

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

"LA INHABILITACION FISICA, SUS RELACIONES
INTERPERSONALES Y EL ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL
EN EL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL PARA NIÑOS Y
ADOLESCENTES MINUSVALIDOS (CRINAM)"

TESIS

Presentada a la Dirección
de la Escuela de Trabajo Social

POR

CLAUDIA LISBETH DIAZ GONZALEZ
LILIAM MARIBEL BARRIOS Y BARRIOS

Previo a conferirseles el Título de

TRABAJADOR SOCIAL

Guatemala, Septiembre de 1995.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

DL

15

+ (883)

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL.

EDIFICIO 8-1, 2o. NIVEL

Ciudad Universitaria, Zona 12

Guatemala, Centroamérica

Teléfonos:

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

Teléfonos Directos: 769590-769602

Fax: 769590

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

UNIVERSIDAD DE SAN

En vista de los dictámenes favorables que anteceden de los Licenciados Elizabeth Florián y Rudy Ramírez Díaz, en calidad de Asesor y Revisor respectivamente, esta Dirección autoriza la impresión de la tesis "LA INHABILITACION FISICA, SUS RELACIONES INTERPERSONALES Y EL ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES MINUSVALIDOS (CRINAM)", presentada por Claudia Lisbeth Díaz González y Liliam Maribel Barrios y Barrios, previo a conferírsele el título de Trabajador Social, una vez hayan sustentado el examen respectivo.

En la ciudad de Guatemala, a los once días del mes de octubre de mil novecientos noventa y cinco.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



César A. Estrada O.
Lic. César A. Estrada O.
Director

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA

DITETS-172/95



ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Edificio 5-1, 2º Nivel
Ciudad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

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

Guatemala,
11 de octubre de 1995

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

Señor Director:

Por este medio me permito comunicarle que he finalizado la lectura y revisión del informe "LA INHABILITACION FISICA, SUS RELACIONES INTERPERSONALES Y EL ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES MINUSVALIDOS (CRINAM)", presentado por las estudiantes: CLAUDIA LISBETH DIAZ GONZALEZ y LILIAM MARIBEL BARRIOS y BARRIOS.

Dicho informe fue debidamente revisado en su contenido y forma, habiéndose encontrado algunas incongruencias, las que por medio de reuniones fueron trasladadas las observaciones a las sustentantes, quienes con buen interés mejoraron el contenido y presentación del informe.

Por lo anteriormente expuesto, me permito dictaminar favorablemente, dejando a su respetable criterio la autorización de los trámites subsiguientes.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Lic. Rudy Ramírez Díaz
REVISOR

RRD/ndem
c.c. 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

Guatemala,
3 de abril de 1995

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

Señor Director:

Por medio de la presente le comunico que he asesorado el trabajo de tesis: "LA INHABILITACION FISICA, SUS RELACIONES INTERPERSONALES Y EL ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES MINUSVALIDOS (CRINAM)", sustentado por las estudiantes: CLAUDIA LISBETH DIAZ GONZALEZ y LILIAM MARIBEL BARRIOS Y BARRIOS.

En dicho trabajo se puede observar valiosos elementos teóricos y prácticos que vienen a enriquecer la teoría y labor del Trabajador Social.

En base a lo anterior, y porque cumple con los requisitos establecidos en esta Unidad Académica, emito **Dictamen Favorable** para que continúe con los trámites respectivos previos a la impresión y presentación final.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licda. Elizabeth Florián
ASESORA

EF/ndem
c.c. correlativo
expediente

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR: Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco
SECRETARIO: Dr. Otto Manuel España Mazariegos

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 Mérida
Licenciada: Aracely Quiroa de Gómez
Licenciado: Alfonso Solís
Licenciada: Amparo Meléndez López
Licenciada: Blanca Mercedes Aroche

CONSEJO ACADEMICO
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Maestra de Educ. Primaria: Edelmira Mendoza Pinelo
Maestra de Educ. Primaria: Margarita de Jesús García
Maestra de Educ. P/Hogar: Claudia Lorena Alfaro
Bachiller en CC. y Letras: Sara O. Franco Tejada
Maestra de Educ. Primaria: Lilian Nohemi Lucas V.
Secretaria Comercial: Rosa Elena Barillas C.

TRIBUNAL EXAMINADOR CENTRAL

DIRECTOR: Lic. César A. Estrada O.
SECRETARIA: T.S. Miriam Silda Fuentes
ASESORA: Licda. Elizabeth Florián
REVISOR: Lic. Rudy Ramírez Díaz
COORDINADOR DEL AREA
DE TRABAJO SOCIAL: Licda. Carolina de Martínez

DL
15
T(883)

ACTO QUE DEDICO

AL DIVINO CREADOR

Camino de Luz y Sabiduría que ilumina mi pensamiento.

A MIS PADRES:

Francisco Rodolfo Díaz y Díaz

Olga Esperanza González de Díaz

Con amor e inmensa gratitud, y que mi triunfo sea una mínima recompensa a sus sabios consejos y sacrificios.

A MIS HERMANOS:

Delfina Natividad, Marcia Jackeline, Erick Rodolfo,

Mildred Verónica, Flor de Liz y Arely Shadai

Con mucho amor.

Especialmente a mis Hermanos:

Magred Marisol y Jorge Francisco,

Por brindarme constantemente su comprensión, apoyo incondicional y amor.

A MI ESPOSO:

Luis Arturo López Barragán

Con inmenso amor y respeto, por su apoyo y comprensión.

A MIS ADORADAS HIJAS

Valeska Michelle y Cynthia Nineth

Con amor maternal por darme la alegría ser madre.

A MIS TIOS:

Especialmente a Rolando González por su apoyo incondicional.

A MIS SOBRINOS:

Con mucho cariño

A MIS AMIGAS

Lilian, Chaito, Evelia, Verónica, Noris,

Mayra, Aurora, Oli, Mily y Maritza.

Con cariño sincero.

A MI AMIGA Y COMPAÑERA DE TESIS:

Liliam Barrios de Sánchez

Con mucho cariño por su amistad y comprensión.

Y A USTED:

Respetuosamente.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS:

Divino Creador que permitió alcanzar esta meta trazada.

A MIS PADRES:

Miguel Angel Barrios Maldonado

Ana Isabel Barrios de Barrios

Por que sin su ayuda y apoyo moral no hubiera sido posible culminar esta carrera.

A MIS ABUELITAS:

Zoila Maldonado

María Barrios

Con mucho cariño.

A MIS HERMANOS:

Hannia Isabel, Elena Sorayda y Miguel Estuardo.

Que el triunfo alcanzado sea ejemplo para su vida estudiantil.

A MI ESPOSO:

Claudio Amilcar Sánchez M.

Por su amor, comprensión y apoyo incondicional.

A MI ADORADO HIJO:

Diego Amilcar

Con inmenso amor maternal.

A MIS AMIGAS:

Alida, Brenda, Emely, Ileana, Maité, Verónica, Noris,

Mayra, Aurora, Olga y muy especialmente a María Clara

Con amistad sincera.

A MI COMPAÑERA DE TESIS:

Claudia Lisbeth Díaz González

Por su comprensión.

A USTED:

Respetuosamente.

AGRADECIMIENTO ESPECIAL A:

Licenciado en Trabajo Social

FELIPE DE JESUS CALDERON PEREZ

Por su valiosa colaboración y ayuda brindada durante la realización y desarrollo del trabajo de Tesis. Así como también por las múltiples orientaciones dadas en el momento propicio. Por lo cual es nuestro deseo dejar constancia en esta Tesis que gracias a toda la asesoría brindada por él, se llegó a concluir otra de las metas trazadas en nuestra vida profesional.

DEDICATORIA ESPECIAL:

La presente Tesis está dedicada a todos los Niños Minusválidos de Guatemala, específicamente a los que asisten a recibir rehabilitación al Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos (CRINAM); de igual forma manifestamos un inmenso agradecimiento a la Fundación Pro-Bienestar del Minusválido (FUNDABIEM) por habernos brindado la oportunidad de realizar nuestro trabajo de investigación.

INDICE

PAGINA

INTRODUCCION

CAPITULO I

PRESICIONES CONCEPTUALES DEL TEMA INVESTIGADO

1.1	Definición de Salud	1
1.1.1	Natalidad	2
1.1.2	Mortalidad	3
1.2	Enfermedad	4
1.3	Necesidades Básicas	5
1.4	Minusválido	6
1.5	Incapacidad	6
1.6	Incapacitado	7
1.7	Invalidéz	7
1.8	Inválido	7
1.9	Limitado Físico	8
1.10	Lisiado	8
1.11	Relaciones	8
1.12	Relaciones Interpersonales	9

CAPITULO II

CARACTERIZACION DE LA SOCIEDAD GUATEMALTECA

2.1	Rasgos Sociales	10
2.1.1	Las Clases Sociales en Guatemala	10
2.1.1.1	La Clase Burguesa	12
2.1.1.2	La Clase Proletaria	13
2.1.2	Problemas Sociales	14
2.1.3	Estadísticas de la Invalidez en Guatemala	17
2.2	Situación Económica Actual	19

CAPITULO III

DESCRIPCION DEL AREA DE ESTUDIO

3.1	Antecedentes Históricos	21
3.2	Organización	21
3.3	Objetivos	22

3.4	Funciones	23
3.5	Cobertura	26
3.6	Servicios que proporciona	26
3.7	Equipo Multidisciplinario que labora en el Centro	27
3.8	Cantidad de Usuarios	27

CAPITULO IV

EL PAPEL QUE DESEMPEÑA EL TRABAJADOR SOCIAL EN LA INSTITUCION

4.1	Concepto de Trabajo Social	29
4.2	Objetivos y Principios del Trabajador Social que labora en la Institución objeto de Estudio	30
4.3	Funciones del Trabajador Social en el Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusvalidos	32

CAPITULO V

EXPOSICION DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

	Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados	34
--	---	----

CAPITULO VI

PROPUESTA DE LAS SUSTENTANTES PARA MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS

6.1	Presentación	59
6.2	Objetivos	59
6.3	Elementos Esenciales de la Propuesta	60

	CONCLUSIONES	62
--	--------------------	----

	RECOMENDACIONES	64
--	-----------------------	----

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La situación económica actual prevaleciente en Guatemala, dá origen a una serie de problemas socio-económicos por lo que se encuentra ubicado entre uno de los países del Tercer Mundo, llamado también en Vías de Desarrollo.

En toda esta problemática que presentan los sectores populares de nuestra sociedad, se desprende una gama de problemas de salud no excluyendo de éstos a los afectados por la minusvalía.

Por lo expuesto anteriormente surgió la inquietud de realizar el trabajo referente a la INHABILITACION FISICA, SUS RELACIONES INTERPERSONALES Y EL ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES MINUSVALIDOS (CRINAM), viéndose muy de cerca que existe en Guatemala una gran cantidad de niños y adolescentes que padecen de uno u otro problema de minusvalía.

La presente Tesis, se realizó por considerar que es de importancia conocer las causas que dan origen al problema de la Inhabilitación Física, la edad en que se manifiesta con mayor frecuencia y sobre todo determinar en que medida el mismo afecta para desenvolverse adecuadamente tanto en el ámbito familiar, así como también en la sociedad en que vivimos. Planteándose para ello objetivos generales y específicos, y para mejor interpretación del lector se mencionan a continuación:

OBJETIVOS GENERALES:

1. Brindar un mínimo aporte a la Universidad de San Carlos de Guatemala y Escuela de Trabajo Social, con el estudio y elaboración de la Tesis versada sobre: "La Inhabilitación Física"; con la finalidad que la misma sirva como fuente de información y consulta a los estudiantes en general.
2. Investigar en forma amplia características generales de la Institución, a manera de conocer los recursos con que cuenta para proporcionar los servicios necesarios en la rehabilitación del niño minusválido.
3. Conocer ampliamente aspectos referentes a los incapacitados físicos en general.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Investigar diferentes conceptos sobre la Limitación Física, con el propósito de una mejor preparación profesional.
2. Investigar los problemas por los que atraviesa el Limitado Físico en el desarrollo de sus diferentes actividades.

3. Establecer las causas que originan la minusvalía, conociendo los efectos que ésta ocasiona en los niños y la forma en que se enfrentan a diferentes problemas ante la sociedad.
4. Lograr un total acercamiento con los niños que reciben atención en el Centro objeto de estudio, a fin de establecer cuales son las relaciones interpersonales que se manifiestan.
5. Conocer la relación que se da entre padres e hijos minusválidos a manera de establecer en que grado se está contribuyendo a la rehabilitación de los mismos.
6. Entablar relación con las autoridades del Centro que será objeto de estudio, a efecto de recabar la información necesaria, conociendo así los servicios que proporciona para la mejor realización de este trabajo.
7. Determinar el tipo de rehabilitación que brinda el Centro objeto de estudio a la niñez minusválida y comprobar así en que medida se cumplen con los objetivos que pretende la misma.
8. Conocer el rol que desempeña el profesional de Trabajo Social en dicha Institución.

Los objetivos arriba mencionados fueron alcanzados en un porcentaje alto, debido a que se logró recabar toda la información referente al tema investigado, así como también información importante acerca de la Institución objeto de estudio.

Por consiguiente se efectuó un estudio de campo que dió como resultado el conocer ampliamente generalidades de los minusválidos que atienden en dicho Centro y los servicios que éste proporciona.

Sin embargo se tomó muy en cuenta la necesidad existente de conocer el rol que desempeña el Trabajador Social en el mismo, y la manera en que dicho profesional se identifica con los usuarios y sus familiares.

Se considera importante mencionar las hipótesis planteadas en el diseño de investigación:

1. La mayor cantidad de los minusválidos que reciben atención en el área de estudio son miembros de familias que viven en pésimas condiciones socio-económicas, dando como resultado la insatisfacción de las necesidades básicas en su mayoría.

2. Los usuarios del Centro padecen de uno o más tipos de invalidez, derivándose ellos a problemas congénitos, inadecuados cuidados, mala atención del niño en sus primeros cinco años de vida y por diversos tipos de accidente.
3. Las relaciones interpersonales de los pacientes que asisten al Centro son de cooperación, ayuda y compañerismo, siendo beneficiosas en su rehabilitación.
4. Las relaciones interpersonales que se dan en el círculo familiar se manifiestan a través de discordia, poca atención y comunicación, malos tratos y discriminación, lo que genera que la ayuda y atención recibida se vea truncada.

De las hipótesis descritas anteriormente es preciso mencionar que tres fueron comprobadas en su totalidad debido a que se conocieron las causas que dan origen a los múltiples problemas de minusvalía de los pacientes que reciben tratamiento en el Centro; llegándose a determinar que se debe a problemas congénitos antes y después del parto.

Además se comprobó que las relaciones interpersonales de los pacientes de la Institución investigada son de amistad, compañerismo y cooperación.

La cuarta hipótesis planteada fué rechazada porque dentro del grupo familiar tratan a sus hijos minusválidos con mucho amor y comprensión, sin discriminarlos por su limitación física.

Para efectuar éste trabajo de Tesis se utilizó el método inductivo y deductivo que parte de lo simple a lo complejo, de lo particular a lo general, acompañado de las técnicas de observación, entrevistas y visitas domiciliarias, llegando de esta forma a conocer a fondo el caso de un paciente que acude al Centro; para tal propósito se aplicó el instrumento de trabajo que es la boleta de investigación la cual sirvió de base para realizar el estudio de campo.

