y privado faciliten la creación de oportunidades laborales, educativas y sociales propiciando la integración del discapacitado a una mejor forma de vida, el cual podrá desarrollarse con la intervención de personal calificado realizando acciones que promuevan el cambio o transformación cualitativa, a través de la ampliación posterior.

3.5 Análisis de Trabajo Social en la Comunidad.

En su inicio Trabajo Social fue conocido como Servicio Social filantrópico, y la persona que la ejercía se le llama-

ba "asistente social". Actualmente Trabajo Social es una disciplina de las ciencias sociales, su objetivo es contribuir a la solución económico-social de los problemas del hombre. Para ello utiliza métodos y técnicas que propician la participación activa de las personas y de la sociedad en general. Por su carácter disciplinario se fundamenta en leyes y categorías de la dialéctica (o sea conocimiento de la realidad).

Conforme la evolución de la problemática de salud hospitalaria y comunitaria, Trabajo Social se hizo importante y necesario contar con su presencia, siendo entonces incorporado en instituciones del Estado, para que exista una mejor expectativa de vida en la población.

El Trabajador Social de distrito (comunidad), tiene como funciones: Investigación social, organización y promoción, -- educación, capacitación, coordinación, asesoría profesional, supervisión, evaluación, atención de casos sociales y administrativos; como también dirige, planifica, ejecuta, supervisa y evalúa todas las actividades de participación comunitaria - de centros y puestos de salud; su jerarquía depende directamente de la jefatura de Trabajo Social del área de salud.

El accionar de Trabajo Social en Salud Pública interviene en evitar que enferme y reincida el individuo, grupo o comunidad; en el área curativa se caracteriza por cambiar los problemas emocionales del paciente y que interfieren en su salud. Contribuye además al incremento de cobertura en los programas nacionales, por medio de actividades planificadas en equipo y con la aplicación de estrategias básicas de atención primaria dirigida a la comunidad.

El departamento de Chimaltenango cuenta con 9 profesionales de Trabajo Social ubicados en: Jefatura Area de Salud, - Hospital Regional y los restantes en 7 centros de salud; su rol de trabajo es promover, motivar, capacitar y supervisar - cada una de las decisiones y acciones de la persona, grupo o comunidad. Sus múltiples atribuciones limita cubrir todas - las comunidades de la zona rural; como también es importante- mencionar que no han sido capacitados ni orientados, sobre la atención de los diferentes tipos de discapacidades, siendo re- feridos los casos a instituciones especializadas en la capi- tal de Guatemala.

En síntesis se puede observar que desde el punto de vis- ta teórico las funciones y atribuciones del trabajador social comunitario, se llevan a cabo a través de normas y lineamien- tos establecidos, pero en la práctica la realidad es otra por las diferentes situaciones que se producen en la falta de re- cursos humanos, materiales, institucionales y económicos; in- fluye además la ubicación geográfica (distancias, caminos -- inaccesibles y dificultad de comunicación), que inciden en la atención eficiente para el paciente de la comunidad.

A continuación se da a conocer la participación del tra- bajador social investigado, en la atención de casos discapaci- tantes y que consultan en instituciones gubernamentales y no- gubernamentales del área urbana y rural:

De los 9 Trabajadores Sociales investigados, 3 del área- rural y 6 de la Ciudad Capital, respondieron que su participa- ción en los casos de discapacidad a nivel comunitario consis- te en:

- a) Orientación al paciente y grupo familiar.
- b) Educación paciente y familia.
- c) Referencias a instituciones especializadas.
- d) Ayudas paleativas.
- e) Gestiones diversas según el caso.

Mientras que los Trabajadores Sociales que laboran en la Ciudad Capital indicaron:

- a) Investigación social.
- b) Orientación, educación.
- c) Planificación y capacitación.
- d) Ejecución y evaluación de programas.
- e) Estudios socio-económicos.
- f) Visita domiciliaria.
- g) Ayuda económica.
- h) Ayuda en aparatos ortésicos, silla de ruedas, muletas, etc.
- i) Coordinación intra y extra hospitalaria para la utilización adecuada de recursos.

Sin embargo, el 67% de las instituciones investigadas se dedican a la atención de rehabilitación del paciente, al ~~eg-~~ igual trabajan en equipo multidisciplinario integrado por instituciones nacionales y privadas (no lucrativas) de la siguiente manera:

- Médico rehabilitador.
- Trabajador Social.
- Enfermera Profesional.
- Fisioterapista.
- Psicólogo.
- Terapeuta del lenguaje y ocupacional.

- Maestra de Educación Especial.
- Médico Residente.

Y el 11% que corresponde al Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación, carece de la falta de todo tipo de recursos, integrando el equipo multidisciplinario los siguientes profesionales:

- Médico rehabilitador
- Trabajador Social
- Enfermera Profesional
- Fisioterapeuta
- Psicólogo

Por lo tanto, el 100% de Trabajadores Sociales entrevistados indicaron lo importante y necesario de planificar un programa de prevención y rehabilitación integral acorde a nuestra realidad, para detectar los casos tempranamente, preparar el ambiente en el cual vivirá el paciente, mejorar sus condiciones de vida, capacitar a la familia, comunidad y discapacitado para facilitarle su movilización, trabajo y habilidades en su vida diaria como ampliación de cobertura.

Para concluir este capítulo, es importante mencionar que la comunidad no cuenta con ninguna institución que se dedique a la atención de la discapacidad, pues los casos son referidos a hospitales nacionales especializados en rehabilitación; asimismo se carece de los recursos humanos, materiales, institucionales y financieros, contando únicamente con el recurso natural que es necesario para la rehabilitación basada en la comunidad.

En la cabecera departamental de Chimaltenango se encuen-

tra ubicada una extensión de FUNDABIEM, que se encarga de proporcionar un servicio directo de rehabilitación al paciente y los casos especiales son transferidos a la sede central en la Capital.

Esto refleja que los programas de atención del Ministerio de Salud Pública están orientados a la medicina curativa, en mínimo grado lo preventivo, siendo difícil la atención integral de la persona discapacitada y más aún al no existir un programa nacional de rehabilitación.

La falta de información e ignorancia en torno al problema de la discapacidad causa malentendidos, lástima y rechazo en el individuo, tanto por parte de la familia como de la comunidad, pues repercute en su rehabilitación al no permitirles su autoexpresión y auto-realización al medio ambiente al que pertenecen.

Se observa también la falta de trabajadores sociales en el área rural por parte del Ministerio de Salud, ya que el departamento de Chimaltenango cuenta con 3 profesionales de Trabajo Social ubicadas en algunos municipios, pero lo que concierne al municipio de Chimaltenango existen 3 Trabajadores Sociales que laboran en:

- 1) Jefatura Area de Salud Chimaltenango.
- 2) Hospital Regional de Chimaltenango.
- 3) Centro de Salud Integrado.

Cuyas atribuciones y actividades múltiples no les permite desplazarse continuamente a las comunidades investigadas, para la atención y detección temprana de casos con problemas-

discapacitantes y principalmente prevenir, rehabilitar e inte
grar al paciente. Por lo que en el siguiente capítulo se da
a conocer la importancia de la rehabilitación basada en la co
munidad, cómo operativizarla e integrar al discapacitado a la
familia, comunidad y cuál debería ser la intervención del pro
fesional de Trabajo Social en el componente de rehabilitación.

CAPITULO III

4. IMPORTANCIA DE LA REHABILITACION BASADA EN LA PARTICIPACION COMUNITARIA

Este capítulo contempla la importancia de rehabilitación basada en la comunidad, antecedentes históricos, conceptos y definiciones, quiénes participan en el programa, cómo operativizarlo y la integración de la persona discapacitada al ambiente familiar y comunitario. Así como conocer las funciones y actividades de Trabajo Social comunitario para cumplir con el objetivo específico: "Limitaciones que el profesional de Trabajo Social confronta en las instituciones estatales -- que atienden problemas de discapacidades", concluyendo con la propuesta de integración en el primer nivel de atención primaria de salud la rehabilitación basada en la comunidad y la intervención de Trabajo Social, con el propósito de mejorar la atención hacia el discapacitado físico el área rural.

Actualmente uno de los problemas principales sentidos es la poca cobertura de programas preventivos en lo que respecta a discapacidades en las zonas rurales, para contribuir en disminuir la causa y efecto que origina los diferentes tipos de discapacidad. En nuestro medio las instituciones de salud - proporcionan servicio de atención más curativa que preventiva, por ejemplo: Los daños que produce la desnutrición son comprobados porque afectan el desarrollo físico y mental de la persona, pues disminuye la resistencia en las enfermedades infecciosas que tiene efecto negativo en el rendimiento normal del adulto.

A causa de las distintas deficiencias físicas, sensoriales y mentales existen en el mundo personas con discapacidades, a las cuales deben reconocerse los mismos derechos y --

oportunidades que todos los seres humanos, con demasiada frecuencia estas personas viven en condiciones de desventaja a consecuencia de las barreras físicas y sociales que la misma sociedad impone, limitando su participación y mejorar las condiciones de vida para auto-realizarse de manera constructiva y cubrir sus necesidades básicas que son universales para el hombre.

La enfermedad y discapacidades interfieren con la gratificación de las necesidades y auto-realización, por ello surge entonces la "rehabilitación" que es el medio para ayudar a la persona discapacitada a utilizar al máximo sus capacidades y habilidades. El éxito de la rehabilitación requiere un proceso de tratamiento basado en diagnóstico completo de la discapacidad, porque la enfermedad puede producirse a cualquier edad y en ambos sexos que afecta el funcionamiento físico del individuo, después de haber sufrido algún traumatismo o bien defecto congénito.

