

T-T.S  
366

1

A NUESTROS PADRES

**SCIB**  
000 20 827

ANALISIS DEL EJERCICIO PROFESIONAL DEL  
TRABAJADOR SOCIAL EN LOS CENTROS DE RE  
HABILITACION FISICA Y MENTAL  
INSTITUTO DE REHABILITACION ESPECIALIZADA  
" EL ROSARIO "  
INSTITUTO DE REHABILITACION Y ENSEÑANZA  
" EL INVALIDO "

T  
361.092  
R249

3

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

Tests para optar el título de:

Licenciados en

Trabajo Social

Presentado por:

Carmen Redondo Salas  
Isabel Rodríguez Alfaro  
Josefina Témera Sierra.

Presidenta:

Lic. Lilia Fíroz C.

Asesores:

Lic. Helena C. de Villalba

Economista Mario Puello Ch.

Rector:

Luis H. Arceut Escalval

Decana:

Lic. Luz Amalia Trujillo de Borrío

Secretaría Académica:

Lic. Carlos M. de Julio

Jurado de Tests:

20018

## TABLA DE CONTENIDO

### INTRODUCCION

### CAPITULO I

#### ANTE PROYECTO DE TRABAJO

			Pag
I.	1.	Planteamiento del Problema	1
I.	2.	Objetivos	1
		A. General	
		B. Especificos	
I.	3.	Hipotesis	1
		A. General	
		B. De Trabajo	
I.	4.	Delimitación	2
		A. Tiempo	
		B. Espacio	
		C. Material	
	1.	Variables	
		a. Dependiente	
		b. Independiente	

			Pag.
	2.	Definición de Términos	2
	a.	Conceptual	2
	b.	Operacional	3
I.	5.	Marco Teórico	4
I	6.	Metodología	8

## C A P I T U L O II

### LIMITACIONES FISICAS Y MENTALES

II	1.	Definición sobre Retardo Mental	9
II.	2.	Causas Generales	14
II.		A. Causas que actuan antes del nacimiento	14
		B. Causas que actuan durante el nacimiento	16
		C. Causas que actuan después del nacimiento	16
		D. Clasificación Etiologica	17
II.	3.	Definición sobre Invalidez	25
II.	4.	Causas Generales de la Invalidez	27
II.	5.	Consecuencias sobre Retardo Mental e Invalidez	48

CAPITULO III

HISTORIA DE LAS INSTITUCIONES DE  
REHABILITACION FISICA Y  
MENTAL EN CARTAGENA

III.	1.	Instituto de Rehabilitación y Enseñanza El Invalido	89
III.	2.	Instituto de Rehabilitación y Enseñanza Especializada El "Rosario"	87

CAPITULO IV

ESTUDIO Y ANALISIS DE LA INVESTIGACION 78

CAPITULO V

EJERCICIO PROFESIONAL DEL TRABAJADOR  
SOCIAL EN LOS CENTROS DE REHABILI-  
TACION FISICA Y MENTAL EN  
CARTAGENA

V.	1.	El Trabajador Social en los Centros de Reha- bilitación	107
----	----	--	-----

V.	2.	Papeles - funciones e intervención del Profesional de Trabajo Social	114
V.	3.	Funciones	123
V.	4.	Intervención	125
V.	5.	El Trabajo Social en el Sector de la Familia y la Sociedad.	131

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

Con el presente trabajo queremos dar a conocer el Ejercicio Profesional del Trabajador Social en los Centros de Rehabilitación Física y Mental en Cartagena, teniendo en cuenta que es muy reciente en este campo y considerando que la rehabilitación constituye una problemática social de gran alcance en donde están implicados el individuo, la familia y la comunidad. Es de fundamental importancia el Ejercicio Profesional del Trabajo Social en esta área, ya que aplicando la metodología de Trabajo Social, puede a través del proceso de ayuda conocer e interpretar las condiciones en las cuales se ha desarrollado el individuo limitado y el potencial dinámico de la familia como aporte integrante del proceso de rehabilitación; ya que el ser humano por el sólo hecho de ser humano y ciudadano de un país, tiene derecho de una atención como toda persona normal porque toda persona tiene derecho a la vida, entendiéndose esta como lo define la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, es decir, no la mera subsistencia, sino el desarrollo pleno y efectivo de todas las facultades y dimensiones del hombre, que hagan posible este desarrollo, porque toda Organización Socio-política tiene razón de ser en la medida en que esta al servicio de todos los hombres que componen la comunidad.