Este trabajo de Tesis está estructurado de la siguiente forma: El primer capítulo contempla una serie de conceptos que sirvieron de referencia y otros que fueron utilizados en el desarrollo de la Tesis.

En el segundo capítulo se plantean elementos de la situación socio-económica de nuestro país y su estado actual, así como también se da a conocer una estadística de la invalidez en Guatemala.

El tercer capítulo está constituido por la descripción general del Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos (CRINAM), los objetivos del mismo, las funciones que desempeñan miembros del personal que labora en el Centro y otros elementos de importancia que se consideró necesario conocer de la Institución investigada.

En el capítulo cuatro se da a conocer un concepto amplio de Trabajo Social, el papel que desempeña el profesional de ésta rama dentro del Centro, sus objetivos y principios, así como también las funciones que están a su cargo.

EL capítulo cinco contempla los resultados obtenidos de la investigación de campo efectuada en el Centro objeto de estudio, haciendo un análisis e interpretación de los datos, lo que se considera importante por contemplar aspectos objetivos de la investigación.

En el sexto capítulo se encuentra descrita la propuesta elaborada por las sustentantes del presente estudio en base a los resultados obtenidos de la investigación de campo.

Por último, se exponen las conclusiones y recomendaciones a las que se arribó, después de haber desarrollado el trabajo incluyendo además la bibliografía utilizada.

Se espera que los lectores tomen en cuenta los aspectos planteados en la misma, por ser de importancia para los minusválidos en general.

CAPITULO I

PRECISIONES CONCEPTUALES DEL TEMA A INVESTIGAR

Para introducirse al tema objeto de estudio, fué necesario consultar documentos relacionados con éste, a fin de interpretar y considerar con más precisión la temática abordada; de esa manera en este primer capítulo se presentan todos aquellos elementos teóricos que permiten ubicar el problema investigado.

1.1 DEFINICION DE SALUD:

El término salud es amplio y existen diversas definiciones debido a que es muy usado en nuestro medio, entre estas tenemos: "El completo bienestar físico, mental y social de un individuo para ejercer sus funciones normalmente" (1)

"La salud corresponde al estado óptimo de vitalidad física, mental y social que surge del accionar del hombre frente a los conflictos y a su solución."(2)

En el año 1946 en julio se funda la Organización Mundial de la Salud conocida como O.M.S. Esta institución que es la máxima autoridad en salud la define también como: "El estado del completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades." (3)

Si se toma en cuenta la definición dada por la Organización Mundial de la Salud y se relaciona con las condiciones de salud de nuestro país, vemos que ha existido y seguirá dándose una serie de problemas referentes a la salud; encontrándose así un gran déficit de la misma, como lo demuestran los siguientes indicadores.

-
- 1/ Constitución de la O.M.S.
Organización Mundial de la Salud 1,944
División de Información Pública y Educación para la Salud
Pag. 13.
 - 2/ Floreal A. Ferrara, et. al.
Medicina de la Comunidad, Medicina Preventiva Social y Administrativa.
Buenos Aires, Argentina 1,976
Pag. 5
 - 3/ Ferrara, Acebal, Paganini. Medicina de la Comunidad
Documento 1.1.15 Salud y Enfermedad
Editorial Intermédica, Buenos Aires, Argentina 1,972
Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Trabajo Social, Pag. 1

1.1.1 NATALIDAD:

Esta incluye los registros individuales de nacidos vivos y muertos. La tasa bruta de natalidad se dá como un índice de velocidad relativa en que aumenta la población a través de los nacimientos.

La fórmula de Natalidad es:

NUMERO DE NACIDO VIVOS
QUE OCURRIERON ENTRE LA
POBLACION DE UN AREA
GEOGRAFICA DADA EN UN AÑO.

TASA BRUTA ANUAL
DE NACIDOS VIVOS =

X 1,000

POBLACION TOTAL DE LA MITAD
DEL AÑO DEL AREA GEOGRAFICA
DADA DURANTE EL MISMO AÑO.

1.1.2 MORTALIDAD:

Esta incluye registro de enfermedades contagiosas y Condiciones Crónicas importantes, tales como son el cáncer, la diabetes, y las enfermedades del corazón.

"Las principales causas de mortalidad en el año 1,991 son:

CAUSA	No. CASOS	DISTRIBUCIONES
Total	63,051	100 %
Infección Intestinal	8,424	13.4 %
Bronconeumonía	6,404	10.2 %
Síntomas Generales mal definidos	3,754	6.0 %
Deficiencias de la Nutrición	4,254	6.7 %
Causas mal definidas de Morbilidad y Mortalidad	4,434	7.0 %
Trastornos de Líquidos, Electro- litros y Equilibrio Acido-Básico	1,177	1.9 %
Afecciones Originarias en el período Perinatal	4,653	7.4 %
Neumonía e Influenza	1,641	2.6 %
Infarto AL Miocardio	1,043	1.7 %
Muerte por arma de fuego	975	1.5 %
Parasitosis Intestinal	400	0.6 %

Tuberculosis Pulmonar	625	1.0 %	
Disritmia Cardiaca	1,319	2.1 %	
Sarampión	68	0.1 %	
Otras causas	23,879	37.9 %	(4)

1.2 ENFERMEDAD:

"La enfermedad es un trastorno definido que puede afectar total o parcialmente, al organismo o la psique. El estado de enfermedad es siempre reacción o respuesta a una situación casual de orden microbiano, traumático, religioso o social." (5)

También se define como enfermedad a la "Alteración más o menos grave de la salud, perturbación del estado fisiológico de un organismo considerada desde su agente productor hasta sus consecuencias finales, sin que el estímulo o causa haya de ser necesariamente morbosa o patológica. La clasificación puede establecerse desde distintos puntos de vista etiológico, anatómopatológico, por sistemas o aparatos, etc.

Según la causa se distinguen en infecciosas, parasitarias, etc. Según el curso en agudas, crónicas, periódicas, intermitentes, recurrentes, etc. Según la localización en externas o internas. Según su naturaleza en esenciales, primitivas, secundarias y febriles. Según su origen en congénitas, hereditarias y adquiridas. Según su propagación en contagiosas, epidemias y esporádicas y según su tratamiento en médicas y quirúrgicas.

Toman también en muchos casos el nombre del médico que las definió o halló el tratamiento para su curación."(6)

- 4/ Algunos Indicadores Estadísticos, 1,992
Fuente: INE, Sección de Estadísticas Vitales Pag. 28
Distribución: Centro de Información, Documentación y Publicaciones
Dirección Cablegráfica
Inestadística
Enero 1,995
- 5/ Océano Uno
Diccionario Enciclopédico Ilustrado
Grupo Editorial Océano
Edición 1,992
- 6/ Diccionario Bibliograf VOX
Enciclopédico
Tomo 2
Pag. 1,223

Ahora más que nunca puede expresarse de una manera determinante que no hay enfermedad sin componente social, pero mejor decir que no puede plantearse el conocimiento de la salud y sus acciones si se niegan, disminuyendo o ignorando los factores sociales en los que se mueve el hombre contemporáneo.

El proceso salud-enfermedad es una unidad dialéctica en un individuo, no pudiéndose considerar a una persona totalmente enferma o completamente sana.

Todo esto nos permite afirmar que la enfermedad y la salud han dejado de ser un fenómeno individual para convertirse inexorablemente en un hecho colectivo.

El proceso salud-enfermedad se da a través de los factores determinantes y condicionantes. El factor determinante, es la estructura socioeconómica, pues ésta determina el modo de producción de una sociedad.

El factor condicionante en el país es la estructura que modela a la condicionante, en lo que respecta a la desnutrición, analfabetismo social, falta de satisfacciones de necesidades básicas, etc.

1.3 NECESIDADES BASICAS:

Todo ser humano está propenso a contraer enfermedades por diferentes causas y en circunstancias distintas, esto se debe a la satisfacción inadecuada de las necesidades básicas a que cada individuo tiene derecho.

Las necesidades básicas más importantes son las siguientes:

- Vivienda
- Alimentación
- Vestuario
- Educación
- Salud
- Transporte
- Recreación.

En relación a esto y según el Licenciado Alfonso Portillo indicó que "El déficit habitacional es más de 1,000,000 sumando cerca de 50,000 en estado de deterioro y 10,000 aumentan por año sin techo propio." (7)

EL INCAP señaló que aproximadamente el 75% de los niños menores de 5 años sufren de algún grado de desnutrición. Es importante mencionar que la desnutrición y la subalimentación son los factores que determinan una alta tasa de mortalidad infantil específicamente en las áreas rurales del país.

7/ Portillo, Alfonso
Déficit Habitacional
Siglo Veintiuno, Guatemala noviembre 1,993
pag. 11

El desempleo y el bajo salario, son los factores que inciden en la forma de vestir de cada persona, ya que existen otras necesidades prioritarias.

Guatemala ocupa uno de los primeros lugares de analfabetismo a nivel mundial y esto se debe a la falta de Centros Educativos en las áreas marginales y rurales contándose con "Un índice de 39.0% de analfabetismo." (8)

La población guatemalteca sufre graves problemas de salud, debiéndose ello a la extrema pobreza, el medio ambiente, falta de hospitales, centros de salud y asistencia médica preventiva; es por lo anteriormente expuesto que en nuestro país "La tasa de mortalidad general X 1,000 es de 6.7%." (9)

En cuanto al transporte hay deficiencias para trasladarse de un lugar a otro en la capital, así como también para viajar al interior del país.

En la actualidad la delincuencia y la drogadicción es alarmante debiéndose ello a la falta de Centros Recreativos, Areas Verdes, como también por las orientaciones recibidas en el círculo familiar y social, influyendo además otros factores en ésta problemática.

Se considera importante tener una conceptualización amplia sobre la definición de la palabra MINUSVALIDO, debido a que en nuestro medio son utilizados varios conceptos que al momento de analizarlos vienen siendo sinónimos, es por ello que a continuación se presentan algunos de estos:

1.4 MINUSVALIDO:

A: "El término Minusválido es sinónimo de: Lisiado, Incapacitado, Inhabilitado, Inválido, Disminuído, Discapacitado, etc." (10)

8/ Boletín Informativo del Sistema Nacional de Indicadores Sociales
No. 1
NOTISIS
Octubre 1,994, Pag. 8

9/ IDEM
Pag. 4

10/ Plan Nacional de Rehabilitación
República de Chile, Ministerio de Salud Pública de Chile, Comisión Nacional de Rehabilitación 1,966
Pag. 2

B: "La dicotomía Minusválido equivale muy posiblemente en esta sociedad nuestra a marginados integrados. El primer concepto significa para nosotros exclusión, comunicación, soledad, el segundo vida con todos y entre todos." (11)

C: "Aquellas personas que sufren una disminución de su capacidad funcional, lo que le impide llevar una vida socialmente útil y provechosa; la invalidéz depende de la condición patológica que la provoca, y es parte de la adaptación del individuo a ella." (12)

Se puede deducir que en nuestro medio ésta terminología es la más usual, porque constantemente se está nombrando Minusválido a personas con determinado problema físico.

Como profesionales de Trabajo Social se llegó a concluir que la forma anteriormente mencionada de tratar a personas que padecen problemas físicos es errónea, porque la misma es directa o indirectamente ofensiva.

1.5 INCAPACIDAD:

A: "Insuficiencia operativa, resultado en el caso particular de ese individuo y en ese medio determinado, con la consiguiente ruptura y resentimiento de la integración en posibilidad más o menos grave para restaurar o mantener el equilibrio que se ha roto." (13)

B: "La incapacidad se produce como consecuencia de la invalidéz, pero esta no siempre acarrea incapacidad.

Existe incapacidad cuando una invalidéz provoca una disminución considerable y permanente de la capacidad de la persona para actuar social y profesionalmente." (14)

11/ Plan Nacional de Rehabilitación
República de Chile, Ministerio de Salud Pública de Chile, Comisión Nacional de Rehabilitación 1,976.

Pag. 2

12/ IDEM

Pag. 2

13/ Enciclopedia Cumbre

Tomo 6, 1,992

Pag. 179

14/ IDEM

Toda persona que posee determinada limitación para actuar frente a la sociedad, se le denomina incapacitado; sin embargo es conveniente mencionar que no todas las personas que presentan esta problemática sean incapaces de realizar determinada actividad, afirmando esto porque en Guatemala existen profesionales con algún tipo de problema físico desempeñando cargos importantes.

1.6 INCAPACITADO:

"El término que se designa a toda persona cuya posibilidad de obtener y conservar un empleo adecuado se hallan realmente reducidos debido a una disminución física y mental, se dice que el Incapacitado no tiene capacidad legal como loco, pródigo, sordomudo." (15)

Si se analizan los numerales 1.5 y 1.6 se encuentra que ambos tienen estrecha relación por contar con un significado similar.

1.7 INVALIDEZ:

"Expresión cuantitativa de la disminución de la capacidad del individuo; es decir que un individuo inválido es el que por accidente ha perdido un miembro y aunque lo tenga no puede valerse de él o de otra parte de su cuerpo.

La invalidéz se clasifica en cuatro ramas que son:

1.7.1 Invalidéz Física

1.7.2 Grados de Minusvalía Física

1.7.3 Invalidéz Psicológica

1.7.4 Invalidéz Social." (16)

Este es otro término manejado con regularidad en nuestra sociedad, denominándose inválido a aquellas personas que sufren determinado tipo de invalidéz.

1.8 INVALIDO:

"Que no tiene fuerza ni vigor. Se dice que la persona que adolece de un defecto físico o mental que le impide o dificulta alguna de sus actividades." (17)

15/ IBIDEM

Pag. 179

16/ IBIDEM

17/ IBIDEM

1.9 LIMITADO FISICO

"Es aquella persona que sufre alguna alteración funcional o anatómica; como resultado de un tratamiento, de una enfermedad, una neoformación que le impide en mayor o menor grado realizar las actividades diarias de la vida humana." (18)

1.10 LISIADO:

"El término Lisiado significa tullido o valdado: que quiere decir impedimento físico del uso de un miembro, lo cual es sinónimo de inválido." (19)

En la actualidad los términos que más se utilizan para designar a las personas con determinado problema físico son: Minusválido y Lisiado, excluyendo términos menos hirientes tal es el caso de Discapacitado debido a que se considera con este último que cuando se nombra a las personas no se sienten rechazadas y discriminadas en su totalidad por la sociedad en general; y es por ello que para fines de este estudio se van a utilizar en su desarrollo los conceptos de: Minusválido, Lisiado y específicamente Discapacitado.

Los términos mencionados en párrafos anteriores son palabras sinónimas porque al momento de hacer la respectiva interpretación se comprueba que el significado da a entender específicamente: Que existen personas que por una u otra razón tiene determinada limitación o impedimento físico.

Es necesario tener presente la conceptualización de la palabra relaciones y para ello se tomó en cuenta la definición de Ezequiel Ander Egg.