4.1 Antecedentes históricos del proceso de rehabilitación basada en la comunidad.

La Asamblea Mundial de la Salud acordó en el año 1977, que la meta social principal de los gobiernos y de la Organización Mundial de la Salud, para los próximos decenios debe consistir en "alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva".

En 1978, la Conferencia Internacional sobre "Atención Primaria de Salud" celebrada en la ciudad de Alma Alta, Unión Soviética, acordó que la clave para alcanzar la meta de salud

es la atención primaria que es asistencial y sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que le sean aceptables de su plena participación y a un costo que la comunidad, por medios que le sean aceptables de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Asimismo constituye el núcleo del sistema nacional de salud que forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de cada comunidad.

Aunque la estrategia pone énfasis en salud, implica también mejorar las condiciones socioeconómicas en general ya que las comunidades deben asumir su responsabilidad para lograr un óptimo estado de salud. Es obvio que si no se cuenta con un adecuado nivel de salud, no se puede lograr tampoco un adecuado bienestar social integral.

4.2 Desarrollo de la Rehabilitación basada en la Comunidad en América Latina.

A inicios de la presente década surgieron las primeras experiencias en rehabilitación basada en la comunidad, a través de proyectos pilotos que se llevaron a cabo en algunos países de América y el Caribe (México, Argentina y el Perú). Varios de estos proyectos han tenido más éxito que otros; en México por ejemplo se desarrolló en Toluca y no fructificó por diversas razones, en Argentina de ha llegado a alcanzar las metas y han comenzado a operativizarlas en otras zonas del país.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) realizó un estudio en 1979 sobre la "Situación de Rehabilitación Internacional", con el propósito de conocer las acciones

de prevención, detección de casos y tipo de rehabilitación -- que se realiza en cada nación, culminando con la presentación de un informe final en el año 1980.

Posteriormente, en 1982, se da a conocer la importancia del estudio a través de un plan piloto realizado en la República de Nicaragua, con el objeto de poner en práctica rehabilitación basada en la comunidad e involucrar a la persona discapacitada, familia, comunidad y sectores del país, en la integración del programa de atención primaria de salud; teniendo una secuencia en países centroamericanos como: Panamá y Belice en 1984, Guatemala en 1985, Costa Rica y Honduras en 1986.

En 1983, la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró un compendio sobre administración de rehabilitación basada en la comunidad. En 1984, se preparó con carácter experimental una nueva versión con el fin de facilitar la tarea a quienes tienen la responsabilidad de dirigir los programas nacionales de rehabilitación.

En diciembre de 1987, se llevó a cabo un taller participativo sobre "Rehabilitación Basada en la Comunidad" en Washington, Estados Unidos; para darlo a conocer especialmente en los países del tercer mundo, que fueron el resultado de las experiencias obtenidas con su aplicación en distintas naciones. Con el propósito de mejorar el contenido técnico de algunos aspectos, fue necesario una tercera versión en español al que se tituló: "Capacitando a la persona discapacitada en su comunidad".

En noviembre de 1987, en la ciudad de Antigua Guatemala,

República de Guatemala se realizó el Primer Taller de Rehabilitación Basada en la Comunidad, contando con la presencia de los países: Costa Rica, El Salvador, Honduras, Cuba, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá y la República Dominicana. Su objetivo fue dar a conocer la ejecución de los programas, -- principios y fundamentos de rehabilitación basada en la comunidad e integrarlo en cada uno de los países; la actividad - fue promovida por la Organización Mundial de la Salud y UNI-- CEF con sede en nuestro país.

En agosto de 1990, se realiza un seminario titulado: - "Qué estamos haciendo por la rehabilitación en Guatemala", - por parte de la Unidad de Capacitación y Asistencia Técnica - en Atención Integral al Niño" (UCATAIN), proyecto financiado - por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) integrado por grupos formadores y personas que trabajan direc - tamente en el campo de Rehabilitación. En Asamblea General - del seminario eligieron la Comisión específica integrada por - siete personas, para elaborar las políticas y normas a nivel - gubernamental y no gubernamental sobre Rehabilitación basada - en la Comunidad.

Por su parte, la jefatura de la División de Atención a - las personas de la Dirección General de Servicios de Salud, - ha integrado una comisión multidisciplinaria por profesiona-- les laborantes en el Ministerio de Salud Pública, con el fin - de elaborar un plan nacional de rehabilitación para mejorar - la calidad de atención a la problemática de discapacidad en - el país.

En agosto de 1991, se dicta un cursillo informativo al -

personal de FUNDABIEM con participación de otras entidades acerca de RBC. Asimismo se inicia un plan piloto en la aldea El Nuevo Palmar, Quetzaltenango, de cuyos resultados aún se tiene pendiente evaluar. (2)

Los estudios nos reflejan la importancia e interés que merece por conocer origen y consecuencias del problema de discapacidades, para realizar acciones que beneficien a la población involucrada que se encuentra bastante limitada en su atención y recuperación para poder participar en el proceso rehabilitativo en la comunidad y por consiguiente contribuir al progreso del país.

Las Naciones Unidas en resolución No. 31123 del año 1976 proclamó en 1981 "Año Internacional de los Impedidos". Implícando el compromiso a distintos niveles de personas, instituciones y entidades de América Latina y el Caribe, creando las condiciones que permitan ejecutar el "Programa Mundial relativo a los individuos con impedimentos".

En 1977, surge el Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional (GLAP), organismo privado y como respuesta de las necesidades sentidas de varias instituciones de rehabilitación. Guatemala a través de la Asociación Guatemalteca de Rehabilitación de Lisiados (AGREL), estableció una entidad que permitiera el intercambio de experiencias, coordinación y partes de solución de los más apremiantes en materia de méto-

(2) Luna de Florán, Mario A. "Cursillo Informativo de Rehabilitación Basada en la Comunidad". FUNDABIEM, Guatemala agosto 1991, s/p.

dos y contenidos para la capacitación y ubicación productiva de las personas con limitaciones en distintos países latinoamericanos, evitando con ello la situación de marginidad, carga familiar y social causada por la discapacidad.

La Constitución Política de la República de Guatemala, - promulgada en el año de 1985, en su artículo 53 (Minusválidos) señala: "El Estado garantiza la protección de los minusválidos y personas que adolecen de limitaciones físicas, psíquicas o sensoriales. Declarándose de interés nacional su atención médico-social, así como la promoción de políticas y servicios que permitan su rehabilitación e incorporación integral a la sociedad. La ley regulará esta materia y creará los organismos técnicos y ejecutores que sean necesarios".

Este señalamiento llama a la reflexión porque garantiza la protección del discapacitado en el país, siendo la realidad otra al no contemplar un plan nacional de rehabilitación que abarque la problemática social de la discapacidad.

4.3 Definición de Rehabilitación Basada en la Comunidad

"Son las medidas tomadas a nivel de la comunidad para utilizar los recursos propios y las personas discapacitadas con sus familias, para reducir las condiciones adversas en todos los aspectos de su medio". (3)

La rehabilitación basada en la comunidad se fundamenta -

(3) Organización Mundial de la Salud. "Taller Participativo de Rehabilitación en la Comunidad". Washington, EE.UU., Dic. 1987, pag. 7-10.

en los siguientes principios:

- a) Puede llevarse a la práctica en el mismo lugar en que vive la persona discapacitada.
- b) Los servicios son locales y otorgados por los trabajadores de los diferentes sectores involucrados en el proceso de rehabilitación integrada, con participación de la comunidad.
- c) Se integra con el sistema de atención primaria en salud, asegurando la supervisión y uso adecuado de los servicios de rehabilitación.
- d) No requiere inversiones de valor alto, su costo es muy bajo y garantiza la calidad de los servicios.
- e) Busca soluciones para resolver desvíos de la rehabilitación integral.
- f) Su objetivo primario es la integración de la persona discapacitada.

"La rehabilitación basada en la comunidad es una estrategia que utiliza los recursos y la participación de la comunidad en la búsqueda de soluciones no convencionales para facilitar una mayor integración, el fortalecimiento del medio familiar y vínculo comunitario". (4) Pretende además: 1) Aumentar la cobertura de atención en las zonas urbanas, suburbanas y rurales, 2) Descentralizar los servicios e incorporar al discapacitado a su familia y comunidad en el proceso de rehabilitación.

La Organización Panamericana de la Salud ha realizado es

(4) "I Taller sobre Rehabilitación Basada en la Comunidad". - Costa Rica, 1986. pag. 9 y 10.

tudios acerca de las necesidades de las personas que presenten discapacidades, así como la disponibilidad de los servicios para satisfacer sus necesidades, el cual se concluyó de la siguiente manera:

- 1) "Los servicios de rehabilitación prácticamente no existen o son inadecuados en los países en desarrollo.
- 2) Hay una evidente falta de planificación nacional y coordinación de servicios (médicos, educacionales, laborales, sociales, etc.) en la mayoría de los países.
- 3) Los servicios de rehabilitación médica generalmente se dedican a la atención institucionalizada con una baja movilización de los pacientes en unidades de alto costo.
- 4) Como resultado de los factores mencionados anteriormente, la cobertura ha sido excepcionalmente pobre.
- 5) Y cuando se introducen servicios de rehabilitación con tecnología avanzada en los países subdesarrollados, los resultados han fallado por completo". (5)

Lo anterior obliga muy seriamente en reflexionar acerca de la necesidad de recurrir a alternativas adicionales al trabajo institucional, con el propósito de garantizar la verdadera y plena integración de las personas discapacitadas a la sociedad. La opción en estos momentos nos ofrece todas las posibilidades de cumplir con la "rehabilitación basada en la comunidad".