Esta investigación constará de cinco capítulos que están desarrollados en la siguiente forma: el primer capítulo comprende el Anteproyecto; el segundo y tercer capítulo contempla Definición y Causas del Retardo Mental y de la Invalidez, y Reseñas Históricas de los Centros de Rehabilitación física y mental en Cartagena, el cuarto capítulo contempla el estudio y Análisis de la Investigación y el quinto capítulo comprende el oficio profesional del Trabajador Social en el cual se contempla la filosofía, valores y principios del Trabajo Social, papeles, funciones o intervención en su campo de acción.

Esperamos que esta investigación constituya un aporte apreciable a esta Facultad y a la sociedad. Sólo de esta manera veremos compensados nuestros esfuerzos.

CAPITULO I  
ANTE PROYECTO DE TRABAJO

## I. PLANTZAMIENTO DEL PROBLEMA

Es un aporte la intervención profesional del Trabajador Social a la problemática atendida por el Instituto de Rehabilitación Especializada "El Rosario" y el Instituto de Rehabilitación y Enseñanza El Inválido ?

## II. OBJETIVOS

### A. GENERAL.

Investigar a nivel causal y comprobar que el Ejercicio Profesional del Trabajador Social es una respuesta a la problemática de los Centros de Rehabilitación Física y Mental en Cartagena, encaminada a lograr un adecuado ajuste social de los individuos con limitaciones.

### B. ESPECIFICOS.

1. Identificar el Ejercicio Profesional del Trabajador Social en los Centros de Rehabilitación Física y Mental.
2. Analizar las limitaciones que ha encontrado el Trabajador Social para su desempeño profesional en los Centros de Rehabilitación Física y Mental.

## III. HIPOTESIS.

### A. GENERAL

Responde el ejercicio profesional del Trabajador Social a la problemática atendida por los Centros de Rehabilitación Física y Mental. ?

### B. DE TRABAJO.

El Ejercicio profesional del Trabajador Social en los Centros de Rehabilitación Física y Mental se ha encontrado con ciertas limitaciones, debido a:

- a. Que el Trabajador Social no tenga definido sus papeles, funciones e intervenciones en el área de la Rehabilitación Física y Mental.

b. Limitaciones Institucionales.

IV. DELIMITACION.

A. TIEMPO

Se llevara a cabo esta investigacion, tomando datos de los años 1970 a 1977.

B. ESPACIO

Se llevara a cabo en los Centros de Rehabilitacion Fisica y Mental de Cartagena, Instituto de Enseñanza especializada El Rosario y el Instituto de Enseñanza El Inválido.

C. MATERIAL.

1. VARIADLES.

a. DEPENDIENTE.

Ejercicio Profesional del Trabajador Social y Rehabilitación Fisica y Mental.

b. INDEPENDIENTE.

Populos, funciones, intervencion, politicas institucionales, limitaciones.

2. DEFINICION DE TERMINOS.

A. CONCEPTUAL.

Rol : Conjunto de expectativas que regulan el comportamiento del Trabajador Social en una situacion dada.

Función: Tarea o ejercicio ejecutado de una manera regular en virtud de una ocupación

**Intervención:** Participación que debe tener el Trabajador Social en la problemática atendida por las instituciones.

**Rehabilitación:** Conjunto de procedimientos dirigidos a reducir y orientar a las personas que han sufrido algún tipo de discapacidad, de modo tal que constituya las condiciones favorables que lo permitan desenvolverse con relativa autonomía y alcanzar una adecuada integración a la sociedad.

**Ejercicio Profesional:** Desempeño profesional del trabajador social a través de ciertas actividades relacionadas con la misma profesión.

**Políticas Institucionales:** Son las decisiones o acciones tomadas por las instituciones que conllevan a tratar de resolver problemas de los individuos para un mejor Bienestar Social.

**Limitación:** Obstáculos encontrados por el Trabajador Social en su Ejercicio Profesional.

### B. OPERACIONAL.

**Rol:** Orientador, Coordinador, Investigador, Promotor de Cambio, Terapeuta.

**Función:** Participar en las actividades del equipo interdisciplinario para hacer en forma integrada el Estudio, Diagnóstico y Tratamiento.