1.11 RELACIONES:

"Toda conexión o vínculo entre dos o más personas o grupos, que surge de la interacción que se produce entre ellos. Esta conexión puede ser asociadora o disociadora directa o indirecta, inmediata o remota, real o imaginaria." (20)

18/ Ministerio de Trabajo, Instituto de Previsión
Sanitaria de la Seguridad Social, La Paz, Madrid.
Docencia de Médicos Residentes, parte I año 1,973.

19/ IDEM

20/ Ezequiel Ander Egg
Diccionario de Trabajo Social
Editorial "El Ateneo" A.ss. de C.V.
Primera Edición corregida y aumentada
Segunda reimpresión en México, 1,984
Pag. 262 - 263

"Las Relaciones Humanas para decirlo sencillamente, consiste en el arte de llevarse bien con los demás. Siempre que se reúnen dos o más personas se establece una interacción. El proceso de las Relaciones Humanas es una fuerza activa, que lleva a la creación de las relaciones agradables o desagradables." (21)

1.12 RELACIONES INTERPERSONALES:

Tienen por finalidad establecer relaciones satisfactorias entre los miembros de una institución, círculo social y familiar, etc. a fin de armonizar las relaciones interpersonales y lograr una mayor y mejor comunicación.

"Los programas de formación en Relaciones Humanas son un medio de aprendizaje experiencial; su finalidad consiste en procurar que el individuo se conozca mejor a sí mismo y a las interacciones sociales y organizacionales." (22)

Se puede decir que las Relaciones Interpersonales es una necesidad social del individuo ya que ésta se refiere a la manera como los seres humanos se relacionan entre si, a nivel familiar, con amigos y con otras personas en general.

21/ Adam Sferra, Mary Elizabeth Wright, Louis A. Rice
Personalidad y Relaciones Humanas
Segunda Edición
México D.F. marzo de 1,979
Pag. 6

22/ Lucien Albert Pierre Simón
Las Relaciones Interpersonales, Manual de Animador
Tercera Edición
Editorial Herder, Barcelona 1,979
Pag. 7

CAPITULO II

CARACTERIZACION DE LA SOCIEDAD GUATEMALTECA

El presente capítulo consiste en realizar un breve análisis de los diversos estratos sociales que conforman la sociedad guatemalteca y los diferentes conceptos de los sociólogos que se ocupan del estudio de la misma, lo cual permitirá una mejor interpretación del contexto en que se enmarca el problema investigado.

2.1 RASGOS SOCIALES:

Guatemala es un país que se encuentra por el nivel socio-económico en vías de desarrollo; donde prevalecen fundamentalmente grupos sociales poseedores de los bienes de producción y grupos que únicamente tienen como riqueza su fuerza de trabajo para sobrevivir.

En nuestro medio aún se dá la explotación del hombre por el hombre, en donde los primeros son poseedores de los medios de producción y los últimos son todas aquellas personas asalariadas; con esto se ve la diferencia de como se dan las clases sociales en Guatemala.

En referencia de los anterior, se considera necesario hacer un análisis de la situación económico-social que en la actualidad prevalece en nuestro país debido a que la problemática de salud alcanza un alto porcentaje y por ende el problema de la Minusvalía no se encuentra aislado de este marco contextual por ser el aspecto económico el factor determinante en nuestra sociedad.

De acuerdo a la teoría social; en nuestro país existe la división de clases que se trata de exponer en los subsiguientes párrafos:

2.1.1 LAS CLASES SOCIALES EN GUATEMALA:

Existen varias definiciones respecto a clase social, Lenin dice "Llamamos clases a los grandes grupos de personas que se diferencian por el lugar que ocupan en el sistema de producción social históricamente determinado, por su relación (en la mayoría de los casos legalmente refrendada) respecto de los medios de producción, por su papel en la Organización Social del Trabajo y, por consiguiente, por el modo de obtención y el volúmen de la parte de riqueza social de que dispone. Las clases son grupos de personas de los que uno puede apropiarse de su fuerza de trabajo del otro, gracias a los diferentes lugares que ocupan en un determinado sistema de economía Social" (23)

23/ Kuusinen Otto V., et. al.
Manual de Marxismo - Leninismo
Ciencias Económicas y Sociales, pag. 155

Los sociólogos latinoamericanos que se han ocupado del tema en cuestión; entre ellos el sociólogo brasileiro Theotonio Dos Santos, el científico social ecuatoriano Agustín Cueva y el filósofo Ricardo Burguette. El primero de los tres mencionados anteriormente señala que el concepto de clase surgió, teóricamente al nivel del surgimiento de un determinado modo de producción, además Dos Santos hizo un análisis del concepto de clases en diferentes niveles: "En un primer nivel, el modo de producción. En un segundo nivel, señala, debemos abordar la estructura social y, en un tercero, la situación de clase (psicología de esa clase). Finalmente un cuarto nivel de análisis, para tratar la coyuntura." (24)

Dos Santos termina resumiendo su concepto de clase, como "Aquellos agregados básicos de una sociedad, que se oponen entre sí por el papel que desempeñan en el proceso productivo, desde el punto de vista de las relaciones que establecen entre sí, en la organización del trabajo y en cuanto a la propiedad." (25)

Agustín Cueva pone en alto "Que al Márxismo le es ajena la división clásica de la sociedad en tres clases: Alta, Media y Baja, porque dichas clases sociales son simples categorías nominales. La estructura de clase tampoco deriva de diferencias en los ingresos, en el nivel educativo, prestigio, la raza o la religión." (26)

Burguette realizó un análisis y síntesis de las ideas marxistas en tres marcos estructurales: "1. La estructura teórica donde destaca la composición de fuerzas de producción de esa sociedad (sus fuerzas de producción). 2. La estructura económica, que resulta de la estructura teórica donde el conjunto o suma de las relaciones de producción configuran esa estructura. 3. La estructura social, que emana de la estructura técnica económica, más compleja que la primera.

24/ Hernández Sifontes, Julio
Algunas Ideas sobre las Clases Sociales
Revista No. 6
Trabajo Social
Pag. 76
Guatemala, noviembre de 1,986
Dirección y Edición
Felipe de Jesús Calderón

25/ IDEM
Pag. 77

26/ IBIDEM
Pag. 78

El profesor Burguette sostiene que las formas anteriores no son los únicos componentes de la estructura social, sino que habría que considerar las condiciones de vida de esa sociedad, el nivel de desarrollo de la conciencia social, (ideología, conciencia religiosa, conciencia nacional, psicología social). Además analizar la conducta social, expresada por el papel político, social, el grado de organización, actividad social, etc. de esas clases." (27)

Es importante conocer las diversas definiciones sobre clases sociales, porque éstos conocimientos ayudan a saber con veracidad, las fuerzas internas y externas, que en un momento dado podrán ser apoyo de los grandes cambios que nuestro país necesita para mejorar.

La formación económico-social que impera en el país es el capitalismo, la sociedad guatemalteca bajo éste régimen se divide en dos clases fundamentales: La Burguesía y el Proletariado.

2.1.1.1 LA CLASE BURGUESA:

"El sector más poderoso política y económicamente de la formación social burguesa guatemalteca contemporánea, lo constituye la clase social de la burguesía, grupo en que la organización de la mayoría de sus miembros o grupos de poder llega a tener la más completa sistematización y del que sus vinculaciones con el medio ambiente nacional e internacional, hace de sus miembros un grupo de estructura compacta, donde los intereses son más homogéneos, siendo ésta clase la que posee los medios de producción existentes en una sociedad, lo cual le permite comprar la fuerza de trabajo y apoderarse de la plusvalía.

Históricamente la burguesía regional de Guatemala empieza a tomar conciencia de clase para sí y aperfilarse regionalmente como tal poco después de iniciada la segunda mitad del siglo pasado. Aunque desde un punto de vista general, constituyéndose ésta en un grupo social que conforma una clase homogénea con intereses y conciencia de clase definida." (28)

27/ IBIDEM
Pag. 78

28/ Flores Alvarado, Humberto
El Adamcismo y la Sociedad Guatemalteca
Tercera Edición
AÑO 1,984
Pags. 298 - 299 - 300.

"El capitalismo cuenta con una ley económica que es la plusvalía siendo ésta el valor que el obrero crea más allá del valor de la fuerza de trabajo.

Existen dentro del capitalismo dos clases de plusvalía: Plusvalía Absoluta y Plusvalía relativa. La primera se obtiene mediante la prolongación de la jornada del tiempo necesario de trabajo y la segunda se dá a través de la reducción del tiempo necesario del trabajo y del cambio con el consiguiente aumento del tiempo adicional del trabajo." (29)

2.1.1.2 LA CLASE PROLETARIA:

"Una característica general para todos los miembros de la clase social de los proletarios, es que la única fuente de sus ingresos monetarios es el salario devengado por la venta de su fuerza de trabajo. Dentro de esta generalización caben, pues, todas aquellas personas que trabajando en diversas ramas de la producción y con distintos niveles tecnológicos de especialización, venden su fuerza de trabajo a los dueños de los principales medios de producción a cambio de un salario." (30)

El proletario dentro del sistema capitalista juega un papel que le permite obtener un ingreso de acuerdo a la venta de su fuerza de trabajo, es por ello que se define como: Clase Social surgida con el desarrollo de la sociedad capitalista, formada por todos aquellos que no poseen bienes de producción y cuyos ingresos provienen exclusivamente del salario que perciben por la venta de su trabajo a los capitalistas, de un modo general designa a todos lo que se ven obligados a vender su fuerza de trabajo para poder subsistir.

Los miembros de la clase proletaria constituyen demográficamente uno de los sectores populares más numerosos de la población guatemalteca y ésta tiene como denominación común la oferta que sus miembros hacen de su fuerza como único medio de vida y el salario devengado por la venta de ésta, como su sola fuente de ingresos.

29/ Flores Alvarado, Humberto
El Adamcismo y la Sociedad Guatemalteca
Tercera Edición
Año 1984
Pag. 301

30/ IDEM
Pags. 284 - 285

"Dentro de la clase proletaria podemos ubicar cuatro grupos sociales diferenciados que son:

1. Los Obreros Agrícolas
2. Los Obreros Industriales
3. Los Empleados Burócratas
4. Los Profesionales Independientes." (31)

Independientemente de las clases que existen en Guatemala, es de puntualizar que la minusvalía es un problema que como ya se dijo con anterioridad se manifiesta en personas de diferentes estratos sociales, es decir que cuando ésta problemática se presenta no toma en cuenta edad, sexo, grupo étnico y condición social.

2.1.2 PROBLEMAS SOCIALES

Siendo Guatemala un país eminentemente agrícola que atraviesa una problemática social caracterizada por la deficiencia de recursos económicos; la explotación del hombre por el hombre, carencia de fuentes de trabajo, etc., es la situación que prevalece en la gran mayoría de la población.

Dentro de los problemas sociales que se manifiestan en la sociedad guatemalteca, se puede esbozar someramente los siguientes:

Salud: Este es un aspecto indispensable para lograr el desarrollo integral de cada una de las personas de la sociedad, debido a que si una persona no satisface en forma adecuada sus necesidades básicas; es imposible que desarrolle satisfactoriamente sus actividades diarias.

El sector infantil es el que en la actualidad se ha visto más afectado por diferentes problemas de salud, pues en algunos casos provoca Incapacidad Física. Esta problemática social en Guatemala se dá por varias razones entre las cuales tenemos: Deformaciones congénitas, problemas al momento del parto, amputaciones, secuelas de lesiones óseas, por secuelas de quemaduras, cicatrices deformantes por accidente, desinformación de los cuidados que debe tener la madre durante el embarazo, poca atención y cuidados que se le brindan al niño de 0 - 5 años, falta de estimulación temprana, contaminación del ambiente, falta de inmunización.

Es necesario interpretar las consecuencias por las que atraviesa el Limitado Físico inmerso en la sociedad guatemalteca, en primer lugar se enfrenta con problemas en el ámbito familiar, que el tener un grado de Minusvalía le obligan a llevar una vida muy diferente a las personas normales y muchas veces perturba sus relaciones

familiares al no ser comprendido, es decir, que dependerá de la familia, principalmente la conducta que el afectado observe ante su problema. A veces se cometen errores de sobreprotección y demasiada atención hacia el Incapacitado, lo cual trae como consecuencia resultados desfavorables volviendo al Discapacitado muy dependiente, no lo dejan actuar por sí sólo y ésto hace que no pueda desenvolverse normalmente dentro del ámbito familiar y mucho menos en la sociedad.

Otra de las afecciones se dá en el círculo laboral, dirigiéndose con esto a los adolescentes y adultos Minusválidos al cerrárseles la posibilidad de trabajar y contribuir al ingreso económico del núcleo familiar. Si a ésto se agregan las pocas fuentes de trabajo, los salarios reducidos y los problemas propios de la economía actual, como son el alto índice inflacionario y la recesión económica que involucra elevación desmedida de los precios de los bienes de consumo popular y disminución de la actividad económica, con la secuela de reducción de puestos de trabajo, se tiene un cuadro completo de las dificultades que debe afrontar para cumplir su papel al frente de sus posibilidades económicas.

Los incapacitados Físicos también presentan problemas de vivienda, ya que dependiendo del tipo de éstas, como la forma de construcción éstos tendrán problemas de movilización en casa; debido a espacios estrechos, dormitorios en segundo nivel, resultando la casa inadecuada y sobre todo por el problema de hacinamiento que tanto se dá en las clases populares, lo cual no les permite desplazarse ni tener ninguna comodidad, ya que la vivienda se concreta en un pequeño cuarto donde habita una familia numerosa.

Es importante señalar la dificultad que tienen los Discapacitados para trasladarse de un lugar a otro, o bien a sus lugares de trabajo, refiriéndose con ésto al problema del transporte, movilidad y locomoción; por ejemplo la falta de comprensión y paciencia colectiva hacia los Minusválidos, sufriendo la indiferencia de los conductores y las exigencias de los usuarios. Como última consecuencia de la Incapacidad Física se hace notar la insuficiencia de Centros Hospitalarios, los cuales brinden rehabilitación a personas con determinado problema físico. Sin embargo, es importante mencionar la influencia que ejerce el factor económico en problemas de atención hospitalaria, debido a que por falta de recursos económicos los niños y adolescentes Minusválidos, no reciben la atención adecuada según el problema en Centros de Rehabilitación Lucrativos, además por desinformación e interés, el Lisiado o familiares del mismo no conocen la existencia de Centros de Rehabilitación en donde brindan atención a personas con cualquier deficiencia mental o física, siendo estos no lucrativos.

Uno de los factores que está vinculado estrechamente con la salud es el problema

de la alimentación inadecuada, "Generándose éste específicamente en la niñez y, se manifiesta más en los grupos mayoritarios debido a que el 81% de los niños menores de 5 años padecen de desnutrición en algún grado. Lo cual en determinadas ocasiones les provoca la muerte." (32)

Educación: Guatemala como país subdesarrollado tiene una alta tasa de analfabetismo. Antes de continuar con el desarrollo de esta determinante socio-económica es necesario aclarar que el crecimiento de analfabetismo es el principal problema educacional. "Contando que el 70% de la población guatemalteca es analfabeta y existe un faltante de 44,000 aulas y más de 22,000 maestros; para mantener el nivel educativo actual sería necesario crear 4,000 plazas al año." (33)

Dentro de las causas del analfabetismo tenemos:

- Pobreza,
- Desnutrición,
- Monopolismo,
- Falta de atención educativa,
- Ausentismo escolar,
- Legislación relacionados con la alfabetización de adultos,
- Situación geográfica.