Es necesario entonces, impulsar en cada comunidad rural un programa de rehabilitación que prevenga tantos casos de discapacidad como sea posible y asegurar que los servicios

(5) Ibid. Pag. 11.

preventivos estén al alcance de cada persona y familia, para reducir los efectos que trae como consecuencia, también ha de involucrarse la planificación, ejecución y evaluación de los servicios de rehabilitación para facilitar en la población la participación en los aspectos de la vida económica y social.

4.4 Quiénes participan en el programa de rehabilitación en la Comunidad.

El programa describe un nuevo enfoque de rehabilitación en la comunidad, para ser desarrollado con seguridad y efectividad por personas que no tengan una formación específica como por ejemplo: un miembro de la familia, un amigo de la persona discapacitada, líder comunitario o por los propios discapacitados.

Es de esta manera la Organización Mundial de la Salud - elaboró un "Manual" titulado "Capacitando a la Persona Discapacitada en su Comunidad", conteniendo cuatro guías para: su pervisores locales, comisión de rehabilitación de la comuni- dad, personas discapacitadas y para los maestros de escuela. - El manual ha recibido varias modificaciones, resultado de las experiencias obtenidas con su aplicación en distintos países del mundo. La versión en español fue trabajada en parte por la OMS en Ginebra, completada y adaptada para la Región de América Latina por la Organización Panamericana de la Salud - (OPS), en Washington; siendo necesario buscar una terminología uniforme e ilustraciones dentro del contexto cultural.

Las personas que participan en la organización de un pro grama de rehabilitación en la comunidad son las siguientes:

- 1) Persona discapacitada
- 2) Su familia
- 3) La comunidad
- 4) El supervisor local

Las funciones o tareas que cada uno de ellos debe realizar se describen a continuación:

La persona discapacitada:

- Si la persona discapacitada necesita capacitación debe compartir la responsabilidad de organizar y poner en práctica el programa para mejorar el nivel de vida de los individuos que presentan problema de discapacidades.
- Si necesita capacitación debe asumir la responsabilidad de desarrollar sus capacidades en todo lo que le sea posible, cooperando con su capacitador, su familia y la comunidad.
- Debe hacer uso de su derecho de tomar sus propias decisiones.
- Debe cumplir con sus obligaciones como miembro activo y responsable de su familia.
- Debe gozar de los beneficios que le corresponden como miembro de la comunidad.
- Debe aprovechar las oportunidades que le ofrecen todos los miembros de la comunidad, tales como educación, trabajo y relación social.

La Familia:

Para el desarrollo del programa de rehabilitación en la comunidad, la familia juega parte importante en la capacitación de la persona discapacitada por lo que sus funciones o tareas serán:

- Ayudar a capacitar a la persona discapacitada para desarrollar sus habilidades.
- Ayudar a la persona discapacitada a realizar todo lo que no pueda hacer por sí misma.
- Concederle el derecho de tomar sus propias decisiones.
- Motivarla para que cumpla con sus obligaciones que le corresponden como parte de la familia.
- Contribuir para que la comunidad acepte y exista comunicación de manera normal con el discapacitado.

La Comunidad:

Debe apoyar y ser partícipes en el programa de rehabilitación para contribuir en la integración del paciente discapacitado, el cual tiene como funciones o tareas las que a continuación se describen:

- Responsabilizarse por sus propios miembros discapacitados - asegurándoles la existencia de un programa de rehabilitación según sus necesidades reales y que sea funcional.
- Asegurarse que las personas discapacitadas tengan las mismas oportunidades que las demás personas en la comunidad.
- Asegurarse que participen en las actividades comunales en la misma manera que los demás.
- Tomar medidas prevenibles a través de la promoción y educación para evitar casos crónicos de discapacidades en la comunidad.

El Supervisor Local:

Está a cargo de una persona laborante en salud del distrito, un maestro de educación, una persona que pertenezca a cualquier institución con deseo de colaborar con el programa de rehabilitación o bien un líder comunitario, que tendrán -

las funciones o tareas de:

- Investigar cuáles son las personas discapacitadas en la comunidad y necesiten capacitación.
- Visitar de casa en casa para localizar e identificar las personas que padecen de alguna discapacidad.
- Seleccionar el material de capacitación que necesite en cada caso, utilizando el manual elaborado por la Organización Mundial de la Salud.
- Buscar un miembro de la familia o de la comunidad para enseñarle a utilizar los cuadernos específicos existentes para cada caso de discapacidad (física, psíquica o sensorial).
- Dirigir, supervisar y motivar a las personas discapacitadas y a sus capacitadores para que comiencen y continúen la capacitación hasta su finalización. Además debe asegurarse que los distintos tipos de ayudas y herramientas sean construidas con los propios recursos de la comunidad y cuando sean necesarios.
- Establecer comunicación estrecha con los maestros de escuela, para los programas de capacitación.
- Buscar trabajos para los adultos discapacitados que estén desempleados y tengan dificultad para conseguirlo.
- Evaluar los progresos realizados por cada persona discapacitada que esté siguiendo el programa.
- Conservar los registros y hacer informes mensuales.
- Velar porque las oportunidades que vayan a proporcionarse a las personas discapacitadas sean iguales para todos sin distinción alguna.

4.5 Cómo operativizar la rehabilitación en la comunidad.

Lo fundamental del programa de rehabilitación basada en la comunidad es: "Impulsar en cada comunidad rural un programa

ma que prevenga casos de discapacidad para asegurar que el servicio esté al alcance de cada persona y familia". Y que sea integrado al programa de Atención Primaria en Salud para su desarrollo en cada comunidad en sus fases de: Prevención, Rehabilitación e Integración.

Su objetivo principal: Integración y utilización de los recursos disponibles de la comunidad, las personas discapacitadas y sus familias; para reducir las condiciones adversas en todos los aspectos de su medio.

Su política: a) Aumentar la cobertura de atención en las zonas rurales, suburbanas y urbanas, b) Reducir los costos, c) Descentralizar los servicios e incorporar al discapacitado a la familia y comunidad en el proceso de rehabilitación, d) Es aplicada por cualquier familiar o líder comunitario capacitado.

Capacitación a nivel de:

- 1) Personal institucional
- 2) Familia
- 3) Comunidad
- 4) Persona discapacitada

Su estrategia central:

Integrar al programa de Atención Primaria en Salud, el componente de rehabilitación basada en la comunidad.

4.6. Integración de la persona discapacitada al ambiente familiar y comunitaria.

Concepto de Integración:

Es el proceso de incorporar física y socialmente dentro de la sociedad a las personas que están segregadas y aisladas de nosotros. Significa ser un miembro activo de la comunidad, viviendo donde otros viven, viviendo con los demás y teniendo los mismos privilegios y derechos que los ciudadanos no discapacitados. (6)

Si entendemos la integración como el proceso de inserción readaptación o unificación de uno o más elementos dentro del todo, se deberá asumir y propiciar cambios estructurales, formales o coyunturales que favorezcan la armonía y desarrollo de todos los entes activos.

La integración puede darse por voluntad recíproca o por iniciativa de terceros, por ejemplo: discapacitados-sociedad o viceversa y organizaciones-sociedad-discapacitados.

Tanto discapacitados como sociedad, incluye la familia, que son los sujetos capaces de vincularse a través de programas institucionales que pretende eliminar los prejuicios, tales como: lástima, paternalismo e indiferencia, por tanto han de propiciar un desarrollo igual y justo en base al trabajo intenso y de intereses comunitarios. Es por ello que el discapacitado físico como ser social, es también participe e influenciado por todos aquellos ordenamientos sociales, económicos, políticos y principalmente ideológicos.

Se habla de la falta o ausencia de integración del discapacitado

(6) García de Lorenzo, Eloísa. "Integración de los discapacitados al ambiente comunitario". Documento mimeografiado, San José, Costa Rica, 1985, pag. 8-11.

pacitado a la sociedad, cuando teniendo capacidades potenciales útiles, no cumple con sus obligaciones legalmente reconocidos y posibles de cumplir, ni tampoco goza de sus derechos a que todo individuo debe disfrutar.

Integrar a las personas discapacitadas, no es ni más ni menos que aceptarlos, reconocerlos como miembros de pleno derecho de nuestra condición humana y es sencillamente un principio de conveniencia civilizada.

4.6.1 Integración en la Familia:

La familia puede establecer una relación afectiva, agradable y placentera a sus hijos, el propósito es lograr que los padres puedan ver el problema de discapacidad menos negativo y quizá dentro de un criterio optimista para lograr la rehabilitación adecuada. La familia aprende pronto que sobre ellos recaen expectativas en asumir responsabilidades en el momento oportuno, ya que el paciente necesita ayuda para adaptarse a la discapacidad que presenta en cada etapa de transición de su vida diaria.

Lo importante del rol que juega la familia es aprender a respetar su individualidad en lugar de tratar y hacer de él - una réplica de la imagen que existe de una persona normal, conocer su mundo y ver las cosas desde su perspectiva, no exigirle entrar a una sociedad desconocida y nueva para la persona, sin previa orientación e información de la situación actual.

La familia es una sociedad en pequeño, en donde los padres funcionan como autoridades, pero también como protecto--

res y además son los encargados de proporcionar las condiciones de bienestar económico, material y emocional a cada uno de sus miembros. Los hermanos y demás integrantes de la familia tienen un papel específico dentro de ella, lo cual contribuye a que se establezca una dinámica especial en cada familia y esto es justamente lo que ayuda a la persona discapacitada aprender, compartir con otras personas, para prepararse a vivir en sociedad, por lo que requiere un manejo adecuado para su integración.