- Aplicar la Metodología de Caso, Grupo y Desarrollo de la Comunidad.

- Participar en la formulación de políticas sociales.

- Coordinar conjuntamente con los miembros del equipo interdisciplinario en el proceso de la Rehabilitación.

**Rehabilitación:** Participación del Trabajador Social en el equipo interdisciplinario.  
 Realizar procesos de ayuda individual y grupal.  
 Divulgación de los programas a nivel comunitario.

**Intervención:** Coordinar actividades, participar en el equipo interdisciplinario, elaboración de programas y formulación de políticas.

**Limitaciones:** Incumplimiento de políticas por parte de las Instituciones, carencia de políticas nacionales y gubernamentales que impulsen los programas, problemas administrativos.

**V. MARCO TEORICO.**

La intervención profesional del Trabajador Social en los Centros de Rehabilitación Física y Mental en Cartagena es muy reciente ya que dicho ejercicio comenzó a partir de la década de 1970.

En Cartagena existen cuatro centros de Rehabilitación Física y Mental de mucha importancia para los individuos que padecen de algún tipo de limitación, ellos son:

Instituto de Enseñanza Especializada El Rosario, Instituto de Rehabilitación y Enseñanza El Inválido, Instituto de Ciegos y Sordomudos y la Liga contra la Epilepsia.

El primer Centro en ver la necesidad o importancia del Ejercicio Profesional del Trabajador Social en el área de la Rehabilitación, fue el Instituto de Rehabilitación y Enseñanza El Inválido. Posteriormente, en 1975, el Instituto de Enseñanza Especializada El Rosario.

Los dos Centros restantes carecen de Trabajadores Sociales.

**TEORIA SOBRE REHABILITACION.**

MORGAN M RICARDO. Tratado de Rehabilitación. Enfoque Integral. La Rehabilitación no constituye solamente unas series de teorías médicas, profesionales y educativas, sino sobre todo la tecnología y unos medios que permiten el desarrollo máximo de toda

persona afectada por cualquier tipo de limitación. Esta tecnología se traduce en una serie de acciones, mecanismos de influencia individual, social y técnica o instrumentos materiales, etc., que fundamentan. Considera la Rehabilitación como un proceso social específico, psicológico y social que consigue a través de ciertos técnicas y servicios un máximo desarrollo personal.

CORNEALEZ MAS RAFAEL. Trabajo de Rehabilitación Médica: La Rehabilitación es una restauración de un individuo limitado hasta sus máximos límites físicos, mentales, sociales, vocacionales y económicos posibles.

FERRARI FORCADI RICARDO. Comité Nacional de Rehabilitación: Rehabilitación es el conjunto de conocimientos aplicados a un limitado y al medio para compensar la reducción de su actitud operativa, reintegrando al individuo al más alto nivel de deficiencia física y anímica compatible con sus condiciones residuales para asegurarlo finalmente una ocupación productiva y remunerada, operando con el fin máximo rendimiento y satisfacción dentro de los límites permitidos por su déficit y de compatible en forma competitiva con los no deficientes.

KILLEGGE - LARIMORE. Medicina Preventiva: Rehabilitación es la restauración final de las personas impedidas a su capacidad máxima tanto física, emocional, social y vocacional. Es una actividad especializada con diversas disciplinas profesionales.

#### TEORIA SOBRE EL EJERCICIO PROFESIONAL

SEMINARIO DE TORRESOPOLOS. Metodología del Servicio Social: La Metodología del Trabajador Social en Mitro-actuación, comprensión:

Estudio Diagnóstico	Estudio Análisis <u>Diagnóstico</u> Planeamiento	Estudio <u>Diagnóstico</u> Planeamiento	Evaluación
Tratamiento	Ejecución	Tratamiento	Asesoramiento
Evaluación	—	—	—

La Metodología del Trabajador en Macro-educación, considerando el "modus operandi" del Servicio Social, consisten:

- a. Participar de todas las etapas de programas para el Macro-plano.
- b. Formular la metodología y estrategia de acción para elaborar e implantar la política social.
- c. Planear e implantar la infraestructura social.
- d. Establecimiento de canales de comunicación con la población para promover su participación en el proceso de planeamiento.

**VI. METODOLOGIA**

La Metodología a utilizar es la siguiente:

Observación Directa.

Observación Indirecta.