En la mayoría de las áreas rurales no se cuenta con Centros Educativos inmediatos y personal especializado, y es por ello que la probabilidad que tiene un niño de una familia en extrema pobreza de asistir a la escuela es mínima. Cabe mencionar que el Ministerio de Educación, no se ha preocupado por crear nuevos Centros educativos especiales para niños con problemas de Minusvalía, y programas que estén de acuerdo a los intereses y al alcance de las clases populares.

32/ Silvia C. Ulises, Lilian Zepeda
Problemática de la Madre Soltera en la Sociedad
Guatemalteca (específicamente casos atendidos en el Bufete Popular de la
Universidad de San Carlos de Guatemala).
Escuela de Trabajo Social
Guatemala, Julio de 1,991
Pag. 11

33/ IDEM
Pag. 14

"Entre otros aspectos que han influenciado en éste sub desarrollo educacional está el desconocimiento, o el no tomar en cuenta la naturaleza real del marco cultural de la sociedad guatemalteca que es multiétnico, multilingüe y pluricultural. Este fenómeno se traduce en estrategias educacionales erróneas, carentes de funcionalidad en relación con las necesidades reales de una población de gran diversidad como lo es Guatemala, lo que no permite un acercamiento o intercambio de cultura, necesarios para el desarrollo tanto de la comunidad urbana como rural." (34)

La gran mayoría de la población vende su fuerza de trabajo por un salario mínimo, siendo éste insuficiente para cubrir las necesidades de nutrición alimenticia y de salud, despreocupándose por alcanzar un progreso a nivel educacional y cultural.

2.1.3 ESTADÍSTICAS DE LA INVALIDEZ EN GUATEMALA:

La situación económica del país es bastante problemática y ello hace que existan Centros de Rehabilitación en el mismo, siendo uno de estos el Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos (CRINAM), el cual forma parte de la Fundación Pro-Bienestar del Minusválido (FUNDABIEM), en donde proporcionan asistencia médica, rehabilitación a base de terapias del lenguaje, terapia ocupacional, hidroterapia, terapia respiratoria, psicología, Trabajo Social, escuela para padres, Musicoterapia, etc.

En nuestro país existe un gran número de personas que padecen algún tipo de minusvalía, debiéndose esto a las causas mencionadas en el subtema anterior, lo cual se demuestra en la siguiente tabla:

"Población total según al Anuario Estadístico del Instituto Nacional de Estadística (INE), según sexo y tipo de invalidéz.

ESTADISTICAS DE LA INVALIDEZ EN GUATEMALA

REPUBLICA TOTAL

Sin impedimento	5,986,625
Con algún impedimento	67,602
Ciego	11,229
Sordomudo	10,263
Paralítico	8,704
Amputado	7,121
Retrasado Mental	10,197
Otro	20,586
TOTAL	6,054,227

DEPARTAMENTO DE GUATEMALA

Sin impedimento	1,297,222
Con Algún impedimento	13,970
Ciego	2,279
Sordomudo	1,139
Paralítico	1,931
Amputado	1,146
Retrasado Mental	3,087
Otro	4,002
TOTAL	1,311,192

MUNICIPIO DE GUATEMALA

Sin impedimento	745,703
Con Algún impedimeto	8,540
Ciego	1,754
Sordomudo	584
Paralítico	1,203
Amputado	665
Retrasado Mental	2,166
Otro	2,245
TOTAL	754,243
	(35)

Los indicadores anteriores demuestran que en nuestro país existe gran cantidad de personas con algún problema de Minusvalía, no importando edad, sexo, condición social y grupo étnico, lo que quiere decir que la salud en Guatemala se encuentra muy afectada.

2.2 SITUACION ECONOMICA ACTUAL:

"En la década de 1,970 - 80, los disentimientos entre los sectores condujeron a los países centroamericanos a penosos conflictos con un alto costo de términos de vida, sufrimiento humano y destrucción de capital físico social.

En Guatemala, la expansión económica se detuvo e inició un ostensible retroceso. Multitud de personas abandonaron su tierra natal y se esplazaron hacia territorios extraños en busca de refugio. Muchas mujeres quedaron desamparadas y numerosos niños que ahora se están convirtiendo en jóvenes, quedaron en la orfandad." (36)

La temática económica de Guatemala en la década de los 80 - 90 se refleja en una grave insuficiencia de bienes y servicios para satisfacer las necesidades de educación, vivienda, empleo y salud de los habitantes.

Guatemala a pocos años de finalizar el siglo XX, enfrenta retos significativos que rivalizan con la aspiración sentida del pueblo de alcanzar un desarrollo económico social, en un marco de estabilidad política, en una mente de plenas libertades iguales.

A nuestra sociedad siempre la han dividido factores culturales, económicos, lingüísticos y étnicos. La dualidad económica, característica propia de los países en desarrollo se han manifestado en Guatemala de una manera casi perfecta. La imagen que ha proyectado en el presente siglo, ha sido como que existieran dos Guatemalas en el mismo país. La primera floreciente y próspera, y la segunda estancada y paupérrima.

Los últimos 25 años de su historia han mostrado reiteradamente que los frutos del modelo tradicional de crecimiento económico no se difunden adecuadamente entre todas las capas de la sociedad. Efectivamente en términos macroeconómicos, el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita se expandió dinámicamente a lo largo de éstos años mencionados. Pero lamentablemente no mejoraron los índices de educación, salud, vivienda y en algunas zonas absolutamente marginadas los índices sociales se deterioraron completamente, todo ello sucedió en los decenios de 1,960 - 70 cuando el país mostró, los índices más altos de producción y crecimiento.

36/ Comisión Nacional de Reconciliación
La Comisión Nacional de Reconciliación convoca al
Diálogo Nacional
Ponencias
Pag.15

Por otra parte, la década de los años 80, llamada la década muerta, fué particularmente trágica para los países en desarrollo, se acentuó la vulnerabilidad del modelo tradicional de desarrollo. Los precios y la demanda de los productos tradicionales de exportación se desplomaron, la relación de intercambio se deterioró totalmente y con ello el mercado y la producción para el consumo interno perdió todo su impulso. Además el manejo poco coherente y cuidadoso de la política económica, de las finanzas públicas y del endeudamiento externo aceleró una crisis caracterizada por bajas notables en la producción; inestabilidad de tipo de cambio y surgimiento de presiones inflacionarias. Lo anterior desembocó en una conjugación de fuerzas adversas que hundió el nivel de vida del guatemalteco medio, provocando un retraso de aproximadamente 12 años.

Ahora el reto más importante para la sociedad es alcanzar un crecimiento económico acelerado, con mayor justicia social, a fin de difundir adecuadamente los frutos del desarrollo a todas las capas sociales del país y satisfacer los anhelos de prosperidad y bienestar de los guatemaltecos, en un ambiente de paz social.

Para concluir este capítulo se puede decir que la crisis económica y descomposición social provoca que la gran mayoría de la sociedad se encuentra en la extrema pobreza; como consecuencia de la reducción de la capacidad de compra, como producto del descenso de los niveles de ingreso de la familia, el alza de los precios de bienes y servicios de primera necesidad, el alto porcentaje de desempleo que en la actualidad alcanza un 60% de la población incluyendo también el proceso de globalización; trayendo como consecuencia un incremento de pobreza en nuestra sociedad; sin embargo es necesario hacer la observación que dicho proceso es efecto también de una política económica externa que se está aplicando en algunos países de América Latina y en países desarrollados.

Dicha situación lastima severamente cuando aquéllas personas en su seno familiar, afrontan el problema de la minusvalía de algún (os) miembro de su grupo familiar; tal es el caso de aquéllas personas del área rural que presentan un déficit de vida en todos los niveles y gracias al Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos (CRINAM) unos de ellos hoy tienen la oportunidad de recibir atención médica y rehabilitación en diferentes regiones del país.

CAPITULO III

DESCRIPCION DE LA INSTITUCION OBJETO DE ESTUDIO

3.1 ANTECEDENTES HISTORICOS:

"Hace 10 años aproximadamente (año 1,984) surgió un grupo de personas, quienes perseguían intereses afines con el objeto de ayudar a todos los Infantes Minusválidos carentes de recursos económicos; a dicho grupo se le conoció como AMIGOS DE LOS MINUSVALIDOS. Es así como posteriormente en el año 1,986 se cumple el gran sueño y en ésta fecha nació la FUNDACION PRO-BIENESTAR DEL MINUSVALIDO, (FUNDABIEM) una entidad creada por un grupo de personas que se interesaron vivamente por ayudar a resolver el problema del Incapacitado en Guatemala.

Actualmente tiene por objeto satisfacer las necesidades del Minusválido guatemalteco, labor que ha estado realizando más allá de los sueños de los fundadores. Medicamente se ha comprobado que los primeros años de vida del ser humano son los más propicios para la rehabilitación. Por eso, el primer proyecto de la Fundación Pro-Bienestar del Minusválido ha sido la construcción del CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES MINUSVALIDOS (CRINAM), el cual fué inaugurado y empezó a funcionar en febrero de 1,989, en donde personas de 0 - 17 años de edad de toda la república pueden recibir tratamiento de rehabilitación.

La construcción de la Institución objeto de estudio fué posible gracias a los fondos recaudados en las dos primeras teletones (1,987 - 88) transmitidas por televisión que durante 27 horas consecutivas por los canales 3 y 7 y más de 40 estaciones de radio lograron sensibilizar los corazones de los guatemaltecos, quienes dieron la ayuda necesaria, para empezar a solucionar el gran problema de los minusválidos en el país.

3.2 ORGANIZACION:

El Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos cuenta con un sistema de organización bien definido; actualmente y debido al rápido crecimiento de cobertura hacia el área rural que ha tenido la Fundación Pro-Bienestar del Minusválido. El Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos está ubicado en el TERCERO DE LOS NIVELES BASICOS de aplicación de servicios de salud, lo cual ha significado una variación ostensible dentro de su trabajo, puesto que ha pasado a ser una Institución Regional de Rehabilitación, en el cual todos los elementos que en interacción forman el equipo multidisciplinario de rehabilitación, deben de ser capaces de llevar a cabo los tratamientos adecuados para disminuir al máximo los problemas generados por invalidéz de todo tipo, para ambos sexos y referidos por todas

las extensiones departamentales, en los casos en que por falta de una especialidad ellos no lo puedan resolver, el cual está integrado de la siguiente forma:

3.2.1 Asamblea General.

3.2.2 Tribunal de Honor.

3.2.3 Consejo Administrador de Fondos.

3.2.4 Consejo Directivo de FUNDABIEM.

3.2.4.1 Director Médico.

3.2.4.2 Directora Administrativa.

3.2.5 Comités PRO-FUNDABIEM en las 8 extensiones departamentales.

3.2.6 Organo Fiscalizador.

3.2.7 Tres fiscalizadores Públicos: Aldana, García Salazar y Asociados.

3.2.8 Equipo Profesional que conforman la Junta Técnica, son los que prestan asesoría de rehabilitación.

El Centro, está ubicado en el kilómetro 18.5 de la carretera Panamericana, en una instalación que dentro de sus 18,500 varas cuadradas cuenta con los siguientes departamentos:

Administración:	Admisión, Trabajo Social, Clínicas Médicas, Cafetería, Caja y Secretaría.
Terapias:	Psicología, Terapia del Lenguaje y Terapia Ocupacional.
Fisioterapia:	Mecanoterapia, Terapia Individual, Estimulación Temprana, Tratamiento Neuromotor, Hidroterapia y Piscina Terapéutica.
Talleres:	Ortesis, Prótesis y Escuela para Padres.
Gimnasio:	Deportes sobre sillas de ruedas y otros.

3.3 OBJETIVOS:

El objetivo general del Centro es: Llevar la rehabilitación a Niños y Adolescentes con problemas de Minusvalía tanto de la capital como de los diferentes departamentos.

Satisfacer las necesidades del Minusválido guatemalteco.

Este Centro cumple con la función de dar tratamiento especializado de medicina física y rehabilitación a las personas que así lo soliciten, siempre que su condición sea susceptible de mejorar con los servicios que en él se prestan." (37)

37/ Memoria de Labores

Fundación Pro-Bienestar del Minusválido

Guatemala 1,990.

3.4 FUNCIONES:

A continuación se describen las funciones de cada miembro que labora permanentemente en el Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos.

3.4.1 DIRECTOR MEDICO:

- 3.4.1.1 Prestar atención a los pacientes bajo su cuidado.
- 3.4.1.2 Planificar y evaluar las actividades profesionales del Centro, en las fases técnicas, docente e investigativas.
- 3.4.1.3 Realizar consultas y reconsultas de los pacientes del Centro, de acuerdo al horario previamente establecido.
- 3.4.1.4 Realizar estudios, exámenes y diagnósticos.
- 3.4.1.5 Responsabilizarse conjuntamente con Registros Médicos, por las indicaciones, evaluación y tratamiento de cada caso.
- 3.4.1.6 Requerir en consulta a otro u otros especialistas cuando estime necesario su intervención por la complejidad de los casos.
- 3.4.1.7 Responsabilizarse por el manejo y cuidado de los equipos e instrumentos propiedad del Centro, asignados para uso respectivo de sus pacientes.
- 3.4.1.8 Planificar, organizar, dirigir, evaluar y supervisar las actividades a realizarse por el área técnica a su cargo.
- 3.4.1.9 Rendir informes periódicos y eventuales, que conforme a programas específicos sean requeridos por el Consejo Directivo, de manera rutinaria o contingente.
- 3.4.1.10 Asistir a las sesiones ordinarias y extraordinarias que celebren los miembros del Consejo Directivo y colaborar en la elaboración de informes.

3.4.2. DIRECTORA ADMINISTRATIVA:

- 3.4.2.1. Oficios inherentes a la administración, incluyendo extensiones departamentales.
- 3.4.2.2 Manejo de personal.

3.4.22.3 Autorizar gastos según el monto de los mismos.

3.4.2.4 Proveer las compras.

3.4.2.5 Velar por el buen funcionamiento del equipo.

3.4.2.6. Encargada de velar por el mantenimiento adecuado del Centro.

3.4.2.7 Velar porque se brinde buena atención a los usuarios.

3.4.2.8 Autorizar los trámites de permisos que solicita el personal.

3.4.2.9 Velar porque el departamento de contabilidad tenga al día las prestaciones contables.

3.4.2.10 Administrar la organización de la teletón incluyendo montaje y publicidad.

3.4.3 NEUROLOGO PEDIATRA:

3.4.3.1 Evaluar a los pacientes que el resto del grupo médico y extensiones los refieran para el exámen que ameriten dichos pacientes.

3.4.4 OTORRINOLARINGOLOGO:

3.4.4.1 Se encarga de realizar los estudios de audiometría que comprende oídos, nariz, boca y garganta; del Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos, como también a pacientes que los refieran de las extensiones departamentales.

3.4.5 FISIOTERAPIA:

3.4.5.1 MECANOTERAPIA: En la mecanoterapia hay una terapeuta para el grupo que entra hacer uso de los aparatos mecánicos, pesas, poleas, bicicletas, etc.