4.6.2 Integración en la Comunidad.

Es importante destacar que cuando hablamos de integración nos referimos a todo el sistema de prestación de servicios existentes en la localidad, hoy día se hace necesario ampliar los servicios en las zonas urbano-marginales y rurales para tener acceso de los servicios comunales y una asistencia inmediata.

La comunidad debe apoyar al individuo que sufra una discapacidad de cualquier tipo, haciéndolo útil e importante en la toma de decisiones para cualquier actividad dirigida al desarrollo local, asegurándose que tengan los mismos derechos y oportunidades que los demás.

Un aspecto de integración comunitaria es el caminar por la calle sin ser observado con insistencia; con el tiempo las personas discapacitadas y sus padres aprenderán a ignorar las miradas, lo cual interfiere en la integración del hombre al no poder vivir aisladamente. Es difícil lograr la integración comunitaria, pues no existe un programa destinado a la problemática de discapacidad aún cuando en algunos casos se

les incluye físicamente pero socialmente quedan excluidos.

En resumen, la integración ofrece valiosas experiencias de aprendizaje en las personas discapacitadas como las no discapacitadas. Se debe poner en juego toda la capacidad creativa, actuar con una fuerte dosis de optimismo y originalidad para una mejor comprensión del problema.

4.7 Actividad de Trabajo Social en Rehabilitación basada en la Comunidad.

Concepto de Trabajo Social:

"Trabajo Social es una disciplina científica aplicada a las ciencias sociales, cuyo objetivo es elevar los niveles de conciencia a efecto de contribuir en la solución de problemas económicos, sociales y culturales del individuo, grupo y comunidad". (7)

La definición anterior guarda una estrecha relación con Trabajo Social: Ciencia, técnicas a utilizar y presencia en la sociedad.

Al decir que es una disciplina es porque estudia los problemas sociales y busca la capacitación de las personas para lograr su transformación o cambio.

4.7.1 Qué hace Trabajo Social en el proceso de rehabilitación.

Trabajo Social estudia las causas y efectos de los facto

(7) Lima, Boris. "Contribución a la Epistemología de Trabajo Social". Humanistas, Buenos Aires, Argentina, pags. - 66 a 71.

res sociales y económicos que intervienen en la recuperación y rehabilitación de salud en la persona con discapacidad, para apoyar y estimular sus capacidades residuales participando activa y conscientemente el paciente y grupo familiar, utilizando adecuadamente los recursos intra y extra institucionales así como las técnicas profesionales.

Se caracteriza por ser una profesión no liberal ya que su ejercicio profesional se encuentra institucionalizada, lo que significa que su quehacer responda a las políticas de cada institución.

Trabajo Social del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social desarrolla todas sus acciones relacionadas con el proceso: salud-enfermedad (salud--- daño--- consecuencia), a través de su participación e intervención profesional conjuntamente con los equipos integrados de salud de cada lugar, para la ejecución de programas y proyectos que ayuden al bienestar de la población, además se encuentra capacitado para desarrollar todas las acciones en base a la aplicación de su filosofía, metodología, técnicas e instrumentos propios de la profesión, adquiridas por medio de estudios universitarios a nivel intermedio y de la licenciatura que permitan actuar dentro del contexto individual, grupo y comunidad.

Por lo tanto las funciones de Trabajo Social comunitario es de : Investigación, diagnóstico, planificación, organización; ejecución y evaluación.

Su objetivo de estudio y accionar es el hombre, su particularidad es trabajar al hombre dentro de su realidad, el --

cual sufre en distinta manera las consecuencias de los problemas económicos y sociales generados por el sistema; por su carácter disciplinario y filosófico se fundamenta en leyes y categorías de la dialéctica (conocimiento de la realidad).

4.7.2 Trabajo Social y Rehabilitación Basada en la Comunidad.

Corresponde a Trabajo Social investigar el proceso salud-enfermedad de cada comunidad y la información que se obtenga--servirá para mejorar la prestación de servicios, aumentar la cobertura de atención, determinar parámetros en base a las necesidades reales de la población, tomando en cuenta los recursos humanos, materiales, institucionales y económicos de la localidad.

Dentro de sus atribuciones están: organizar, promover, educar, capacitar, coordinar, asesorar, supervisar y evaluar las actividades relacionadas con la problemática de discapacidad que interfieren en la rehabilitación del individuo. Su principal función es trabajar coordinadamente con las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, organizar e integrar en la comunidad el componente de rehabilitación, capacitando a la familia, líderes de la comunidad y persona discapacitada para la ejecución de las actividades a desarrollar.

4.7.3 Qué es Rehabilitación Integral.

Concepto de Integración:

Se entiende por integración el proceso de inserción, -- adaptación o readaptación de la persona discapacitada en las actividades esenciales de la sociedad (económica, política, cultural, social, etc.); el cual depende del grado de severi-

dad de la discapacidad que presenta el hombre. (8)

La rehabilitación integral se define como el proceso integrado por un conjunto de medidas de salud, económica, laboral y social; encaminadas a permitir que una persona con discapacidad alcance un nivel físico, mental y sensorial, proporcionándole los medios para modificar su propia vida. Además comprende las medidas a compensar la pérdida de una función o limitación funcional (ejemplo: a través de ayudas técnicas) y otras medidas para facilitar ajustes o reajustes sociales.(9)

La importancia que asume la rehabilitación es buscar cambios en todas las dimensiones para conjugar la teoría y la práctica, enriquecer la experiencia del problema de discapacidad física que dificulta en el individuo su adaptación al medio social impidiendo su autodesarrollo y bienestar integral.

En síntesis, es urgente y necesario operativizar la rehabilitación en la comunidad por existir en el país poca cobertura de programas preventivos en salud y lo que respecta a la problemática de discapacidad con proyección en el área rural ya que se pretende impulsar en las comunidades, lineamientos básicos que prevengan tantos casos discapacitantes posibles y estén al alcance de toda persona y familia para reducir los efectos y condiciones adversas a su medio y consecuencia de la desintegración familiar.

El presente trabajo pretende compartir la necesidad e im

(8) Op.Cit. "I Taller de Rehabilitación Basada en la Comunidad". Costa Rica, 1986, s/p.

(9) Ibid. s/p.

portancia de crear en cada comunidad la rehabilitación, también en despertar inquietudes para la búsqueda de nuevas alternativas y cambios cualitativos en sus dimensiones, enriquecer experiencia profesional con respecto a discapacidad física que dificulta recibir atención de rehabilitación y adaptar al paciente al medio ambiente.

Razón por la que en el siguiente capítulo da a conocer los elementos básicos para integrar el componente de rehabilitación basada en la comunidad en el programa de Atención Primaria en Salud y por ende la intervención de Trabajo Social, en la problemática social del discapacitado en la atención y tratamiento adecuado, para ser de estas personas útiles en el desarrollo del país.

CAPITULO IV

5. INTEGRACION DE REHABILITACION BASADA EN LA PARTICIPACION COMUNITARIA, EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD.

La carencia de fundamentos filosóficos y acciones que orienten la atención en rehabilitación e integración de la persona que padece discapacidad, se plantea la necesidad de formular lineamientos básicos con enfoque multisectorial y multidisciplinario. Para lo cual la Constitución Política de la República señala que: "El Estado garantiza la protección de los minusválidos y personas que adolecen de limitaciones físicas, psíquicas o sensoriales, se declara de interés nacional su atención médico-social, así como la promoción de políticas y servicios que permitan su rehabilitación y su incorporación integral a la sociedad".

Guatemala, es una nación que cuenta con una población de gran diversidad étnica, formada por más de 21 grupos indígenas cada uno hablando su propio idioma; la mayor parte de sus habitantes se ubica en el área rural con un 62% de la población, el cual viven en 19,000 pequeñas comunidades dispersas, de menos de 2,000 habitantes cada una (10), en donde se destaca la familia como unidad productora, porque gran parte de ella trabaja en la agricultura de subsistencia, para lo cual desarrolla actividades productivas agrícolas y pecuarias; gran proporción importante de la fuerza de trabajo en el campo la constituyen los niños y las mujeres. El tipo de familia predominante en el área rural está compuesta por: madre,

(10) SEGEPLAN, UNICEF. "Análisis de situación del niño y la mujer". Guatemala, agosto 1991. pag. 15.

padre, hijos y otros parientes (abuelos, tíos, primos, etc.)- con un promedio de 6 miembros; que a su vez se encuentra en estado de pobreza, que va creciendo debido a factores económicos globales fuera del alcance de esa población. Los pobres entre los pobres son los campesinos sin tierra y desempleados, por ende la pobreza en el país es más acentuada en la zona rural que urbana. (11)

De acuerdo a los datos recabados en el trabajo de campo, manifestaron la necesidad de establecer mecanismos para la atención adecuada de la problemática de discapacidad a nivel nacional y que permita fundamentalmente: prevenir, rehabilitar e integrar al individuo a su medio ambiente.