Encuestas de Opinión

Documentos que existen sobre el tema.



Entre otros: A los Trabajadores Sociales del área de la Rehabilitación Física y Mental; personal administrativo, alumnos en práctica de Trabajo Social y a los profesionales del Instituto de Rehabilitación Especializada El Rosario y el Instituto de Rehabilitación y Enseñanza El Inválido.

**Investigación:**

El Instituto de Rehabilitación especializado El Rosario cuenta con un universo de 88 personas.

El Instituto de Rehabilitación y Enseñanza El Inválido, cuenta con un universo de 28 personas.

Se aplicarán un total de 89 encuestas, tomándose el ciento por ciento.

Estas encuestas se aplicarán a los directivos, profesionales o instructores con el objetivo de conocer el ejercicio profesional del Trabajador Social.

CAPITULO II

LIMITACIONES FISICAS Y MENTALES

## 2.1. DEFINICION SOBRE RETARDO MENTAL.

"Existe un amplio grupo de individuos cuyas limitaciones en la personalidad se deben esencialmente a que su capacidad intelectual no se desarrolla lo suficiente para hacer frente a las exigencias del ambiente y poder así establecer una existencia social independiente. Dicha falta de capacidad intelectual se deriva de una limitación innata en el desarrollo del cerebro, de una enfermedad, o de una lesión cerebral que se produjo durante o inmediatamente después del nacimiento, o bien es la consecuencia de una falta maduración debida a que los estímulos ambientales provenientes de fuentes familiares y culturales han sido insuficientes para estimular el desarrollo." (1) Según el criterio de la Asociación Americana de Retardo Mental en el cual se hace mención fundamentalmente a aspectos sintomáticos intelectuales y de adaptación social. De tal manera que se considera el retardo mental como un funcionamiento intelectual general por debajo del promedio, que es originado durante el período de desarrollo del individuo y está asociado a trastornos de la conducta adaptativa. Esta definición trata de combinar la medida objetiva de la inteligencia general con la apre-

---

(1). Noyes y Loib.- *Psiquiatría Clínica Moderna*, 3a. Edición, Prensa Médica Mexicana, Madrid 1.973

ciencia del grado de competencia social, dando un concepto más dinámico del retardo mental, el cual se basa en la capacidad funcional del individuo. En relación a la conducta adaptativa, ésta se refleja en tres aspectos básicos: maduración - adaptación y aprendizaje.

Maduración, se refiere al desarrollo progresivo de la habilidad del niño para caminar, hablar, escribir, y la interacción social. Una demora en esta área sugiere la necesidad de un examen médico y psicológico.

Aceptación social, se refiere a la capacidad del individuo para acomodar su comportamiento a los requerimientos del medio.

Aprendizaje, la disminución en la capacidad de aprender, está asociada a un índice de aprendizaje más bajo que el del término medio, y a una limitada capacidad para utilizar las experiencias con medio de adquirir conocimientos. (1)

Según la Asociación Americana de Deficiencia Mental, se clasifica en cuatro grados: Lentos en el aprendizaje, Educables, educables y profundos.

---

(1) Asociación Venezolana de Padres y Amigos de Niños Excepcionales. (AVEPAN). - Retardo Mental 500 preguntas y respuestas, Co. Edición, Caracas 1972.

Los lentos en el aprendizaje, no muestran características físicas o mentales específicas.

En la primera infancia no manifiestan estrés poliomotor o de generación física. Sus capacidades se desarrollan con lentitud, presentan problemas de aprendizaje por no lograr ir al ritmo de los niños "normales".

Pueden cursar los primeros años al bachillerato.

Escuelas: Este grado de retardos mentales presenta las siguientes características físicas:

- No presentan degeneración física.
- Retraso físico y debilidad motora.
- Exageración de reflejos.
- Hipertonía muscular.
- Torpeza de movimientos.

Dentro de las características intelectuales que presentan corresponden:

- Capacidad de abstracción limitada y pensamiento concreto.
- Capacidad limitada para asociar.
- Memoria buena, concentración deficiente.