3.4.5.2 HIDROTERAPIA: En ésta área se usa el agua como medio terapéutico.

3.4.5.3 TERAPIA RESPIRATORIA: Se le dá específicamente a pacientes que padecen de algún problema respiratorio.

En las áreas mencionadas con anterioridad brindan tratamiento de tipo individual, es decir que hay una terapeuta para cada paciente.

3.4.6 TERAPIA:

3.4.6.1 PSICOPEDAGOGIA:

*EDUCACION ESPECIAL: Se divide en estimulación temprana y

entrenables. En la primera se trabaja con niños de 0 - 3 años de edad mental y se estimula en tacto, lenguaje y coordinación. Entrenables: Se trabaja con niños de 4 - 7 años de edad mental a un nivel de kinder brindándoles aprestamiento.

***ORIENTACION EDUCATIVA:**

-En ésta se trabaja con niños de 8 - 12 años de edad mental brindándoles clases en los grados de párvulos a sexto primaria.

Se aclara que dicha escuela no está autorizada por el Ministerio de Educación por llenar el cupo correspondiente de alumnos por grado.

***ESCUELA PARA PADRES:**

-Es la encargada de orientar y educar a los padres de familia sobre el cuidado y las formas de tratar a sus hijos con problemas de Minusvalía.

***PSICOLOGIA:**

- Entrevistas al padre para detectar el rechazo o aceptación que tiene para con el niño.

- Se establece una relación con el paciente.

- Se evalúa al niño.

- Se hace un diagnóstico del Afectado.

- Se orienta al padre para que trabaje con el niño en la casa.

3.4.6.2 TERAPIA DEL LENGUAJE:

- Desarrollar y mejorar el lenguaje verbal en los casos en que exista una capacidad funcional; y desarrollar la comunicación ya sea por medio de palabras, gestos o símbolos más severos, para que le permita desenvolverse en su medio familiar y social.

- Estimular las funciones básicas del pensamiento, memoria, atención percepción que ayudan al desarrollo del lenguaje.

- Corregir fonemas alterados en niños que presentan problemas de articulación y retraso del lenguaje, ayudándoles a desarrollar estructura de frases.

- Ayudar a los padres de Pacientes con parálisis cerebral a comprender la importancia del adecuado manejo en la alimentación de éstos como función básica para el desarrollo del lenguaje verbal.

- Orientar a padres a través de indicaciones, para trabajar con sus hijos en casa y de esta manera obtener resultados más rápidos en la evolución del tratamiento.

3.4.6.3 TERAPIA OCUPACIONAL:

- Mejorar actividades de la vida diaria:

Vestido, higiene, alimentación, etc.

- Se adecúa al niño en escritura.

- Funciones en motricidad fina y gruesa.

- Coordinación, dirección, buena posición, esquema corporal.

- Terapia Ocupacional se divide en dos áreas.

CLINICA: Se hacen las primeras evaluaciones, se tiene un acercamiento con los padres para que los niños que no se internan le hagan ejercicios en la casa.

LABORATORIO: Se trabaja a través de actividades encaminadas a lo que son propiamente de memoria y percepción.

3.5 COBERTURA:

La Fundación Pro-Bienestar del Minusválido, además de contar con el Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos (CRINAM) a nivel capital, existen a nivel departamental Centros de Asistencia estando ubicados en: Cobán, Chiquimula, Chimaltenango, Jalapa, Quetzaltenango, Mazatenango y Quiché; además cuentan con Unidades de Rehabilitación localizadas en: Malacatán, Retalhuleu, Jutiapa, San Martín Jilotepeque y Coatepeque.

El Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos, cuenta con una gran cobertura para brindar atención a pacientes en mayor grado de la capital, así como también a los diferentes departamentos del interior del país.

3.6 SERVICIOS QUE PROPORCIONA:

Los servicios que actualmente proporciona el Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos son los siguientes: Medicina General, Fisiatría, Fisioterapia, Terapia del Lenguaje, Terapia Ocupacional, Hidroterapia, Terapia Respiratoria, Psicología, Escuela para Padres, Orientación Educativa, Musicoterapia, Neurología, Otorrinolaringología, Transporte y Trabajo Social, cuyas funciones de éste

departamento se describe en capítulo posterior: habiendo proporcionado hasta la fecha 74,500 casos de tratamiento.

En 1,992 se iniciaron nuevos sistemas de trabajo. por ejemplo la Musicoterapia, que fué recibida por pacientes y padres teniendo una buena aceptación por los mismos, incluyendose también indicaciones de tratamiento en casa para aquéllas familias a quienes les es muy difícil llegar al Centro con frecuencia, lo cual consiste en enseñarles las instrucciones de los ejercicios correspondientes al tratamiento a los padres de familia del paciente para que estos sean aplicables en casa, además se les dá Terapia de Grupo. Lo anteriormente expuesto le ha permitido al Centro recibir un mayor número de pacientes.

Uno de los mayores logros es que actualmente ya se está aplicando a los pacientes con Parálisis Cerebral el tratamiento de Neurodesarrollo, para lo cual se adiestró en la ciudad de Cuernavaca, México a dos fisioterapeutas, quienes a su vez dieron la orientación necesaria a todo el personal técnico que debe involucrarse en su aplicación.

El servicio del transporte se mejoró, siendo ahora más cómodo, pues se compraron dos unidades más.

3.7 EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO QUE LABORA EN EL CENTRO:

Dentro del equipo multidisciplinario que labora en el Centro tenemos:

- Médico Fisiatra.
- Terapeuta Físico.
- Terapeuta Ocupacional.
- Terapeuta del Lenguaje.
- Trabajo Social.
- Psicología.
- Educador Especial.

3.8 CANTIDAD DE USUARIOS

El Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos, continúa prestando los mismos servicios rehabilitacionales, incrementándose el número de personal para poder cubrir mayor número de pacientes, ya que hasta la fecha vienen atendiendo a 5,437 personas Minusválidas.

Los diagnósticos principales fueron: Parálisis cerebral, encefalitis, meningitis, mielocelos, paraplegias, pos polio, amputaciones de ambos miembros, distrofias y atrofas congénitas, macrocefalias, microcefalias, toxoplasmosis, dermatomiositis, desarticulaciones de caderas, etc.

Las altas han sido pocas, debido a la naturaleza de las enfermedades, pues su recuperación es muy lenta pero satisfactoria.

CAPITULO IV

PAPEL QUE DESEMPEÑA EL TRABAJADOR SOCIAL EN LA INSTITUCION

Después de haber realizado un análisis a la investigación de campo efectuada en el Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos (CRINAM) se considera de importancia sintetizar la información en un breve resumen, en el cual se establece que el problema de la Minusvalía afecta en términos generales a la niñez guatemalteca no tomando en cuenta sexo, grupo étnico y, excluyendo de ello la edad, ya que dicho problema se manifiesta con mayor frecuencia en el momento del nacimiento o en la edad de 0 - 6 meses.

Debido a la necesidad existente de brindar rehabilitación a todas las personas que padecen de diferentes problemas de Minusvalía, surgió la idea de crear la Fundación Pro-Bienestar del Minusválido (FUNDABIEM) Institución que se dedicó a crear más Centros de Rehabilitación como ejemplo de ello se encuentra el CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES MINUSVALIDOS (CRINAM), el cual se dedica a dar tratamiento a niños y adolescentes de 0 - 17 años con problemas de Minusvalía.

La Institución investigada cuenta con varios servicios, los cuales sirven para beneficiar en gran medida en el proceso de rehabilitación de cada uno de los pacientes. Sin embargo es conveniente señalar que no todos los servicios son brindados a cada usuario, debido a que existen diferentes tipos de Minusvalía y dependiendo de éste así es el tratamiento que recibe cada paciente en dicha Institución.

En el año de 1,991 se organizó tanto el personal administrativo como técnico del Centro, quedando dividida la Dirección en dos ramas: Dirección Médica y Dirección Administrativa, quienes son los encargados de velar por el buen mantenimiento y funcionamiento del Centro de Trabajo con los usuarios, incluso se hicieron cambios en el sistema actual, quedando establecida la formación de tres grupos de pacientes: A, B, y C, asistiendo cada uno durante un período de 7 semanas a tratamiento y rehabilitación, ausentándose del mismo en un tiempo de 4 meses, durante el cual la rehabilitación que se ha adquirido en las 7 semanas de tratamiento se estanca, no avanzando el mismo.

Es conveniente mencionar que a los padres de familia o encargados antes de retirarse del Centro les dan las indicaciones necesarias para que continúen haciéndoles los ejercicios de rehabilitación a sus hijos en casa, lo que no es satisfactorio para los padres de familia, porque manifiestan que existe una gran diferencia entre la rehabilitación

directa que reciben del Centro y los pocos ejercicios que les realizan en casa de acuerdo a como los creen convenientes.

Es por éstas razones que la mayoría de los usuarios que asisten a recibir atención al Centro, no están de acuerdo con el sistema actual de trabajo y pretenden sugerir algunas modificaciones que conlleven a una rehabilitación más efectiva a través del Comité de padres de familia del Centro investigado, el cual se encuentra en la etapa de formación y realizando gestiones para luego obtener personería jurídica. Dicho Comité vela por los intereses y necesidades de todos los usuarios del Centro, ya que desean que se implemente un nuevo sistema de trabajo en donde a los Minusválidos se les brinde una atención constante para lograr una mejor rehabilitación que requieren en el menor tiempo posible y de esta forma superar sus problemas. Sin embargo es un pequeño grupo de usuarios que no presentan problema alguno y no están en desacuerdo con la forma de atención y rehabilitación que en la actualidad el Centro investigado está brindando.

4.1 CONCEPTO DE TRABAJO SOCIAL:

En el Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos (CRINAM), no existe una definición específica de Trabajo Social, por lo cual es conveniente mencionar el presente concepto.

"Es una disciplina de las Ciencias Sociales que provee a personas, grupos y clases populares de servicios que alivien la gama de problemas económicos, sociales, que le impiden su plena realización humana, orientándoles en la toma de una conciencia más clara sobre el protagonismo que pueden asumir para transformar la realidad que lo circundan.

4.1.1 ELEMENTOS DEL CONCEPTO ANTERIOR:

- Disciplina de las Ciencias Sociales.
- Provee Servicios.
- Personas, grupos y clases populares.
- Que alivien los problemas económicos y sociales.
- Impiden la realización humana.
- Orientar en la toma de una conciencia más clara.
- Protagonismo de asumir para la transformación de la realidad.

Para la mejor comprensión del concepto se han desarrollado en sus diferentes componentes:

- Es una disciplina de las Ciencias Sociales; disciplina en tanto utiliza y aplica conocimientos científicos que le proporcionen las Ciencias Sociales particularmente,

utiliza conceptos, juicios, métodos, categorías, leyes y principios que le subsidia la sociología.

- Provee servicios; la naturaleza misma o la razón de ser del Trabajo Social, ha sido y sigue siendo la provisión de servicios que proporcionan las Instituciones Gubernamentales y no Gubernamentales ONG'S a las personas, grupos y clases populares, que presentan serios problemas para la satisfacción de sus mínimas necesidades de sobrevivencia.
- El profesional del Trabajo Social atiende a aquéllas personas que en forma individual o colectiva, buscan en las instituciones ayuda para resolver sus urgentes problemas que les aquejan, y que son producto de la transformación social a la que pertenecemos.
- Los servicios que se prestan no resuelven los problemas, en tanto que atacan los efectos y no las causas, lo que impide que el ser humano no pueda realizarse plenamente.
- Orienta en la toma de una conciencia más clara, para que pueda descubrir las verdaderas causas de su problemática, a través de un proceso de educación que permita elevar los niveles de conciencia de sus usuarios.
- Al elevar sus niveles de conciencia, puedan ser ellos los verdaderos protagonistas de la transformación de su realidad, para obtener las satisfacciones de sus necesidades primarias, lo que siempre se les ha vedado." (38)

4.2 OBJETIVOS Y PRINCIPIOS DEL TRABAJADOR SOCIAL QUE LABORA EN EL CENTRO OBJETO DE ESTUDIO:

Al entrevistar a la Trabajadora Social del Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos (CRINAM), se obtuvo información sobre los objetivos, principios y funciones de la oficina de Trabajo Social de la Institución, los

38/ Licenciado Felipe de Jesús Calderón
Revista de Trabajo Social No. 10
Conceptos Útiles en Trabajo Social
Escuela de Trabajo Social
Universidad de San Carlos de Guatemala
Año 1,990
Páginas 11, 12 y 13.

cuales se describen a continuación:

4.2.1 OBJETIVOS GENERALES:

- Proporcionar a todas la personas que soliciten el servicio, el apoyo y orientación necesaria para una mejor solución de su problemática.
- Proporcionar apoyo y seguimiento a todos aquellos casos activos en la Institución, para una mejor visualización de los mismos.

4.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Elaborar a cada uno de los pacientes y padres de familia su correspondiente estudio socio-económico, el cual refleja su nivel del mismo.
- Realizar en casos sociales y específicos, visitas sociales para así tener una mejor visualización del ambiente que rodea al paciente.
- Ser el enlace ante Junta Directiva y padres de familia, para que sean autorizadas sus solicitudes en calidad de donativo o préstamo.
- Realizar actividades docentes, culturales y recreativas, para esparcimiento tanto de los pacientes como de sus familiares, lo cual contribuye a estrechar los lazos de unión en la familia.
- Coordinar con otras Instituciones afines, para el seguimiento de la rehabilitación del paciente.
- Brindar a los padres de familia de cada uno de los pacientes, todo el apoyo y orientaciones posibles, para sobrellevar la problemática de sus hijos y así contribuir al tratamiento y rehabilitación.
- Conectar con otros Hospitales u Hogares, que contribuya al intercambio y seguimiento de sus tratamientos.

4.2.3 PRINCIPIOS:

- Actuar bajo las normas y principios éticos que exige la profesión de Trabajo Social.
- Procurar el cumplimiento de los fines de la Institución para los que fué creada, logrando con ello alcanzar la contribución que la sociedad guatemalteca necesita en pro de la niñez Minusválida.
- Integrar a la actividad productiva del país a la población Minusválida, que

ha logrado su rehabilitación.

- Actuar bajo principios de abnegación y entrega en la atención a la población Minusválida.
- Fomentar la coordinación entre los diferentes servicios que presta la Institución, para que la atención de los pacientes cumpla su cometido.
- Divulgar los servicios de la Institución a todo nivel, para que la sociedad guatemalteca tome conciencia de la problemática del niño y adolescente Minusválido, y se involucre en la solución de la misma.
- Procurar por todos los medios de la Institución, resolver la problemática de los pacientes que están recibiendo su rehabilitación.
- Concientizar a la población cubierta por los servicios, que con su participación activa, redundará en un mayor beneficio en la rehabilitación de cada uno de los pacientes.