La declaración de Alma-Ata, realizada por la conferencia internacional sobre "Atención Primaria de Salud", dice -- que: "La salud es un derecho humano básico y objetivo social indispensable para la satisfacción de las necesidades humanas que debe estar al alcance de todos". Reitera firmemente que los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos; obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos de organizaciones internacionales y la comunidad mundial entera, es que en el curso de los próximos decenios debe ser que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2,000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva, por medio de la atención primaria de salud que es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo confor

(11) Ibid.

me el espíritu de la justicia social. (12)

Si bien la "atención primaria de salud" es una estrategia en todos los niveles, es importante e indispensable considerar como un componente más "Rehabilitación basada en la comunidad", para lo cual pretende:

- a) Atención directa en casos de discapacidades en las zonas = rurales, suburbanas y urbanas.
- b) Incorporar a la persona discapacitada, familia y comunidad en el proceso de rehabilitación, con el propósito de contribuir al desarrollo económico y social de los países del tercer mundo.
- c) Reducir los costos.
- d) Utilización de sus propios recursos de la comunidad.
- e) Participación plena de la persona discapacitada, familia y comunidad en la planificación, ejecución y evaluación de los programas.

Para integrar como un componente más, la rehabilitación basada en la comunidad, en el programa de atención primaria de salud; se hace necesario dar a conocer los niveles de atención que proporciona el Ministerio de Salud Pública, así como la capacidad instalada de cada institución y que a continuación se describen:

5.1 Niveles de Atención.

Primer Nivel:

Está formado por los puestos de salud, servicio ubicado generalmente en cabeceras municipales de tercera o cuarta ca-

(12) "Atención Primaria de Salud". Alma Ata, URSS, 6-12 de septiembre 1978, pags. 4-6.

tegoría y aldeas o caseríos importantes, atendidos por auxiliares de enfermería y forma parte de un distrito de salud. - En algunos puestos de salud se cuenta con estudiantes de medicina en ejercicio profesional supervisado (EPS) y técnico de salud rural (TSR).

Este primer nivel de atención es de gran necesidad dentro de la red de servicios por ser el primer eslabón de atención directa entre la población rural dispersa y mayoritaria de la nación. Los puestos de salud cumplen funciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud a través de las siguientes actividades:

- Consulta externa general
- Atención materna
- Atención del niño
- Vigilancia epidemiológica
- Educación sanitaria
- Adiestramiento de personal voluntario (promotores, comadronas, etc.)
- Participación comunitaria
- Coordinación con líderes comunitarios
- Visita domiciliaria

Además los puestos de salud deben recibir pacientes referidos por promotores y comadronas u otro personal voluntario de la comunidad, refieren también pacientes a centros u hospitales de distrito de área de salud, dependiendo riesgo o criterio para atención especial y adecuada como coordinando todas las actividades internas y externas en la localidad.

Segundo Nivel:

Está constituido por los centros de salud tipo "A" y tipo "B", ubicados en cabeceras municipales importantes, atendidos por equipo multidisciplinario, que permite la conformación en la complejidad de atención que brinda a la población.

El centro de salud tipo "A", están ubicados en cabeceras municipales o poblaciones cuyas características de accesibilidad lo ameritan, cuentan con encamamiento para la atención de morbilidad general y materno-infantil en forma permanente; se encuentran dotados de 10 a 30 camas y del recurso humano idóneo para llenar cometido.

Además desarrollan los mismos programas con los centros de salud tipo "B" y funcionan las 24 horas del día.

El centro de salud tipo "B", sus funciones son de efectuar acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud en forma integrada, realizados a través de los programas y actividades descritas con anterioridad en el primer nivel de atención.

Tercer Nivel:

Está constituido por los hospitales, los cuales están ubicados en las cabeceras departamentales y excepcionalmente en algunos municipios, responsables de la recuperación y rehabilitación de la salud de la población; en la actualidad han ido cambiando la filosofía de su funcionamiento, para dar paso al concepto moderno que lo define como el "establecimiento encargado de brindar acciones integradas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud". Los hospitales deben atender la referencia de pacientes de los distin-

tos niveles de atención. Están categorizados de la manera siguiente:

- Hospitales de Distrito
- Hospitales de Area
- Hospitales Regionales
- Centros Integrados
- Hospitales nacionales generales
- Hospitales nacionales especializados

5.2 Intervención de Trabajo Social para integrar el componente de rehabilitación basada en la comunidad.

En el capítulo III del presente trabajo se describen las funciones y actividades de Trabajo Social en el quehacer profesional del campo de rehabilitación, ya que su accionar está orientado en resolver problemas sociales y emocionales que impiden su desarrollo; con mayor razón la persona discapacitada no puede quedarse al margen en cuanto a prestación de servicios para tratamiento especializado; surge entonces la intervención de Trabajo Social el cual propicia cambios cualitativos en la transformación de actitudes en la vida del individuo y además coordina los recursos institucionales, humanos, materiales y económicos; movilizand^o la organización integral de las comunidades.

Científicos conceptualizan la "rehabilitación" como un problema médico-social, por reincorporar al discapacitado a su medio ambiente y por ende a la sociedad, porque toda persona tiene los mismos derechos que los demás, así como trabajar según capacitación para subsistir en la vida diaria. No se puede hablar de un derecho de trabajo, si la persona discapacitada no ha recibido tratamiento rehabilitativo, ni ha sido-

incorporado a su ambiente, asegurando la participación familiar y comunitaria que es importante para el proceso de rehabilitación.

En síntesis, la propuesta enmarca lineamientos básicos - que contribuyen la integración de rehabilitación basada en la comunidad, que pretende sea un componente más del programa de atención primaria de salud proyectado en beneficio de la población discapacitada del país, especialmente las zonas rurales por ser desprotegidas y que nunca recibe atención adecuada en el momento oportuno.

Es aquí donde debe desarrollarse la intervención del trabajador social, quien orientará acciones que favorezcan la resolución de la problemática de discapacidad, utilizando para ello metodologías como:

- Integración de equipo multidisciplinario de trabajo
- Coordinación con los diferentes sectores de la comunidad -- (autoridades, líderes, grupos, comités, etc.)
- Propiciar la participación y autogestión de necesidades sentidas.

Todo lo anterior se deriva en el momento que el problema de discapacidad no compete solamente a "salud" sino a todos - los sectores y ciudadanos por encontrarnos inmersos en la misma sociedad.

6. PROPUESTA PARA LA INTEGRACION DE REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD, EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN SALUD Y LA INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL.

6.1 Justificación:

El presente trabajo constituye una propuesta de un programa operativo que puede ser ejecutado para el área rural, - a través de personal capacitado de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, como autoridades, líderes comunitarios, familia y persona discapacitada. El contenido del programa está encaminado a la atención del problema de discapacidad en el país.

Para la elaboración de dicho trabajo de investigación - fue necesario conocer la situación real que vive la población guatemalteca discapacitada y que por ende repercute en la forma de vida del hombre y para tal efecto es importante integrar el componente de "rehabilitación basada en la comunidad" en el programa de atención primaria en salud con el fin de - aplicarlo en los tres niveles de atención prioritaria y promover la incorporación de la persona discapacitada en las actividades económicas y sociales de la nación.

El objeto del programa de rehabilitación se constituye - en un aporte que pueda ser utilizado como marco de referencia para operativizar acciones concretas que conlleven a una adecuada atención integral y promulgación de la discapacidad en Guatemala.

6.2 Objetivos Generales:

- Lograr la adecuada integración de la persona discapacitada

tada en el ambiente familiar y de la sociedad, por medio de la rehabilitación basada en la comunidad.

- Impulsar la participación de todos los sectores representativos de la comunidad, en apoyo a la persona discapacitada para establecer compromisos y acciones concretas en favor de una mejor atención rehabilitativa - integral.

6.3 Objetivos Específicos:

- Proporcionar atención del componente de rehabilitación en las comunidades de origen del paciente que presenta discapacidad.
- Contribuir a la descentralización y concentración de - instrucciones dedicadas a la atención de discapacidad en el país, con el fin de ubicar adecuadamente los ser vicios en las diferentes regiones del país.
- Lograr la reincorporación del discapacitado al ambiente familiar y socioeconómico para desarrollo de la localidad.
- Capacitar a la familia, comunidad y discapacitado para el manejo y prestación de servicios en el tratamiento-rehabilitativo del paciente.
- Involucrar a la persona discapacitada en la organiza-- ción, ejecución y evaluación de programas y activida-- des para lograr su plena participación.
- Contribuir en aumentar la cobertura, investigando previamente las características y necesidades de la pobla-- ción discapacitada.