- Logran el aprendizaje de lectura, escritura, conceptos numéricos.
- Imaginación y creatividad pobre.
- Lenguaje abundante, pero a veces su uso es impropio
- Escasez de juicio y sentido crítico.
- Sus intereses son pocos y la observación al medio ambiente global.
- Dificultades en reconocer los límites de la moral, los deberes y derechos.
- Constantes cuando adquieren hábitos.
- Presentan características afectivas en donde la estabilidad emocional es poco equilibrada, pueden reír o llorar sin causa aparente.
- Estado de ánimo variable, con cambios bruscos y crisis de cólera.
- Manifestaciones afectivas exageradas.
- Personas sin malicia y muy leales cuando son tratadas con justicia y bondad.

Los afectables también presentan características físicas, intelectuales y afectivas:

- Poco y estatura por debajo de lo normal.
- Salud deficiente, propensa a las afecciones bronquiales y del sistema digestivo.

- Atención disminuida y percepción poco discriminada.
- Memoria pobre.
- Dificilmente adquieren la lectura - escritura y el cálculo, si lo logran es en forma rudimentaria.
- Vocabulario reducido y sintaxis simple.
- Emotividad variable, lloran y ríen con facilidad.
- Exagerados en sus manifestaciones sentimentales.

Los que padecen un grado profundo de retardo mental, ni siquiera logran atender sus necesidades básicas, no son susceptibles de educación y requieren cuidados permanentes.

## 2.2. CAUSAS GENERALES.

### 2.2. 1. RETARDO MENTAL

Antes se acostumbraba a clasificar los déficits mentales en términos de la relación temporal entre el factor activo y el nacimiento. Desde un punto de vista clínico, es conveniente dividir los casos en aquellos cuyas causas se encuentran Antes del nacimiento, las que resultan de lesiones durante el nacimiento y las que resultan de lesiones o enfermedades que aparecen después del nacimiento. Pero antes de que se alcance el desarrollo mental completo, el retardo mental, entonces puede

aparecer en los períodos prenatal, neonatal y postnatal.

#### A. CAUSAS QUE ACTUAN ANTES DEL NACIMIENTO:

A menudo es difícil determinar si el defecto mental fue causado por factores inherentes a los genes o si factores tóxicos, infecciones, endocrinos, traumatismos nutricionales o de otro tipo patológico prenatal, actuaron sobre la célula germinal o sobre la madre embarazada y debilitaron o distorcionaron la capacidad que el cerebro tenía para desarrollarse.

##### 1.- FACTORES PRENATALES:

Puede contarse a la tosferina, la paratiditis y otras infecciones por virus, especialmente el virus de la rubéola, la cual si se presenta durante el final del primer trimestre del embarazo, puede pasar a través de la placenta y dañar el cerebro del feto. A menudo coexisten con este defecto anomalías en diversos órganos. Otras causas pueden ser la Toxoplasmosis, la incompatibilidad del factor RH (si la madre es RH negativo y el feto RH positivo) la influencia responsable de la falta de división cromosómica que causa el mongolismo y las dosis terapéuticas de rayos roentgen (rayos X) que dañan al feto. La deficiencia de oxígeno fetal como una causa de daño cerebral y defecto mental subsecuente habitualmente se presenta durante el parto, pero también puede ocurrir en etapas más tempranas.



## 2.- LA DEBILIDAD MENTAL DEL CRETINISMO.

Puede ser provocada por hipotiroidismo en una edad prenatal muy corta o bien coexistir con el defecto hormonal sin que haya una relación de causa-efecto entre ambos factores. Los estados tóxicos e infecciones que el sistema nervioso adulto pueden ser reversibles o lograr una recuperación completa, son capaces de producir cambios permanentes en las estructuras neurales del feto y producir una alteración en la potencialidad para desarrollarse. Hay sin dudas muchas causas posibles de una falta o un accidente en la evolución neural durante la vida intrauterina, pero hasta la fecha no se ha contenido en forma adecuada. No hay seguridad respecto al grado en el cual la sífilis congénita provoca debilidad mental, pero probablemente no actúa en más del uno por ciento de los casos, y en la actualidad es una causa que se presenta con mucha menor frecuencia.

Quisiera del cincuenta al sesenta y cinco por ciento de los casos de retardo mental surgen de causas prenatales mal comprendidas. En la actualidad se está de acuerdo en que la transmisión hereditaria de defecto mental tiene un papel mucho más importante de lo que antes se pensaba.