4.3 FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES MINUSVALIDOS:

- Atención a padres de familia para entrevistas por estudios socio-económicos.
- Entrevistas a padres de familia para fijar cuotas de acuerdo al correspondiente estudio.
- Entrevistas a padres de familia para solicitudes de aparatos ortésicos, protésicos o férulas que les han recetado, elaborando la correspondiente carta de solicitud.
- Entrevistas a padres de familia cuando se les ha recetado plantillas, barras de denisse, braw, u otras que se elaboran en el taller, 1) Dando precio de acuerdo a tabla enviada y al estudio socio-económico; y 2) Dar precio cuando se trata de aparatos más sofisticados, de acuerdo a la hoja de costos y mano de obra (hora-trabajo).
- Entrevistas para solicitudes de sillas de ruedas, elaborando la correspondiente solicitud.
- Hacer las gestiones necesarias en casos de que determinado paciente del Centro necesite internamiento.
- Realizar visitas domiciliarias a las personas que se ausenten del Centro o por otros motivos.

Se considera que es de suma importancia conocer los objetivos, principios y funciones propios del Trabajo Social del Centro de Rehabilitación Integral para Niños y

Adolescentes Minusválidos (CRINAM), debido a que si existe una estrecha relación de lo planteado anteriormente con las diferentes problemáticas que presentan los pacientes del Centro, sin embargo por diferentes circunstancias no se ponen en práctica en su totalidad.

En la exposición del capítulo siguiente se llega a determinar que el concepto general del Trabajo Social planteado en el mismo; es aplicable en el departamento de Trabajo Social de la Institución objeto de estudio, ejecutándose ésto a través de sus objetivos, principios y funciones, ya que la misma presta varios servicios a la población que lo solicite según el problema que presenten. Además las sustentantes de la Tesis consideran oportuno realizar un análisis general de éste capítulo, debido a que en determinadas ocasiones el Trabajador Social, u otros profesionales solamente se limitan a desarrollar y cumplir con lo que está entre sus posibilidades, perdiendo de vista que son muchas las necesidades con que cuenta la población atendida.

CAPITULO V

EXPOSICION DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

El presente capítulo dá a conocer los resultados obtenidos en la investigación de campo, la cual fué realizada a pacientes que acuden a recibir tratamiento en el Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos (CRINAM).

Para tal efecto se tomó una muestra al azar simple del 5% de los pacientes que pertenecen al grupo "B", que hacen un total de 100 encuestados, tomando como base lo anterior, se elaboro un instrumento tipo cuestionario que contemplaba una serie de preguntas abiertas y cerradas, conteniendo datos generales y la situación propia del problema de Limitación Física del Paciente, su proceso de rehabilitación en la Institución, la comunicación que manifiestan con el personal del Centro, el apoyo y orientación recibida por parte del profesional de Trabajo Social, etc. La información obtenida fué brindada por los padres o encargados del paciente en calidad de entrevistados, ya que debido al tipo de problema que presentan los niños y adolescentes que reciben tratamiento en el Centro no les es posible dar información.

Además se describe cada uno de los cuadros con su respectivo análisis e interpretación, lo que dá a conocer en forma amplia los resultados obtenidos de la investigación de campo efectuada.

CUADRO No. 1
EDAD DEL PACIENTE

EDAD	No.	%
0 - 2 Años	22	22
3 - 4 "	27	27
5 - 6 "	22	22
7 - 8 "	9	9
9 - 10 "	8	8
11 - 12 "	6	6
14 - 15 "	3	3
16 - 17 "	3	3
TOTAL	100	100

FUENTE: Investigación de campo.

El presente cuadro dá a conocer las edades de los pacientes que son atendidos en el Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos, pudiéndose observar que en dicho Centro les brindan atención a los pacientes hasta la edad de 17 años, aunque no hayan superado el problema presentado durante el tiempo de tratamiento. Es importante señalar que el porcentaje más alto es de 27% ubicado entre las edades de 3 - 4 años, esto quiere decir que representan la cuarta parte de personas que reciben tratamiento. El porcentaje siguiente es de 22% correspondiente a las edades de 0 - 2 y 5 - 6 años de edad cronológica, por lo anteriormente expuesto se concluye que: La mayor parte de pacientes que reciben atención en el centro oscilan entre las edades de 0 - 6 años, edad en que se logra una mejor rehabilitación debido a la corta edad de los usuarios y que su organismo se encuentra en la etapa de crecimiento y desarrollo, lo que también demuestra el interés de los padres de familia y del conocimiento de la labor de la Fundación Pro-Bienestar del Minusválido (FUNDABIEM). Siendo un 3% los adoslescentes de 14 - 17 años que reciben atención en el Centro.

CUADRO No. 2
SEXO DE LOS PACIENTES

VARIABLE	No.	%
FEMENINO	46	46
MASCULINO	54	54
TOTAL	100	100

FUENTE: Investigación de campo.

Se observa en el cuadro anterior que el 54% de los pacientes que asisten al Centro son de sexo masculino y un 46% de sexo femenino; lo cual nos indica que el porcentaje presentado tanto para hombres y mujeres es equivalente ya que la diferencia entre ambos es mínima.

Esto demuestra que la Minusvalía no tiene inclinación a un determinado sexo, por ser un problema sin discriminación.

CUADRO No. 3

PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS

LUGAR	No.	%
CAPITAL	74	74
MUNICIPIO	13	13
INTERIOR DEL PAIS	13	13
TOTAL	100	100

FUENTE: Investigación de campo.

Se puede observar en el cuadro presentado que el 74% de los usuarios que asisten a recibir atención al Centro provienen de las diferentes zonas de la capital, quienes se encuentran según las encuestas en condiciones de vida adecuada. Es mínimo el porcentaje de pacientes que proceden de municipios de la capital, así como también del interior del país ya que como se observa en el cuadro ambos lugares tienen un porcentaje del 13%, éstas personas son las que presentan más dificultad al asistir al Centro por contar con costumbres, tradiciones y formas de vida muy diferentes a las de la capital; dependiendo éstas del lugar de origen.

CUARO No. 4

GRUPO ETNICO A QUE PERTENECEN LOS PACIENTES ATENDIDOS

GRUPO	No.	%
NO INDIGENA	90	90
INDIGENA	10	10
TOTAL	100	100

FUENTE: Investigación de campo.

El cuadro anterior demuestra que el 90% de los pacientes que reciben atención en el Centro pertenecen al grupo étnico no indígena siendo éste la gran mayoría, lo cual se encuentra relacionado con el cuadro No. 3 que se refiere al lugar de procedencia de los usuarios, debido a que el 74% provienen de la capital.

Es muy baja la cantidad de usuarios que asisten al Centro pertenecientes al grupo étnico indígena, porque solamente es un 10%, siendo éste grupo el más necesitado de recibir rehabilitación en la Institución investigada, pues no cuentan con los suficientes recursos económicos para hacer uso de otras instituciones con carácter lucrativo.

CUADRO No. 5

NUMERO DE INTEGRANTES POR GRUPO FAMILIAR

No. DE MIEMBROS	No.	%
3 - 5	71	71
6 - 8	26	26
9 - ó más	3	3
TOTAL	100	100

FUENTE: Investigación de campo.

CUADRO No. 6

INGRESO MENSUAL POR GRUPO FAMILIAR

INGRESO	No.	%
300 - 399	25	25
400 - 499	30	30
500 - 599	27	27
600 - más	18	18
TOTAL	100	100

FUENTE: Investigación de campo.

Los cuadros 5 y 6 dán a conocer el número de integrantes y el ingreso económico mensual de cada grupo familiar de los entrevistados.

Con los datos anteriores se puede observar que la situación socio-económica actual en que se encuentra cada familia es regular, debido a que las familias se encuentran integradas de 3 - 5 miembros cada una, en un 71% llegando a concluir que no existe hacinamiento en la gran mayoría de los grupos familiares; siendo éste; un problema de tipo social. Sin embargo, este problema se manifiesta claramente en un 3% de los grupos familiares que se tomaron como muestra, siendo éste un porcentaje extremadamente bajo.

Se dice que la situación económica de los pacientes es en algunos casos regular, ya que en determinadas familias trabaja una sola persona, devengando un buen salario pues algunos son profesionales y otros en trabajos bien remunerados, por lo tanto en la mayoría de los grupos familiares. 2 o más personas aportan al ingreso económico, lo cual no les

es suficiente para satisfacer adecuadamente sus necesidades básicas debido a que es en este donde se encuentra un número mayor de integrantes por familia.

Analizando detenidamente la situación socio-económica por grupo familiar de cada uno de los usuarios del Centro, se llegó a comprobar la hipótesis No. 1, porque según los resultados del cuadro No. 6 es una gran minoría es decir, el 18% los que viven en condiciones económicas estables; mientras que aproximadamente un 80% tienen un ingreso total mensualmente que oscila entre Q. 300.00 a Q. 599.00, salario relativamente bajo y viéndolo desde el punto de vista de la crisis económica que en la actualidad prevalece en nuestro país, se considera que dichos ingresos son insuficientes para satisfacer las necesidades básicas como: Alimentación, vestuario, educación, salud, vivienda, etc. en forma más o menos adecuada es por ello que se deduce que la mayor cantidad de los pacientes del Centro de Rehabilitación Intregal para Niños y Adolescentes Minusválidos (CRINAM), y su grupo familiar viven en pésimas condiciones socio-económicas.

CUADRO No. 7

DIFERENTES PROBLEMAS DE MINUSVALIA PADECIDOS POR LOS USUARIOS

VARIABLE	No.	%
PARALISIS CEREBRAL	40	40
TRASTORNOS DEL LENGUAJE	14	14
TRASTORNOS GENETICOS	8	8
AMPUTACIONES	1	1
ANOMALIAS CONGENTAS	9	9
AFECCIONES MEDULARES	8	8
RETRASO PSICOMOTOR	17	17
ENFERMEDADES MUSCULARES	2	2
TOTAL	100	100

FUENTE: Investigación de campo.

El presente cuadro señala los resultados obtenidos en el estudio de campo realizado, se refiere a los diferentes problemas de minusvalía que presentan los usuarios del Centro. El porcentaje mayor es de 40% el cual indica que un poco menos de la mitad asisten a la Institución por presentar parálisis cerebral, problema que necesita un largo tratamiento. Otros usuarios presentan retraso psicomotor con un 17%, trastornos del lenguaje un 14%, anomalías congénitas un 9%, trastornos genéticos y afecciones medulares indicaron un mismo porcentaje que es de 8% cada uno, enfermedades musculares con un 2% y el porcentaje menor hace referencia a que solamente el 1% de los pacientes asisten al Centro por tener diferentes problemas de amputación.

Se considera de suma importancia mencionar que entre todos los problemas generales mencionados en el párrafo anterior, se encuentran ubicados algunos problemas específicos tales como: meningosele, anoxias, microcefalia, meningitis, poliomiелitis, emiplegia, encefalopatía, etc.. Ocasionalmente algunos de estos por asfixia, convulsiones, prematuréz, problemas en el parto, problemas genéticos y congénitos, descuidos de la madre durante el embarazo, etc.

Analizando lo anterior se establece que es en este cuadro, donde se comprueba la hipótesis No. 2 planteada en el diseño de investigación, porque el problema de parálisis cerebral lo atienden en la Institución objeto de estudio en un 40% ya que esta enfermedad es sumamente delicada afectando la mayor parte de los miembros del cuerpo. Así como

también a través del mismo se conocieron las causas que originan dicha problemática, mencionadas en el segundo párrafo.

CUADRO No. 8

CAUSAS QUE DIERON ORIGEN AL PROBLEMA DE MINUSVALIA

CAUSAS	No.	%
ASFIXIA	18	18
CONVULSIONES	14	14
PREMATURO	8	8
PROBLEMAS EN EL PARTO	13	13
PROBLEMAS GENETICOS	27	27
PROBLEMAS CONGENTOS	6	6
OTRAS CAUSAS	6	6
CAUSAS DESCONOCIDAS	16	16
TOTAL	100	100

FUENTE: Investigación de campo.

Se puede observar en éste cuadro, que son varias las causas que originan los problemas de minusvalía tanto en niños como adolescentes, una de las causas mayores son los problemas genéticos que afronta la madre durante el embarazo ya sea por descuido, mal trato, vicios, toma de radiografías, etc., elevándose así este problema a un 27%.

En segundo lugar, el 18% de los paciente minusválidos que asisten al Centro manifestaron que la problemática que afrontan, ha sido causada por problemas de asfixia al momento de nacer o por haber tenido sufrimiento fetal. Se detectan otras causas que dan origen al problema investigado siendo estas las siguientes: convulsiones en un 14% ya sea al momento de nacer, de días, meses o años de edad; además se pudo establecer que también se dá por problemas en el parto en un 13%, por prematuréz en un 8%, problemas congénitos de uno o ambos padres en un 6% y otras causas en igual porcentaje Es de importancia observar en el cuadro presentado que existe en un 16% diferentes tipos de invalidéz por causas desconocidas, es decir que este porcentaje aún no conoce el diagnóstico del problema.

Por lo anteriormente expuesto se llegó a concluir que la segunda hipótesis delimitada en el plan de estudio, se comprobó en un 100% de acuerdo a los resultados expresados que se refiere a las causas que dieron origen al problema de incapacidad física, siendo éstas todas las descritas en el cuadro No. 8, sumando a ello entre otras causas los

inadecuados cuidado y mala atención del niño en sus primeros cinco años de vida. De igual forma se alcanzó el objetivo número 3 trazado en el proyecto de éste estudio, porque se conocieron las causas que originan el problema de la minusvalía y la forma de enfrentarse ante la sociedad en general.

CUADRO No. 9

TIEMPO QUE PADECEN EL IMPEDIMENTO

TIEMPO	No.	%
DE NACIMIENTO	55	55
0 - 1 año	18	18
1 - 2 años	11	11
3 ó más	16	16
TOTAL	100	100

FUENTE: Investigación de campo.

Al analizar el cuadro, se puede observar que el porcentaje mayor está representado en un 55% correspondiente a los niños y adolescentes que sufren determinado problema de minusvalía desde el momento de nacer, lo cual se manifiesta en más de la mitad de los pacientes que reciben atención en el Centro.

Es mínima la diferencia en porcentajes según los resultados obtenidos, de los niños que después del nacimiento (0 - 3 años) manifiesta algún tipo de minusvalía por causas conocidas anteriormente, demostrándose con los datos arriba descritos.

CUADRO No. 10

ATENCIÓN QUE LES BRINDA EN EL CENTRO

TIPO DE ATENCION	SI	NO %	TOTAL
MEDICA	43	57	100
TERAPIA OCUPACIONAL	47	53	100
PSICOLOGIA	28	72	100
ORIENTACION EDUCATIVA	12	88	100
FISIOTERAPIA	73	27	100
TERAPIA DEL HABLA	46	54	100
EDUCACION ESPECIAL	59	41	100
OTORRINOLARINGOLOGIA	4	96	100
MUSICOTERAPIA	19	81	100

FUENTE: Investigación de campo.

Para analizar este cuadro es importante señalar que el Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos, cuenta con varios servicios que son indispensables para brindar atención en cuanto a la rehabilitación que requiere cada paciente del mismo.

Todos los pacientes que ingresan al Centro son examinados por el médico general quien realiza un diagnóstico y posteriormente los refiere al departamento específico según el problema que presenten.

Se pudo comprobar en los resultados de la investigación de campo, que el porcentaje más alto se encuentra ubicado en el aspecto referente a la atención de Fisioterapia, debiéndose ello a que la mayor parte de los pacientes según su problema han recibido ésta atención en un 73%. La atención médica está reflejada en un 43%, terapia ocupacional en un 47%, psicología en un 28%, orientación educativa en un 12%, terapia del habla en un 46%, educación especial en un 59%, musicoterapia en un 19%. El porcentaje más bajo es el 4% que corresponde a la atención de otorrinolaringología que han recibido los pacientes del Centro.