6.4 PROGRAMA OPERATIVO DE REHABILITACION EN LA COMUNIDAD

Institución: Centros o Puestos de Salud
 Dependencia: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

METAS	ACCIONES	CONDICIONES PARA - INICIAR EL DESARROLLO DE ACCIONES	ESTRATEGIAS	RECURSOS NECESARIOS	RESPONSABLE
Cubrir el 100% de la población discapacitada.	Elaborar proyecto específico de rehabilitación en la comunidad.	Recopilar información de recursos disponibles y población discapacitada.	Promover el proyecto y la participación de todos los niveles para garantizar la atención integral.	Humanos: Personal capacitado de los diferentes sectores.	Equipo de trabajo
Mejorar e incrementar la difusión de información a las personas con alguna discapacidad y sus familias.	Propiciar la formación del discapacitado en su medio ambiente.	Contar con el apoyo de las autoridades superiores y niveles operativos de los sectores involucrados.	Incorporar el conocimiento y experiencia de la persona discapacitada en el planteamiento, desarrollo y toma de decisiones de instituciones involucradas en la atención de la discapacidad.	Humanos, materiales, institucionales, financieros y naturales existentes en la comunidad.	Equipo de trabajo, asesores o guías.
Asegurar la participación de las personas discapacitadas y sus familias en la toma de decisiones sobre su vida y la asistencia de rehabilitación que reciban.	Definir mecanismos de comunicación intra e interinstitucionales.	Conocimiento sistemático de la discapacidad en cuanto a sus causas, consecuencias y posibilidades de recuperación e integración social del discapacitado.	Impulsar la rehabilitación basada en la comunidad.	Personal capacitado de los sectores involucrados.	Asesor y/o guías
Facilitar los servicios de rehabilitación a todas las personas que tengan necesidad.	Definir y fortalecer el sistema de referencia y contrareferencia a nivel institucional. Fortalecer las distintas acciones encaminadas a promover la capacitación continua, realizando actividades de formación para definir mecanismos que garanticen la atención a los discapacitados.	Coordinar y retroalimentar la ejecución de las acciones para propiciar el cumplimiento de metas y estrategias de atención. Contar con la decisión y apoyo de las autoridades superiores y personal involucrado.	Promover el conocimiento y sensibilización en la población discapacitada, para evitar el surgimiento de factores de riesgo o minimizar sus secuelas.	Autoridades y personal involucrado de los diferentes sectores.	Equipo de trabajo, asesor y/o guía.
Aumentar la capacitación del personal que trabaja en la comunidad para orientar adecuadamente al discapacitado y su familia cuando sea necesario un tratamiento.	Fortalecer las distintas acciones encaminadas a promover la capacitación continua, realizando actividades de formación para definir mecanismos que garanticen la atención a los discapacitados.	Contar con la decisión y apoyo de las autoridades superiores y personal involucrado.	Suprimir los obstáculos que impiden la participación del discapacitado en la prestación de servicios, para ser personas útiles a la sociedad.	Humanos, materiales, institucionales y financieros.	Equipo de trabajo y/o guía.

6.5 Organización del Programa.

Para la organización y desarrollo del programa de "rehabilitación basada en la comunidad", es necesario dividirlo en tres fases, las que contienen lineamientos básicos que intervienen para la integración adecuada en la atención del proceso de discapacidad que se refleja en la población del área rural:

Primera Fase:

- a) Planificar, organizar y financiar las actividades en cada nivel.
- b) Capacitación al personal involucrado de las distintas instituciones.
- c) Participación de los discapacitados en la toma de decisiones.
- d) Participación de la familia y comunidad.
- e) Prevención e información sobre el proceso causa y efecto - de las diferentes discapacidades existentes.

Segunda Fase:

- a) Atención a la discapacidad a nivel nacional
- b) Participación del Estado
- c) Movilización y participación social
- d) Rehabilitación basada en la comunidad
- e) Desarrollo de los recursos: humanos, materiales, financieros e institucionales.
- f) Coordinación intersectorial e interinstitucional
- g) Acceso y calidad de los servicios
- h) Participación de la persona discapacitada
- i) Participación de la familia y comunidad

Tercera Fase:

Esta fase contempla todas las actividades y acciones a realizarse para la integración de la rehabilitación basada en la comunidad, a través del primer nivel de atención primaria-de salud; para conformar un plan nacional de rehabilitación - según las necesidades sentidas por la población y la realidad del país.

6.6 Actividades de participación de la comunidad:

- Movilización, organización y participación de todos los habitantes de la comunidad.
- Propiciar el acceso de la población discapacitada, a la prestación de servicios mejorando la calidad de vida.
- Lograr la movilización de todos los sectores representativos de la comunidad, es decir gubernamental y no gubernamental.
- Impulsar la rehabilitación basada en la comunidad
- Apoyar la investigación comunitaria participativa para la atención de la persona discapacitada.
- Promover la participación del voluntariado (promotores rurales en salud, comadronas, etc.) en la integración de la discapacidad.
- Involucrar a los grupos, comités, clubs y asociaciones sociales para transmitir conocimientos, actitudes y prácticas para atender el problema de las personas con discapacidades.
- Promover la capacitación de la familia y personas involucradas en el programa.

6.7 Participación del trabajador social en el proceso de re-

habilitación basada en la comunidad:

- Realizar investigación y diagnóstico socioeconómico - del paciente con discapacidad.
- Participar activamente en la organización, planifica-- ción, ejecución y evaluación de los programas de "reha bilitación basada en la comunidad".
- Ser el profesional de enlace entre familia, comunidad- e instituciones que participen en el proceso de disca- pacidad.
- Ser el profesional quien coordine las acciones de refe- rencia y contrareferencia de los casos que presenten - discapacidad.
- Ser el profesional que asesore la promoción y preven-- ción de proyectos encaminados a los riesgos y secuelas de las distintas discapacidades.
- Realizar eventos para intercambiar experiencias y re-- sultados del componente de rehabilitación en las comu- nidades donde exista el programa.
- Promover la participación de personas discapacitadas - en las actividades de la sociedad.
- Propiciar la integración del discapacitado en el plano social, educativo, laboral y recreativo.
- Fomentar la creación y fortalecimiento de agrupaciones o asociaciones de personas discapacitadas para hacer - valer sus derechos y obligaciones en la sociedad.
- Promover la formación, capacitación y profesionaliza-- ción del discapacitado.
- Involucrar al sector público y privado en la creación- de oportunidades laborales, sociales, educativas y re- creativas, que faciliten la integración de la persona- discapacitada.

- Actualizar crítica y permanentemente la tecnología innovadora, de modo que sea adecuada a la realidad del país.
- Promover la creación del plan nacional de rehabilitación en la República de Guatemala por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

CONCLUSIONES

De acuerdo a la investigación social realizada acerca - del tema "PROBLEMATICA SOCIAL DEL DISCAPACITADO EN EL MUNICIPIO DE CHIMALTENANGO, ALDEAS BUENA VISTA Y SAN JACINTO. PROPUESTA DE INTEGRACION DE REHABILITACION Y LA INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL", se concluye que:

1) En relación a los objetivos:

- 1.1 Las implicaciones sociales y económicas que presenta el discapacitado físico en el área rural, obstaculiza el total desarrollo al no permitirle su rehabilitación e integración social.
- 1.2 Las causas y efectos de la problemática social de discapacidad en el área rural de Guatemala, se manifiesta a través de la extrema pobreza que se vive actualmente y la marginación por parte de la comunidad y familia para la persona discapacitada física.
- 1.3 El nivel de vida de la persona discapacitada en la zona rural, se ve afectada en: bajos ingresos, mala alimentación, enfermedades, desempleo, etc., que impiden alcanzar bienestar social.
- 1.4 Los efectos causantes como: actitud negativa, creencias culturales; rechazo, abandono y sobreprotección es consecuencia de la falta de información y conocimiento que se tiene en torno al problema de la discapacidad, pues repercute en la rehabilitación al no permitirles su autorealización y autoexpresión en la sociedad.

2) En relación a las hipótesis:

- 2.1 La mayor concentración de servicios se ubica en el área metropolitana, limitando el acceso y prestación de servicios a la población urbano-marginal-rural desprotegida.
- 2.2 Los pocos servicios de rehabilitación médica generalmente se dedican a la atención institucionalizada, que trae como resultado una cobertura excepcionalmente baja.
- 2.3 Las instituciones gubernamentales y no gubernamentales dedicadas a la atención de discapacidad trabajan aisladamente en Guatemala, por ausencia de un plan nacional con políticas y estrategias de acción que responden a las necesidades reales de esta población.

3) En relación a la intervención del Trabajador Social:

- 3.1 Las limitaciones que afronta el profesional de Trabajo Social comunitario en las instituciones estatales se debe a la falta de recursos: humanos, materiales y financieros que obstaculizan su accionar en la atención del problema de discapacidad.
- 3.2 El 100% de los Trabajadores Sociales entrevistados informaron lo urgente y necesario de elaborar un programa de promoción, prevención y rehabilitación a nivel nacional.

RECOMENDACIONES

1. De acuerdo a las limitaciones que afronta el Trabajador Social comunitario por falta de recursos humanos en áreas de acción, se recomienda a instituciones gubernamentales, no gubernamentales y universidades incorporar a trabajadores sociales profesionales o estudiantes del Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) en área rural de difícil acceso.
2. La discapacidad es un problema de salud de gran proporción a nivel mundial, por lo que es necesario generar las condiciones para crear a corto plazo el plan nacional de rehabilitación por las autoridades en turno.
3. Integrar el componente de rehabilitación basada en la participación comunitaria, en el programa de atención primaria en salud, para proporcionar atención adecuada al problema de discapacidad y acorde a nuestra realidad actual del país.
4. Que la familia y comunidad se capaciten para lograr la integración social del discapacitado y suprimir obstáculos que impiden la participación plena a optar mejores condiciones de vida.
5. Capacitar a todo el personal que labora en las comunidades rurales de salud, para proporcionar una mejor atención a la problemática de discapacidad.
6. Que las personas discapacitadas participen activamente en la planificación, ejecución y dirección de los servicios comunitarios de rehabilitación.