### B.- CAUSAS QUE ACTUAN DURANTE EL NACIMIENTO.-

Los traumatismos durante el nacimiento resultan ya sea por una lesión mecánica en el cerebro o de asfixia con anoxia consecuente y pueden ser una causa de retardo mental. En estos casos la extracción quirúrgica de los hematomas subdurales ha prevenido en cierto grado el defecto mental que de otra manera se habría desarrollado después de una lesión durante el nacimiento. Las causas inmediatas más frecuentes de hemorragia cerebral durante el nacimiento, son la prematuridad y el parto difícil.

**ASFIXIA.-** Durante el nacimiento es una causa frecuente de retardo mental. Si la anoxemia consecuente persiste durante un tiempo suficiente largo, producirá una degeneración permanente de las células ganglionares de la corteza cerebral, con la alteración resultante en la capacidad mental.

Se estima que cerca del ocho por ciento de los defectos mentales son el resultado de causas que actúan durante el nacimiento.

### C.- CAUSAS QUE ACTUAN DESPUES DEL NACIMIENTO.

Las diversas formas de encefalitis y meningitis por virus y por bacterias son las causas más frecuentes que actúan después del nacimiento en la producción de la debilidad mental. Aunque las

traumatismo en la cabeza con daño cerebral durante la lactancia o durante los primeros años de la niñez ocasionalmente dan como resultado retardo mental .

#### LA TOXEMIA Y LAS DEFICIENCIAS VITAMINICAS:

Durante la lactancia y durante mucho tiempo cambios irreversibles en la corteza, con grado variable de retardo mental. Los trastornos convulsivos a menudo acompañan a la debilidad mental que resulta de una enfermedad organica del cerebro. El retardo mental en el desarrollo intelectual puede ser provocado por factores emocionales sin que exista defecto organico, probablemente del veinticinco al treinta por ciento de los casos de retardo mental con el resultado de causas que actuaron despues del nacimiento.

#### CLASIFICACION ETIOLOGICA.

Aunque todavia existe controversia a si las infecciones maternas causan daño cerebral congénito sin que el feto en desarrollo tenga una infección directa, múltiples datos muestran que en muchos afecciones ocurre una infección en el cerebro del feto. A veces es té infección se presenta sin que en la madre aparezcan signos clinicos de una enfermedad'.

### LA ENFERMEDAD CON CUERPOS DE INCLUSIÓN CITOMEGALICOS;

Es una infección viral leve o subclínica en la madre que produce en el feto daño cerebral, hepatosplenomegalia, eritroblastosis o ictericia. Se identifica por los cuerpos de inclusión que aparecen en la orina, en el líquido cefalorraquídeo y en otros tejidos del lactante.

### LA RUBEOLA CONGENITA.

Que se acepta al mismo padecimiento en la madre durante el primer trimestre de embarazo. Provoca déficit mental y otras anomalías congénitas, como sordera, cataratas, y mal formaciones cardíacas. Se ha encontrado que hay una relación directa entre el período en que ocurre la infección materna y la frecuencia con que aparece la anomalía en el lactante, si la madre se infectó en el primer mes de embarazo, aproximadamente el cincuenta por ciento de los niños que nacen vivos son anormales, si la infección ocurrió en el segundo mes, el quince por ciento, y si la infección ocurrió en el tercer mes, el diez por ciento.

### LA SIFILIS CONGENITA.

Se diagnostica tomando como base la infección materna, con pruebas serológicas positivas para la sífilis y los diversos signos

de sífilis congénita en el niño, incluyendo dientes de hutchinson, queratitis intersticial y anomalías pupilares.

#### **MUCOPOLISACARIDIOSIS.**

Este padecimiento se caracteriza por depósitos de mucopolisacáridos en los órganos y en los tejidos conjuntivos del cuerpo. Cuando el niño enfermo nace su cabeza es a veces más grande que lo normal, sus movimientos articulares están limitados y más tarde la córnea se va opaca. Los rasgos característicos son proporción con el cuerpo más decaído, nariz en silla de montar, cajas en extremos pobladas. Al pasar los años las vértebras se aplastan, las manos se vuelven deformes y cortas.

El diagnóstico de estos padecimientos se establecen cuando en la orina se encuentra cantidades excesivas de mucopolisacáridos que resultan de una falla en el proceso de degradación.