Para concluir se menciona que más del 50% de los pacientes reciben de 3 a 4 tipos de atención o más, en diferentes horarios en un mismo día, dependiendo del problema que presenten.

Las sustentantes de ésta Tesis consideran que es de suma importancia señalar que los objetivos número 6 y 7 del plan de estudio se alcanzaron en su totalidad según los resultados expuestos en este cuadro, porque se conocieron los diferentes tipos de atención que brindan en el Centro a los incapacitados físicos.

CUADRO No. 11

TIEMPO DE RECIBIR ATENCION EN EL CENTRO

VARIABLE	No.	%
0 - 6 meses	45	45
6 - 1 año	16	16
1 - 2 años	28	28
3 - ó más	11	11
TOTAL	100	100

FUENTE: Investigación de campo.

Al analizar el cuadro anterior se vé que el porcentaje más alto está representado en un 45%, lo cual corresponde al número de niños que han recibido atención en el Centro investigado durante el tiempo 0 - 6 meses; se encuentra más elevado éste porcentaje por la razón de que el Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos en los últimos años de funcionamiento ha tenido mayor cobertura a nivel capital y actualmente tiene un nuevo sistema de brindar atención a los usuarios.

El segundo lugar lo ocupa el 28% que corresponde al tiempo de recibir atención de 1 - 2 años y el 16% de los pacientes de dicha Institución que tienen de 6 meses a 1 año de estar inscritos en el Centro.

Como se puede observar en el cuadro es un mínimo porcentaje (11%) de pacientes que ya tienen 3 o más años de recibir atención en la Institución objeto de estudio, es decir que son pacientes que asisten al mismo desde que éste fué fundado.

CUADRO No. 12

EXISTE DIFICULTAD PARA LLEGAR A RECIBIR ATENCIÓN AL CENTRO

VARIABLES	No.	%
SI	59	59
NO	41	41
TOTAL	100	100

FUENTE: Investigación de campo.

Este cuadro corresponde a las dificultades que presentan o no los padres de familia o encargados para llevar a sus hijos con problemas de minusvalía a recibir atención al Centro. La mayoría de los pacientes tienen problemas de diversos tipos el día de consulta en un 59% para asistir al Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos, entre éstas tenemos el problema del transporte, falta de tiempo, distancia, número de hijos y por último el factor económico. Según los resultados de la investigación en un 41% los usuarios del Centro no se encuentran con problemas al momento de acudir a dicha institución para que les brinden atención.

Analizando la situación económico-social por la que atraviesa el país, el problema del transporte sigue siendo el número uno en nuestro medio, ya que la mayor parte de los usuarios del Centro manifiestan tener éste tipo de problema para llegar a recibir atención al mismo.

CUADRO No. 13

PROBLEMAS QUE ENFRENTAN LOS MINUSVALIDOS PARA RELACIONARSE DENTRO DEL HOGAR

VARIABLE	SI	NO %	TOTAL
COME SOLO	58	42	100
VA AL BAÑO SOLO	32	68	100
SE CAMBIA SOLO	28	72	100
SE BAÑA SOLO	23	77	100
RECHAZO	10	90	100
RECHAZO AL JUEGO	10	90	100
PASEA SOLO	27	73	100
COLABORA CON TAREAS DEL HOGAR	67	33	100

FUENTE: Investigación de campo.

Los resultados descritos demuestran que la mayoría de niños que asisten al Centro tienen problemas para relacionarse normalmente dentro de su hogar ya que no pueden realizar a cierta edad ninguna de las tareas propias de higiene personal, como del hogar.

Los porcentajes mayores de los problemas se encuentran en los rubros correspondientes a las respuestas negativas, debiéndose ésto al tipo de problema que presentan los pacientes con parálisis cerebral, retraso psicomotor, meningitis y otros más, solamente los pacientes que tienen problema del lenguaje, amputaciones y otros de menor trascendencia son los que realizan por sí mismo tareas como: Comer sólo en un 42%, bañarse sólo en un 77%, va al baño sólo en un 68%, cambiarse sólo en un 72%, pasear sólo en un 73%, a excepción de las tareas del hogar que sí las realizan en un 67% mientras que un 33% no.

Según resultados de la investigación realizada los pacientes que asisten al Centro no son rechazados en un 90% por la sociedad guatemalteca, mientras que el 10% restante si atraviesa por éste problema. En igual porcentaje al anterior encontramos ubicado el problema de rechazo al juego debido a que ellos son tomados en cuenta por hermanos, parientes, amigos, etc. debido a esto se alcanza el objetivo No. 2 que se refiere a los problemas por los que atraviesa el Minusválido al momento de realizar diferentes actividades.

CUADRO No. 14

PROBLEMAS QUE AFRONTAN LOS MINUSVALIDOS AL RELACIONARSE CON LA SOCIEDAD EN GENERAL

VARIABLE	SI	NO %	TOTAL
LASTIMA	23	77	100
RECHAZO	25	75	100
NO PUEDE COMUNICARSE	90	10	100
DISCRIMINACION	15	85	100
TEMOR A LA SOCIEDAD	13	87	100
FALTA DE ESTUDIO	71	29	100
PARTICIPACION ACTIVA	47	53	100

FUENTE: Investigación de campo.

El cuadro anterior dá a conocer los resultados obtenidos en la investigación referente a los problemas que atraviesan los pacientes para relacionarse con la sociedad en general, los cuales son: Lástima, rechazo, no puede comunicarse, discriminación, temor a la sociedad, falta de estudio y participación activa.

Es importante hacer un análisis de cada uno de los problemas mencionados, con el fin de brindar los porcentajes de los mismos.

El 23% de los entrevistados manifestaron que su principal problema es que la sociedad siente lástima por ellos.

Los usuarios del Centro manifestaron en un 75% no ser rechazados por estar inhabilitados, aunque en nuestro país este problema se ve muy de cerca, sufriendo rechazo únicamente un 25% de los minusválidos que asisten al Centro objeto de estudio.

Los resultados obtenidos respecto a la comunicación que se manifiesta entre los pacientes de la Institución, miembros de la sociedad y viceversa, es otro problema mayor para los minusválidos ya que la misma no se dá en un 90% y el 10% restante son los usuarios que pueden comunicarse.

En lo que se refiere a la discriminación un 15% si tienen problemas al relacionarse con la sociedad, sin embargo haciendo un análisis general de la misma en Guatemala, nos damos cuenta que la discriminación racial se manifiesta en un índice muy elevado.

Debido a las orientaciones y a la educación que les brindan a los usuarios y padres de familia en el Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos,

los pacientes que reciben rehabilitación en el mismo, no sienten temor al enfrentarse a la sociedad, lo cual se puede observar en los porcentajes referentes al aspecto de temor en la sociedad al revisar el cuadro número 14.

A causa de los diversos problemas que presentan los usuarios del Centro, el problema educacional en el proceso enseñanza-aprendizaje se encuentra ubicado en un alto porcentaje, siendo éste un 71%, aunque los mismos tengan la edad cronológica correspondiente para estudiar, no realizan esta actividad.

Los usuarios que reciben atención en el Centro participan en forma activa dentro de la sociedad en un 47%.

Después de haber analizado este cuadro se puede mencionar que es en éste, donde se alcanzan los objetivos específicos No. 2 y 3 del diseño de investigación, porque se detectaron varios problemas por los que atraviesa el Minusválido ante la sociedad.

CUADRO No. 15

EXISTENCIA DE RELACION ENTRE LOS PACIENTES DEL CENTRO

VARIABLES	No.	%
POSITIVA	60	60
NEGATIVA	40	40
TOTAL	100	100

FUENTE: Investigación de campo.

CAUDRO No. 16

TIPO DE RELACION ENTRE LOS PACIENTES

VARIABLES	No.	%
COMPAÑERISMO	47	47
AMISTAD	11	11
EGOISMO	0	0
RIVALIDAD	2	2
TOTAL	60	60

FUENTE: Investigación de campo.

Todo ser humano tiene la oportunidad de relacionarse con personas de diversos grupos sociales y es por ello que entre los pacientes del Centro también se dá determinada relación aunque la misma no sea en su mayoría satisfactoria por causas tales como: Tipo de problema que presentan, la rehabilitación es individual a excepción de algunos casos que necesitan rehabilitación grupal y lo más importante de tomar en cuenta es la corta edad de la mayoría de los pacientes. De acuerdo a la boleta estructurada para la recopilación de datos es importante hacer mención que se contempló en la misma la pregunta de la forma de relación que se dá entre los pacientes de la Institución investigada; y según el vaciado dentro del 41% la relación es buena, los mismos se relacionan en forma regular en un 28%, habiéndose encontrado que la misma es mala en solamente un 31% por varias razones, criterios y características propias tanto de los usuarios como de sus familiares.

Los cuadros No. 15 y 16 hacen referencia a la relación que se da en los pacientes del Centro objeto de estudio, y es por ello que se considera interesante la descripción de estos cuadros. a manera de que el lector obtenga una idea clara de la relación que se manifiesta entre pacientes, si se analizan los mismos se demuestra que el 60% de los usuarios sí mantienen una relación positiva dentro del Centro, aunque esta no sea muy amplia; por lo que se deduce que un 40% no tiene ningún tipo de relación dentro de la Institución.

Según el 60% de los entrevistados que sí mantienen relación alguna, se encontró que el porcentaje más alto está representado en un 47% en la relación de compañerismo que se da entre los pacientes, seguidamente se encuentra de amistad en un 11% y por último el 2% le corresponde a la rivalidad.

Haciendo un análisis de lo anteriormente expuesto en el segundo párrafo y uniéndolo a ello los cuadros 15 y 16 se pudo establecer que la hipótesis No. 3 se comprobó, aunque no en su totalidad, pero sí en un 50%; porque si se observan los resultados anteriores se puede notar que hay determinado tipo de relación entre los pacientes del Centro, ya sea de compañerismo, amistad, etc., alcanzando también de esta forma el objetivo específico número 4 que se planteó; debido a que se establecieron las relaciones interpersonales que se manifiestan entre los usuarios del Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos (CRINAM).

CUADRO No. 17

RELACION QUE EXISTE ENTRE PADRES E HIJOS

VARIABLE	No.	%
SI ES BUENA	98	98
NO ES BUENA	2	2
TOTAL	100	100

FUENTE: Investigación de campo.

CUADRO No. 17.1

RAZONES POR LAS CUALES LA RELACION ES BUENA

VARIABLE	No.	%
NIÑO NORMAL	55	55
ATENCION Y CUIDADO	15	15
SOBREPROTECCION	23	23
IDENTIFICACION FAMILIAR	4	4
BRINDAN POCA ATENCION	1	1
TOTAL	98	98

FUENTE: Investigación de campo.

Al estudiar el cuadro anterior se observa que en el 98% del total de la muestra, existe buena relación entre pacientes (hijos) y padres, lo que nos demuestra que casi en su totalidad se manifiesta lo anterior y esto contribuye a que el niño o adolescente minusválido se sienta apoyado por sus padres y logre una mejor rehabilitación al ser tratado como niño normal. Dentro del círculo familiar en un 55% otra de las razones por la que la relación es buena es la atención y cuidado que brindan los padres a sus hijos con problemas de minusvalía siendo éste un 15%, encontrando también que en un 23% los padres sobreprotegen a sus hijos, aludiendo que por ello se manifiesta la relación de esta forma, además en un 4% existe identificación familiar es decir que el minusválido es capaz de identificar y reconocer a cada miembro de su familia ya sea por su nombre y / o parentesco, por último encontramos que al 1% le brindan poca atención.

Para concluir es importante señalar que solamente en el 2% la relación que se da

entre padres e hijos minusválidos no es buena.

La hipótesis No. 4 que se planteó en el proyecto de investigación, la cual se refiere a la relación que existe en el círculo familiar, no se comprobó, en un 98% debido a que sí se manifiesta relación entre padres e hijos, tíos, sobrinos, hermanos, etc., habiendo comunicación alguna, lo cual contribuye a la pronta rehabilitación de los mismos. Si se relaciona lo mencionado anteriormente con los objetivos específicos, se pudo establecer que el número 5 se alcanzó en éste cuadro, porque se conoció la relación que se da entre el núcleo familiar, contribuyendo de esta forma a superar el problema.

CUADRO No. 18

COMUNICACION FRECUENTE ENTRE PACIENTES Y PERSONAL O QUE LABORA EN EL CENTRO

PERSONAL	No.	%
FISIOTERAPISTA	32	32
TERAPISTA	13	13
NIÑERAS	17	17
TRABAJADORA SOCIAL	1	1
MAESTRAS	17	17
TODO EL PERSONAL	8	8
NADIE	12	12
TOTAL	100	100

FUENTE: Investigación de campo.

Como se puede observar en los resultados obtenidos en el cuadro número 18 el porcentaje mayor es de 32% que corresponde a los fisioterapeutas, es decir que son éstos miembros del personal los que mantiene mayor comunicación con las personas que llegan a recibir rehabilitación y con sus familiares; debiéndose esto a que es en este departamento donde se les brinda en mayor porcentaje el tipo de rehabilitación que requieran. En segundo lugar se encuentra el 17% correspondiente a las maestras y niñeras en igual porcentaje, se comunican con las terapeutas en un 13% con ninguno un 12%, con todo el personal un 8% y el porcentaje más bajo corresponde al departamento de Trabajo Social en donde únicamente el 1% de los casos se comunica con mayor frecuencia con la Trabajadora Social, a excepción de las personas que requieran aparatos y al momento de realizar donaciones de víveres.

La razón por la cual el porcentaje más bajo se ubica en el departamento de Trabajo Social es porque este cuadro hace referencia a la comunicación frecuente, es decir un nivel de confianza absoluta entre pacientes y personal del Centro, el porcentaje restante (99%) solamente tiene relación con la Trabajadora Social en casos muy necesarios, cuando requieren algún tipo de ayuda y / o atención.

Por lo anteriormente expuesto es importante sugerir que el departamento de Trabajo Social tenga un acercamiento más directo con los usuarios del Centro a manera de tener mayor comunicación y confianza, y de esta forma conocer más a fondo la problemática que presentan.

CUADRO No. 19

LA RELACION BRINDADA EN EL CENTRO HA CONTRIBUIDO A SUPERAR EL PROBLEMA

SUPERACION DEL PROBLEMA	No.	%
SI	92	92
NO	8	8
TOTAL	100	100

FUENTE: Investigación de campo.

CUADRO No. 19.1

ASPECTOS EN LOS CUALES SE HA SUPERADO EL PROBLEMA

RAZONES	No.	%
SUPERACION DEL PROBLEMA	40	40
MOVILIDAD EN SUS MUSCULOS	42	42
DESARROLLO DEL LENGUAJE	10	10
TOTAL	92	92

FUENTE: Investigación de campo.

Al analizar los cuadros anteriores se observa que en el 92% de los pacientes que reciben atención en el Centro, la rehabilitación brindada durante el tiempo de tratamiento ha contribuido en gran parte a superar el problema de cada usuario, siendo mínimo el porcentaje (8%) de los que en su rehabilitación no han tenido resultados positivos para un mejoramiento en los problemas que presentan.