BIBLIOGRAFIA

- Ander-Egg, Ezequiel. Introducción a las Técnicas de Investigación Social. El Ateneo, México D.F., 1989.
- Caballero Z., Elsa Lily. Trabajo Social Espacios Profesionales y Participación Popular. III Encuentro de Trabajo Social, México, Centroamérica y El Caribe. Tegucigalpa, Honduras, agosto 1985.
- Diccionario Médico. Segunda Edición. Salvat Editores, S.A., - Barcelona, 1974.
- Ferrater Mora, José. Diccionario de Filosofía Abreviado. Editorial Sudamericana. Duodécima edición. Buenos Aires, marzo 1981.
- Harnecker, Marta. Los conceptos elementales del materialismo histórico. Trigésima quinta edición. Mayo 1976, siglo XXI, Ediciones, S.A.
- Helader, Finar. Programa de rehabilitación. Editado por la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza, - 1983.
- Hernández Sifontes, Julio. Cómo investigar en Guatemala. Segunda edición. Imprenta y fotograbado Llerena, S.A. Guatemala, 1987.
- Kayayán, Agop K. Fundamentos de la Metodología Participativa de la Investigación Participativa. UNICEF, Guatemala, C.A. junio 1978.
- Kottke, F.J., Stillwew, G.K. & Lehmann, J.F. Drucen. Medicina Física y Rehabilitación. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1988.
- Lumpkin, H. Garren. Estudio de Servicios para el Niño Discapacitado en Centro América y Panamá. Editado por UNICEF. Guatemala, agosto 1982.

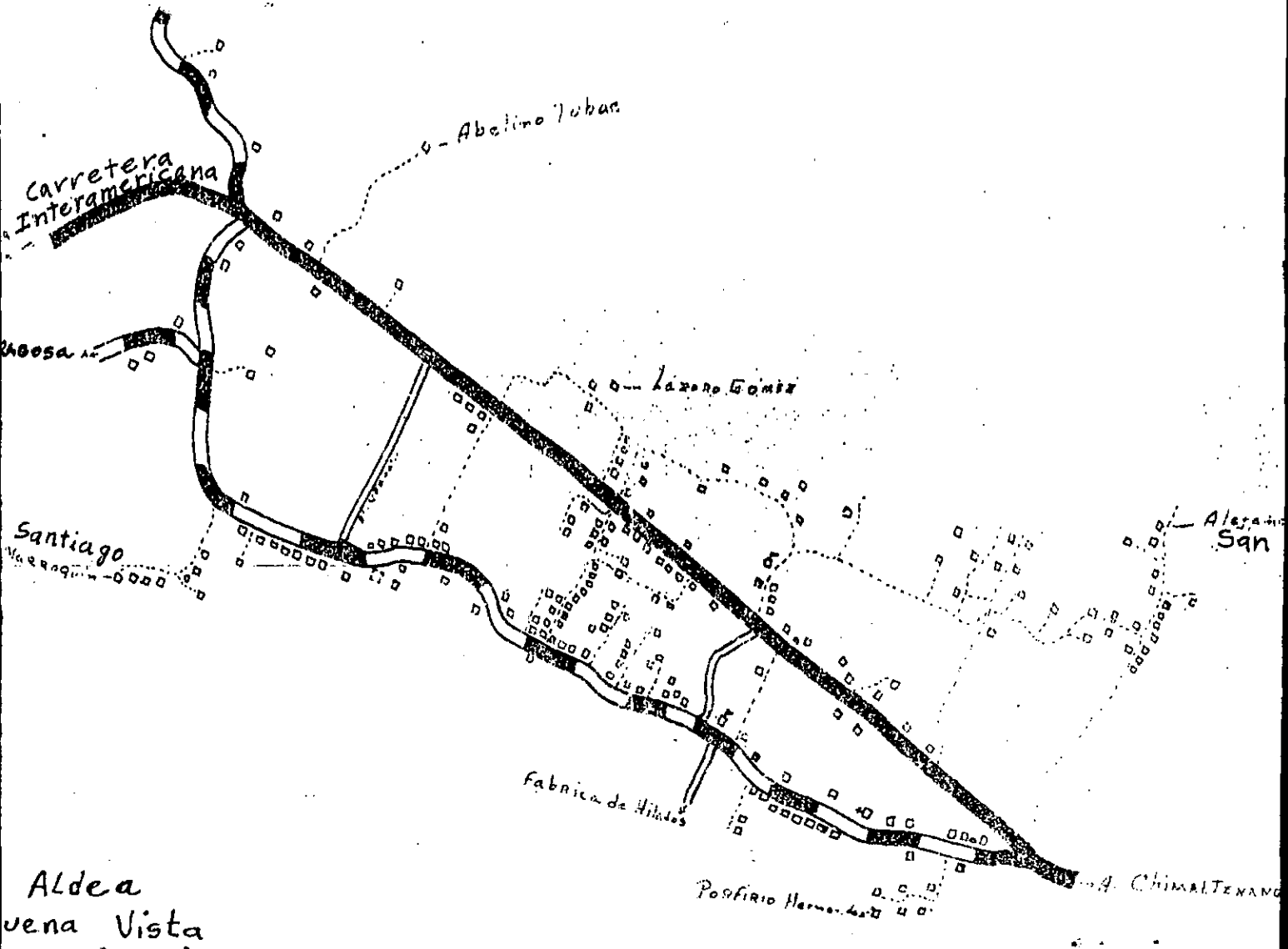
- Mendras, Henri. Elementos de Sociología. Editorial Laia, Barcelona, 1974.
- MSPAS. Correo de la Salud. Publicación del Departamento de Relaciones Públicas del Ministerio de Salud. - Guatemala, marzo 1991. (Publicación Científica No. 1) s.p.
- McAlees, Daniel C. Estudio sobre la Educación Especial en Guatemala. Editado por UNICEF. Guatemala, 1967.
- Naciones Unidas 1983-1992. Programa de Acción Mundial para los Impedidos. Naciones Unidas, Nueva York, U.S.A. 1983.
- Naciones Unidas. Carta para los Años 80 Rehabilitación Internacional. Edición castellana. Madrid, abril 1982.
- OMS. Atención Primaria en Salud, Alma Ata, 6-12. Editado por la Organización Mundial de la Salud. Unión Soviética, septiembre 1978.
- OMS. Taller Sobre el Plan de Acción para Alcanzar la Meta de Salud para Todos en el Año 2,000. Organización Mundial de la Salud. Guatemala, marzo 1983.
- OMS. Taller Participativo de Rehabilitación de la Comunidad. Editado por la Organización Mundial de la Salud. Washington, EE.UU., diciembre 1987.
- Plan de Acción. Instrumentación de las Estrategias Regionales. Editado por la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 1982.
- Plan General. Informe Seminario-Taller Encuentro de las Instituciones Miembros del Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional. Bogotá, Colombia, mayo - 1984.

- Plan Nacional. Para el Año Internacional de los Impedidos. - Editado por la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia de la República. Guatemala, noviembre 1980.
- Plan de Salud. 1991-1995. Nuestro Compromiso con la Salud Pública de Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala, febrero 1991.
- Pratt Faichild, Henry. Diccionario de Sociología. Editado por Fondo de Cultura Económica. México, D.F.
- Rojas Soriano, Raúl. Guía para Realizar Investigaciones Sociales. 4a. edición, Plaza y Valdez. México, junio - 1989.
- Schmelkes, Corina. Manual para la Presentación de Anteproyectos e Investigación. (Tesis), México, Ed. Harla, -- 1988.
- Saravia de Ovalle, Alma Iliana y Otros. Demandas de los sectores populares y la intervención de Trabajo Social en Salud. IV Encuentro Regional de Trabajo Social-Centro América, México y el Caribe. Guatemala, agosto 1987.
- Tecla J., Alfredo y Alberto Garza R. Teoría, Métodos y Técnicas en la Investigación Social. USAC. Guatemala.
- UNICEF. Discapacidad. Unidad de Capacitación y Asistencia Técnica en Atención Integral al Niño. Guatemala, - abril 1990. (Publicación científica No.1) s.p.
- Vásquez R., Reynerio. Guía de Investigación Documental. Ediciones Educativas. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. USAC. Guatemala, enero 1986.

Varios Autores. Educación Especial y su población objeto de estudio. Facultad de Ciencias Psicológicas, USAC., octubre 1986 (tesis).

Werner, David. El niño campesino deshabilitado. Editado por Fundación Hesperian, 1a. edición en español, Palo-Alto, California 1990.

A N E X O S



Carretera Interamericana

Abalino Tubas

Moosa A.

Lázaro Gómez

Santiago

Aldea San

Aldea Venavista

Fabrica de Hielos

Posfirio Hernández

Chimaltenango

Arretera Interamericana

Aldea Buena Vista

CHIMALTENANGO
 Cabecera Departamental
 Municipalidad de primer
 categoría. Ciudad
 Urbana.
 La Ciudad está
 dividida en 4 zonas
 y las colonias Santa-
 Ana, Buena Vista,
 El Esfuerzo, Sa Pa-
 blo, San Fernando,
 Santa Isabel, San
 Jacinto, El Rosario,
 La Alameda y Paac.

**EL MUNICIPIO ESTA
 INTEGRADO POR:**

- 1. Ciudad.
- 2. Aldeas.
- 7. Caseríos.
- 18. Fincas.
- 2. Parajes.
- 1 Parque Nacional.

ZONAS DE DESARROLLO:

- 3 Agrarias, 8 Granjas.
- 5 Labores, 3 Rancherías.

ALDEAS:

- 1. Buena Vista.
- 2. San Jacinto.