#### **HIPOTIROIDISMO.**

Este padecimiento ya sea congénito o adquirido puede producir un retardo en el crecimiento mental. A veces es posible reconocerlo cuando el niño nace, pero habitualmente se manifiesta cuando ya el niño ha cumplido varios meses. Se nota entonces que el lactante es de menor tamaño que sus semejantes, los tejidos subcutáneos son gru-

esos de modo que los rasgos faciales son burdos y la piel es seca y fría, el niño se ve tonto y tiene un aspecto abotagado. La lengua protuye y los labios con gruegos. El grado de retardo mental que se encuentra en cada individuo está relacionado también con la frecuencia familiar de inteligencia baja promedio o elevada y con las oportunidades que el paciente tiene de educarse. El retardo en el comienzo del tratamiento es menos desastrosa para los niños cuya enfermedad se inicia en forma insidiosa en el momento del nacimiento y cuyos síntomas no se pueden reconocer clínicamente hasta que tienen un año de edad. Se ha sugerido que existe un período crítico en el desarrollo del cerebro, durante la vida prenatal o en los primeros meses de vida postnatal, en el cual puede ocurrir daño irreparable como resultado de la deficiencia tiroidea.

#### DEBIDO A NEOPLASIAS ESCLEROSIS TUBEROSA:

Esta forma clínica de debilidad mental, que a veces se conoce como Epilepsia, se caracteriza por Epilepsia, defecto mental y una erupción en forma de mariposa con nodulos cutáneos semejantes a edematos sebáceos, pero que en realidad están formados por tejidos conjuntivos. La enfermedad resulta de una malforma

ción biotamerosa congénita que afecta el sistema neuroectodérmico.  
Se transmite por un gen recesivo dominante con penetrancia reducida.

#### DEBIDO A ALTERACIONES DE LOS CROMOSOMAS SINDROME DE DOWN:

Este tipo de retardo mental es frecuente y a veces se conoce mejor con el nombre de Mongolismo, porque los rasgos físicos del enfermo son semejantes a los que normalmente presenta la raza mongólica. Se estima de tres a cuatro lactantes serán mongolizados por cada mil nacimientos, y que del cinco al diez por ciento de todos los defectos mentales pertenecen a esta categoría.

Se caracteriza por estatura corta, craneo pesufo y redondo, con aplasmamiento en la cara, cabellos gruesos y oncoso, un pliegue cutáneo que comienza en el párpado superior y cubre el ángulo interno del ojo, sus pupilas están hipertrofiadas, la lengua es grande, presenta figura y a menudo se observa que el niño la saca y la mete, a través de la boca siempre abierta, la nariz es corta y ancha con su puente deprimido, las manos son grandes y rugosas, el quinto dedo es especialmente corto y a menudo presenta una curvatura, sus músculos tienen una movilidad poco habitual, el labio inferior es protuberante, circulación deficiente, y una susceptibilidad a las enfermedades respiratorias, y los ge-

nitales están subdesarrollados. El niño que padece síndrome de down, es a menudo pequeño obeso y puede requerir atención dietética especial. Tienen un coeficiente intelectual entre 15 y 49 con límite superior de 59.

#### DEBIDO A INFLUENCIAS PRENATALES DESCONOCIDAS:

Entre estos casos de retardo mental cuya etiología definida no se ha establecido, se encuentran varios que se asocian a diversas anomalías craniales y cerebrales. La craneostenosis de diversos tipos, la hidrocefalia y el hipertelorismo corresponden el primer grupo relativamente pequeño de débiles mentales con características distintivas de cráneo con una conformación general especial del cuerpo y con rasgos especiales en la estructura cerebral que permiten reconocerlos como una variedad étnica definida. En forma arbitraria se le da el nombre de microcefalos a los retardados en su mayor parte imbeciles o idiotas cuyo cráneo no mide más de 49 centímetros de circunferencia cuando ya han completado su desarrollo.

#### PRIVACION PSICO-SOCIAL.

Entre los niños con retardo moderado se encuentran aquellos en que el trastorno esencialmente se debe a la privación de las experiencias necesarias en la cultura o subcultura locales. Habi-



tualmente esta serie de padecimientos en niño de edad escolar o un poco más grande con un coeficiente intelectual que varía de 50 a 60 en estos niños no se encuentran hallazgos patológicos, cuando se hacen cuidadoso examen físico, neurológico de laboratorios. Tampoco hay antecedentes de alteraciones cerebrales o metabólicas. En general se encuentra que el padre es un obrero o artesano y que los hermanos mayores han llegado a terminar la secundaria incluso a graduarse en escuelas técnicas avanzadas. En otros casos el niño carece de motivación para actuar bien en el sistema escolar actual que prevalece debido a que el pertenece a un grupo minoritario para quienes son dudosas las ventajas de la educación académica y técnica.