Las razones por las cuales los pacientes han logrado una mejor rehabilitación son los siguientes: En primer lugar se encuentra la movilidad en sus músculos representada en un 42%, en segundo lugar con un porcentaje de 40% la superación del problema y en tercer lugar porque determinados pacientes han desarrollado su lenguaje en un 10%.

CUADRO No. 20

RECIBE ATENCION DE LA TRABAJADORA SOCIAL

VARIABLE	No.	%
SI	85	85
NO	15	15
TOTAL	100	100

FUENTE: Investigación de campo.

Con los resultados de la investigación de campo se establece que el 85% de los pacientes que asisten a recibir atención al Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos, han recibido ayuda de diferente tipo de parte de la Trabajadora Social, habiéndolo clasificado ésta de seis formas que son las siguientes: La primera corresponde a la papelería de ingreso de cada paciente, que éste profesional tiene que realizar como función específica, otra de las ayudas que se ha brindado es la donación de víveres a los padres de familia y encargados de los pacientes; así mismo las orientaciones que se brindan a estas personas sobre diversos problemas que afrontan en cada grupo familiar.

Por aparte se encontró que la Trabajadora Social es la encargada de hacer las solicitudes de aparatos que los pacientes necesitan de acuerdo al problema que presentan. Otra atención que proporciona el departamento de Trabajo Social son las visitas domiciliarias que se ejecutan. Por aparte un 15% de los usuarios negaron por razones desconocidas no haber recibido ayuda por parte de la Trabajadora Social.

De acuerdo a este cuadro se conoció el rol que desempeña el profesional de Trabajo Social en la Institución investigada, es por ello que el objetivo número 8 fue alcanzado.

CAPITULO VI

PROPUESTA DE LAS SUSTENTANTES PARA MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS

6.1 PRESENTACION:

A continuación se dá a conocer el aporte elaborado por las sustentantes de la TESIS: "LA INHABILITACION FISICA, SUS RELACIONES INTERPERSONALES Y EL ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES MINUSVALIDOS (CRINAM)", en base al estudio de campo realizado en dicha Institución, la cual se dedica a brindar tratamiento y rehabilitación a niños y adolescentes que padecen algún tipo de Minusvalía.

El problema de la Inhabilitación Física en Guatemala se encuentra ubicado entre los problemas socio-económicos, debiéndose ésto a la situación de extrema pobreza por la que atraviesa el país, el cual afecta mayormente al sector infantil de 0 - 6 años de edad.

Una de las principales causas que dan origen a la problemática estudiada es la existencia de problemas genéticos, por descuido de la madre durante la etapa de gestación.

Es indispensable dejar impreso en ésta propuesta de Tesis, determinados elementos que se consideran importantes para mejorar en alguna medida los servicios que son proporcionados en la Institución objeto de estudio, efectuándose ésto en base a la investigación de campo realizada por las sustentantes.

Durante el transcurso de la investigación se llegó a considerar necesario brindar alternativas de solución para modificar el sistema actual de trabajo del Centro y, de esta forma proporcionar un servicio satisfactorio a los usuarios, coadyuvando a la rehabilitación y tratamiento de cada uno de los miembros, debiéndose lo anterior a la inconformidad que presenta determinada cantidad de usuarios de recibir atención y tratamiento por grupos de trabajo establecidos.

6.2 OBJETIVOS:

- Lograr que el Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos modifique sus sistema actual de trabajo y la forma que éste funciona, a manera de que se le proporcione a los usuarios una mejor rehabilitación en su tratamiento evitando así que exista discontinuidad y estancamiento del mismo.
- Lograr que el departamento de Trabajo Social adquiriera una mejor identificación y proyección hacia los usuarios, a efecto de que dicho departamento tenga

mayor cobertura a nivel del Centro.

- Proporcionar al Centro elementos indispensables, en cuanto a la forma de atención que se les brinda a los usuarios, con la finalidad de que el tratamiento se intensifique más y lograr así su pronta rehabilitación.

6.3 ELEMENTOS ESENCIALES DE LA PROPUESTA:

6.3.1 ADMINISTRACION:

- Crear un departamento específico en el cual brinden mayor atención e información al usuario y personas que soliciten servicios del mismo.
- Modificar el sistema actual de trabajo que funciona en tres grupos, referente a la rehabilitación que se les brinda a los usuarios.
- Brindar a través de la modificación antes mencionada una atención más continua logrando así que la rehabilitación de los usuarios no sea interrumpida.

6.3.2 EDUCACION:

- Gestionar ante el Ministerio de Educación la autorización de la Escuela que funciona en dicha Institución para que los grados que los pacientes cursan, tengan validez y contar así con la oportunidad de continuar sus estudios posteriores.
- Aumentar el personal técnico que labora en los diferentes departamentos de terapias con el propósito de que a los pacientes les brinden tratamiento y rehabilitación más a menudo, evitando así el retroceso o estancamiento que presenta cada paciente al ausentarse determinando tiempo del Centro investigado.

6.3.3 PROYECCION:

- Que los encargados de la Fundación Pro-Bienestar del Minusválido realicen programas de trabajo con la finalidad de proyectarse más a nivel nacional, y de esta forma los sectores mayoritarios estén más informados sobre la existencia de todos los Centros que brindan rehabilitación.
- Efectuar campañas de prevención de la Minusvalía a nivel nacional.

6.3.4 TRABAJO SOCIAL:

- Ampliar el departamento de Trabajo Social por la gran cantidad de usuarios que asisten a recibir atención al Centro.

- Que el departamento de Trabajo Social logre una mejor y plena identificación con los usuarios, a manera de tener mayor relación con los mismos y conocer más a fondo la problemática que presentan.
- Trabajar conjuntamente con la Escuela para padres organizando charlas educativas y otras actividades sociales en beneficio de los pacientes y sus familiares.
- Que el Trabajador Social realice terapia de grupos con los pacientes, para que los usuarios se preparen para un mejor desenvolvimiento en su vida y de esta forma superar su problema.
- Realizar terapias a los padres de familia para ayudar al usuario a superar los problemas derivados de la Minusvalía.
- Aumentar el personal del departamento de Trabajo Social con la finalidad de tener una mayor y mejor atención hacia los usuarios.
- Que ésta Institución establezca relación con otras identidades no lucrativas, a efecto de coordinar actividades obteniendo así mejores logros y mayores beneficios.
- Que el Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos (CRINAM) brinde la oportunidad a estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Univesidad de San Carlos de Guatemala, para que efectúen determinadas prácticas en dicha Institución, logrando con ello la adquisición de experiencias positivas.

CONCLUSIONES

1. El Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos, es una Institución no lucrativa que forma parte de la Fundación Pro-Bienestar del minusválido (FUNDABIEM), que se dedica a brindar rehabilitación a niños y adolescentes con diferentes problemas de Minusvalía no importando la clase social a la que pertenezca la persona que solicita dichos servicios, siendo además la única Institución del país que tiene una cobertura muy amplia.
2. La sociedad guatemalteca en la actualidad atraviesa por serios problemas socio-económicos, de los cuales se derivan los de salud, incluyéndose en éstos el alto índice de personas que sufren de Minusvalía, lo cual trae como consecuencia temor a enfrentarse ante la sociedad al no ejercer normalmente el papel que le corresponde como todo ser humano por encontrarse Discapacitado.
3. Siendo el Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos (CRINAM), una Institución de proyección social, es indispensable e importante el servicio que presta el Trabajo Social, debido a que todo profesional de ésta rama, se debe a los sectores mayoritarios del país, y parte de los mismos son los que acuden a la Institución a solicitar atención.
4. Se llega a concluir que más de la mitad de los Minusválidos que reciben tratamiento y rehabilitación en el Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos, padecen de éste problema desde su nacimiento; por lo cual se considera que es de suma importancia rehabilitarse en los primeros 5 años de vida, ya que por medio de ello se logra una mejor y efectiva rehabilitación en el tratamiento que se les proporciona.
5. La irresponsabilidad que existe por parte de ambos padres en nuestro medio, es uno de los factores de terminantes que inciden en el problema de los Incapacitados Físicos, así como también la situación económica en que se encuentra viviendo por ello bajo condiciones de vida infrahumanas.
6. Durante el proceso de la investigación se llegó a establecer que el término Minusválido es sinónimo de Lisiado, Incapacitado, Inhabilitado, Inválido, Disminuido, Discapacitado, Limitado Físico; designando éstos términos a toda persona que padece de algún impedimento físico y mental, que le impide en mayor o menor grado realizar las actividades diarias de la vida humana.

7. Toda persona como ser social está propensa a contraer una serie de enfermedades y en mayor grado el sector infantil, lo cual se debe a que las necesidades básicas tales como: vivienda, alimentación, salud, educación, vestuario y recreación no son satisfechas adecuadamente.
8. En la Institución investigada tanto los niños como adolescentes Minusválidos que asisten a recibir tratamiento, pertenecen en mayor parte al grupo étnico no indígena, por proceder de la capital y por el lugar en que se encuentra ubicado el Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos (CRINAM).
9. Haciendo una análisis general se deduce que para los Minusválidos en determinados casos, les es imposible que exista algún tipo de comunicación y relación entre los mismos, debiéndose ésto al tipo de problema que particularmente padecen por múltiples dificultades que presentan en la sociedad guatemalteca.
10. El Trabajo social a nivel general es una disciplina de las Ciencias sociales que tiene como objeto de estudio al hombre como ser social, por formar parte de una sociedad, refiriéndose con ello a que el profesional de ésta rama se debe a los sectores mayoritarios de la población en general.

RECOMENDACIONES

1. Modificar el sistema actual del trabajo de los usuarios del Centro de Rehabilitación integral para Niños y Adolescentes Minusválidos (CRINAM), para que a través de esto se logre una mejor y rápida rehabilitación; evitando así pérdida de tiempo, retroceso en la rehabilitación adquirida e inconformidad existente de los padres de familia o encargados de los pacientes.
2. Ampliar el departamento de Trabajo Social de la Institución investigada a manera de lograr que se incrementen los servicios que proporciona dicho departamento, para que los profesionales en esta rama sean suficientes para atender las diferentes necesidades que presenta cada uno de los usuarios por la gran cantidad que asisten al mismo, ya que es de suma importancia que el Trabajador Social tenga una plena identificación con los Minusválidos y sobre todo con sus familiares.
3. Es importante incrementar el personal que labora en las diferentes terapias del Centro investigado, para evitar discontinuidad y estancamiento en la rehabilitación y tratamiento que recibe cada paciente que asiste al Centro.
4. Se debe informar constantemente a través de los medios de comunicación y/o campañas informativas, de los servicios que proporciona dicha institución; con la finalidad de que los sectores populares que viven en las áreas más lejanas del país estén enterados de la existencia y labor que desempeña la Fundación Pro-Bienestar del Minusválido (FUNDABIEM) y sus extensiones departamentales.
5. Que el Centro de Rehabilitación Integral para Niños y Adolescentes Minusválidos (CRINAM), incremente un programa nacional de prevención contra la Minusvalía a manera de evitar que el alto porcentaje de personas Minusválidas continúe ascendiendo.

BIBLIOGRAFIA

1. Adam Sferra, Mary Elizabeth Wright, Louis A. Rice.
Personalidad y Relaciones Humanas.
Segunda Edición
México D.F., marzo de 1979
Pag. 6
2. Algunos indicadores Estadísticos 1992
Fuente: INE, Sección de Estadísticas vitales
Pag. 28
Distribución: Centro de Información, documentación y Publicaciones
Dirección Cablegráfica
Inestadística
Enero 1995
3. Ander Egg, Ezequiel
Diccionario de Trabajo Social
Editorial "El Ateneo" A.S. de C.V.
Primera Edición corregida y aumentada
Segunda Reimpresión en México, 1984
pags. 262 - 263.
4. Ander Egg, Ezequiel
Metodología del Trabajo Social
Cuarta Reimpresión en México
Editorial El Ateneo, S. A.
México, Buenos Aires, Bogotá,
Caracas, Lima, Río de Janeiro,
Barcelona
Pags. 45 - 60.
5. Ander Egg, Ezequiel
Metodología y Práctica del Desarrollo
de la Comunidad.
Editorial el Ateneo, México
10a. Edición corregida y aumentada
Pags. 24 - 25.

6. Ander Egg. Ezequiel
Técnicas de Investigación Social
Editorial El Ateneo de C.V.
21 Edición
Pags. 227, 230, 234, 195, 200.
7. Boletín Informativo del Sistema nacional de
Indicadores Sociales No. 1
NOTISIS
Octubre de 1994
Pags. 4 y 8.
8. Calderón, Felipe
Revista de Trabajo Social No. 10
Conceptos Utiles en Trabajo Social
Artículo 2
Pags. 11 - 12
Escuela de Trabajo Social
Universidad de San Carlos de Guatemala
Año 1990.
9. Comisión Nacional de Reconciliación
la Comisión nacional de Reconciliación
Convoca al Diálogo Nacional
Ponencias.
10. Constitución de la OMS
Organización Mundial de la Salud
División de Información Pública y Educación para la Salud
Pag. 13
11. Diccionario Bibliograf VOX
Enciclopédico
Tomo 2
Pag. 1,223.

12. Enciclopedia Cumbre
Tomo 6, pag. 179
1992.
13. Ferrara, Acebal, Paganini
Medicina de la Comunidad
Documetno 1.1.15 Salud y Enfermedad
Editorial Intermédica, Buenos Aires,
Argentina 1972
Universidad de San carlos de Guatemala.
14. Flores Alvarado, Humberto
El Adamcismo y la sociedad guatemalteca.
Tercera Edición 1984.
15. Floreal A. Ferrara, et. al.
Medicina de la Comunidad.
Medicina Preventiva Social y Administrativa
Buenos Aires, Argentina 1976.
16. Hernández Sifontes, Julio
Algunas Ideas sobre las Clases Sociales
Dirección y Edición
Felipe de Jesús Calderón
Guatemala, noviembre de 1986.
17. Instituto Nacional de Estadística (INE)
Libro Anuario Estadístico 1990
Pag. 54 - 151.
18. Kuusinen Otto V., et. al.
Manual de Marxismo - Leninismo
Ciencias Económicas y Sociales
Pag. 155.

19. Lucien Albert Pierre Simón
Las Relaciones Interpersonales
Manual de Animador
Tercera Edición
Editorial Herder
Barcelona 1979
Pag. 7.
20. Memoria de Labores
Fundación Pro-Bienestar del
Minusválido (FUNDABIEN)
21. Ministerio de Trabajo
Instituto de Prevención Sanitaria de
la Seguridad Social, La Paz, Madrid
Docencia de Médicos Residentes
Parte 1, año 1973.
22. Oceano Uno
Diccionario Enciclopédico Ilustrado
Grupo Editorial Oceano
Edición 1992.
23. Plan Nacional de Rehabilitación
República de Chile, Ministerio de Salud
República de Chile, Comisión Nacional de
Rehabilitación 1976.
24. Ulises, Silvia C., Zepeda, Lilian
Problemática de la madre Soltera en la
Sociedad Guatemalteca (específicamente
casos atendidos en el Bufete popular de
Escuela de Trabajo Social
Pags. 11, 14, 15.