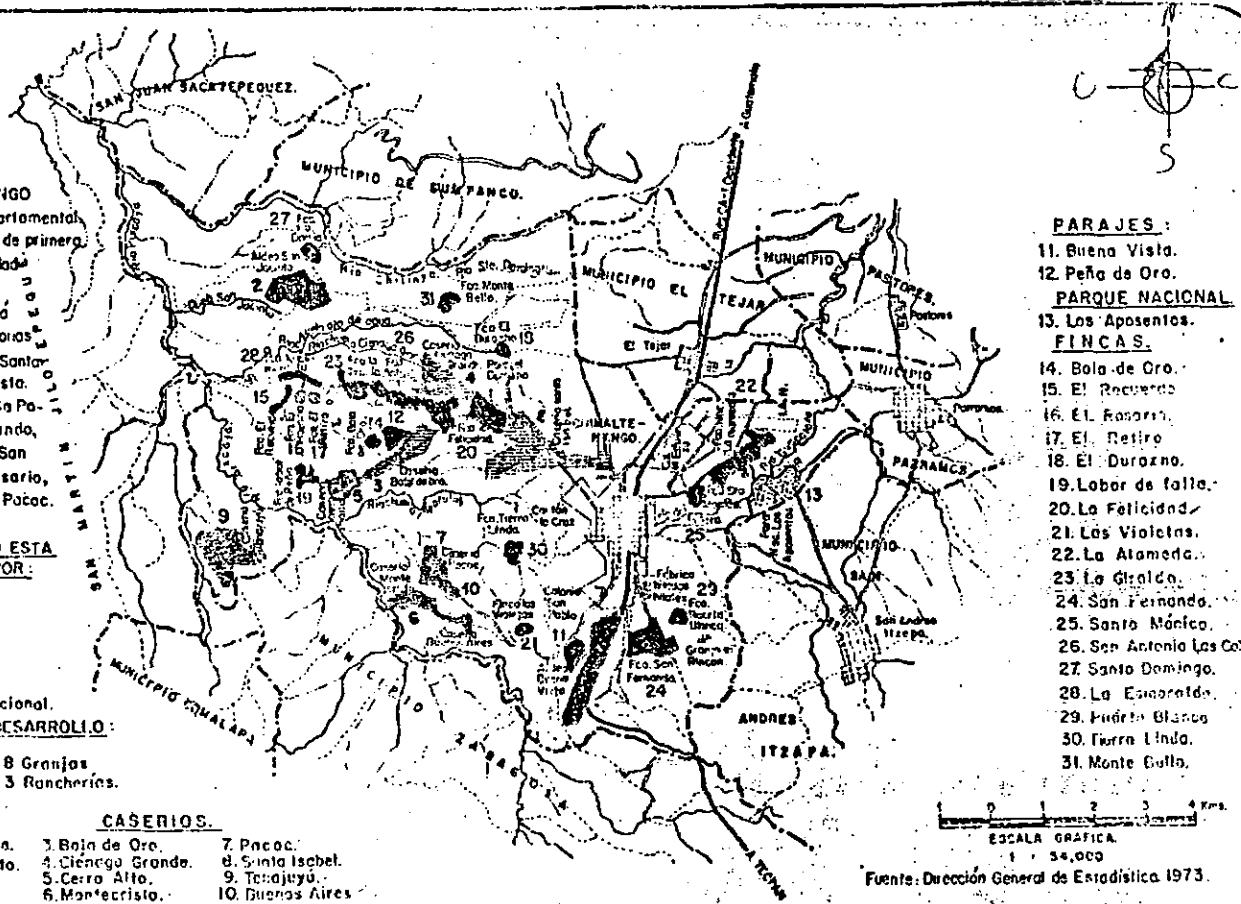
CASERIOS:

- 3. Baja de Oro.
- 4. Ciénega Grande.
- 5. Cerro Alto.
- 6. Manfrecista.
- 7. Paac.
- 8. Santa Isabel.
- 9. Tetzajuyá.
- 10. Buenas Aires.

- PARAJES:**
- 11. Buena Vista.
 - 12. Peña de Oro.

**PARQUE NACIONAL
 FINCAS.**

- 14. Bola de Oro.
- 15. El Recuerdo.
- 16. El Rosario.
- 17. El Retiro.
- 18. El Durozno.
- 19. Labor de falta.
- 20. La Felicidad.
- 21. Los Violetas.
- 22. La Alameda.
- 23. La Girald.
- 24. San Fernando.
- 25. Santo Mónico.
- 26. San Antonio Las Colinas.
- 27. Santo Domingo.
- 28. La Esmeralda.
- 29. Puerto Blanco.
- 30. Tierra Linda.
- 31. Monte Gulla.



ESCALA GRAFICA
 1 : 54,000

Fuente: Dirección General de Estadística. 1973.

REPUBLICA DE GUATEMALA.
 DEPARTAMENTO CHIMALTENANGO.
 MUNICIPIO DE CHIMALTENANGO.

PLANO.
 4.2 DIVISION POLITICA
 Y ADMINISTRATIVA.

SIGNOGRAFIA.

- Aldeas. 1 y 2
- Caserios. 3 a 10
- Parajes. 11 y 12.
- Fincas. 14 a 31
- Parque Nacional. 13

Rio Chitinya

Finca Santo Domingo



Quebrada Sn. Jacinto

Aldea San Jacinto

Entrevista a Trabajadores Sociales de Instituciones Públicas
y Privadas Especializadas de la atención de discapacidad física
y rehabilitación en el área urbana y rural.

La información que a continuación se le solicita, será utilizada para la elaboración de un estudio científico sobre la PROBLEMÁTICA SOCIAL DEL DISCAPACITADO DEL MUNICIPIO DE CHIMALTENANGO: ALDEAS BUENA VISTA Y SAN JACINTO. PROPUESTA DE INTEGRACION DE REHABILITACION Y LA INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL. Por lo que se solicita su valiosa colaboración y que sus respuestas sean verdaderas y lo más exactas posible. Agradeciendo anticipadamente su participación en la presente.

FECHA: _____

1) Institución a que pertenece: _____

2) Qué es para usted una persona discapacitada: _____

3) Atiende su institución casos de discapacidad física:

sí: _____ No: _____ Que porcentaje: _____

4) Cuales cree son las causas principales de la discapacidad: _____

5) Cuales son los casos más frecuentes de discapacidad física que se presentan en su institución por orden de prioridades: _____

6) Existe programa de rehabilitación en su institución?

si: _____ No: _____ Cual es: _____

7) Participa la familia en la rehabilitación del paciente: si _____ no: _____

Cómo: _____

8) Se dispone de recursos humanos, materiales y económicos adecuados? _____

si: _____ no: _____ Cuales, si su respuesta es afirmativa: _____

9) A qué institución refiere los casos de discapacidad que ameritan rehabilitación especializada: _____

10) En qué forma participa Trabajo Social en los casos de discapacidad física: _____

11) Se cuenta con equipo multidisciplinario para la atención de rehabilitación del paciente?

si: _____ no: _____

Si su respuesta es afirmativa describa al equipo de trabajo: _____

12) Cree usted importante un programa de prevención a la discapacidad en Atención Primaria en Salud? _____

OBSERVACIONES: _____



Entrevista a personas discapacitadas físicas del Municipio de
Chimaltenango: Aldeas Buena Vista y San Jacinto.

La información que a continuación se le solicita será utilizada para la elaboración de un estudio científico sobre la "PROBLEMATICA SOCIAL DEL DISCAPACITADO DEL MUNICIPIO DE CHIMALTENANGO: ALDEAS BUENA VISTA Y SAN JACINTO. PROPUESTA DE INTEGRACION DE REHABILITACION Y LA INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL". Por lo que se solicita su valiosa colaboración y que sus respuestas sean verdaderas y lo más exactas posible. Agradeciendo anticipadamente su participación en la presente.

FECHA: _____

1) Dirección habitual: _____

2) Edad: _____ sexo: _____ Estado civil: _____ Ocupación: _____

3) Nivel educativo: _____ Religión: _____

4) Qué tipo de discapacidad presenta y desde hace cuánto tiempo? _____

5) La discapacidad es congénita o adquirida? _____

6) Si la discapacidad que presenta es consecuencia de un accidente, cómo y dónde sucedió? _____

7) Ha buscado los servicios de una institución pública o privada para su tratamiento? _____

 sí: _____ no: _____ Dónde?: _____

8) Cuales son los problemas que afronta por su discapacidad?: _____

9) Tenencia de la tierra: _____ Vivienda propia: _____ alquilada: _____ prestada: _____

 Otros: _____

10) Condiciones de vivienda: _____

11) Alimentación: Buena: _____ Regular: _____ Deficiente: _____

12) GRUPO FAMILIAR:

Relación	Edad	Estado civil	Nivel educativo	Ocupación	Ingresos

13) Participa de las actividades familiares en el hogar:

si: _____ A veces: _____ No: _____ Cuales: _____

14) Participa de las actividades familiares fuera del hogar?

Si: _____ A veces: _____ No: _____ Cuales: _____

15) Participa en las actividades de la comunidad:

Si _____ A veces _____ No _____ Cuáles: _____

16) Es miembro de algún grupo comunitario?

Si _____ No _____ Si su respuesta es afirmativa, qué grupo?: _____

17) Participa en las actividades según su religión:?

Si _____ No _____ En donde: _____

18) Le gustaría visitar a amigos y vecinos? Si _____ No _____ Porqué: _____

19) Puede comunicarse con otras personas ajenas a su familia:

Facilmente: _____ Con dificultad: _____ Imposible: _____

20) Cómo cree que los miembros de la comunidad lo aceptan?

Bien: _____ Regular: _____ Con indiferencia: _____

21) Le gustaría trabajar en su comunidad o en otra parte:

Si: _____ No: _____ En dónde y de qué: _____

22) Conoce usted el Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación o ha escuchado hablar de él?

Si: _____ No: _____ Porqué? _____

23) Le gustaría recibir rehabilitación en su comunidad?

Si: _____ No: _____ Porqué: _____

24) Cómo se siente usted para enfrentar su problema de discapacidad y qué expectativas tiene para el futuro? _____

OBSERVACIONES: _____