#### FACTORES PSICOSOCIALES:

En relación a los aspectos psicológicos y socio-culturales que inciden en el retardo mental, tampoco suele ser posible fijar una relación causal precisa, ya que la sola presencia de uno de ellos no explicaría la aparición del retardo mental y además, especialmente a lo referente a los psicológicos encontramos poco trabajo de investigación con suficiente confiabilidad debido en parte a la dificultad para realizar experiencias de este tipo y para aislar variable entre la complejidad, simultaneidad de fac-

tores influyentes durante el desarrollo de la conducta del niño.

Por lo tanto debemos partir que en muchos de estos factores incluyen simultáneamente en el retardo mental y aún están asociados en acción con las causas biológicas. "Los factores ligados a condiciones socio-económicas desfavorables, tales como la falta de recursos asistenciales, sanitarios y educativos, el ambiente social inadecuado, cultural, físico y sanitario y el nivel económico bajo, estadísticamente hay una mayor incidencia de retardo mental en estos grupos de población puesto que suele haber menor control médico, pre y postnatal, falta de oportunidad de orientación y asistencia psicopedagógica, nutrición deficiente de la madre embarazada y del niño y de estimulación en las edades tempranas, todas ellas circunstancias que favorecen la acción de factores biológicos" (3). De la explicación de los factores etiológicos del retardo mental surge la necesidad de desarrollar medidas preventivas que permiten controlar y disminuir la frecuencia de esta condición.

Dentro de las recomendaciones médico psicológicas es muy importante el control obstétrico como profilaxia de complicaciones pre y para natales la asistencia pediátrica integral median-

---

(3) Asociación Venezolana de Padres y Amigos de niños excepcionales (Avepana). Retardo mental. 500 preguntas y respuestas SA. Edición. Caracas/72.

te la cual puede seguirse un estudio longitudinal del niño, atendiendo a cualquier signo de inmadurez o de alteraciones en las áreas más frecuentemente afectadas como matriz, lenguaje, adquisición de hábitos, atención médica a emergencias, con el fin de prevenir secuelas de enfermedades y traumatismos.

Con respecto a los factores o aspectos socio-culturales surge la necesidad de que el estado asuma una mayor responsabilidad en el desarrollo de recursos asistenciales sanitarios, educativos y socio-económicos. Que mientras universidades y centros de estudio superior atiendan a la función de profesionales y técnicas especializadas que sean capaces de detectar y asistir el problema. Por último son necesarias las campañas de educación a la comunidad a través de divulgaciones generales y específicas. Es imprescindible que los padres tengan suficientes conocimientos y venzan su resistencia para que concurren a tiempo, cuando se empieza a vislumbrar el problema, para que puedan recibir la ayuda y asistencia necesaria.

2.2.2 DEFINICION  
 2.2.3 INVALIDEZ

La Organización Internacional del Trabajo -OIT-define lo que es una persona inválida como "aquella cuyas posibilidades de

obtener o retener un empleo adecuado, están reducidos o causados por una disminución en la capacidad física mental".

"Inválido es el deficiente que, como consecuencia de su déficit, sufre una reducción de su capacidad operativa en relación a las exigencias del medio, dependiendo en principio la magnitud de la invalidez del grado de esa reducción, y no, directamente, de la severidad del déficit". (4)

Segun la ley Federal del Trabajo de los Estados Unidos Mexicanos se consibe a la invalidez,"como la pérdida de facultades o de aptitudes que impibilitan a un individuo para poder desempeñar cualquier trabajo". (5)

Se ha considerado inválido, "aquella persona que sufre lesiones físicas, mentales, o costales y de acuerdo a la limitación y dictámen médico, le impide o reduce a desempeñarse en cualquier empleo, en forma normal."

(4) Ferrant Forcada, Alvaro.- Invalidez y Rehabilitación. Montivideo Uruguay - 1970

(5) Escudra Alfredo M.- Nuevo Libro de Trabajo Social 1a. Edición México -1937.

### 2.2.4 CAUSAS DE LA INVALIDEZ.

#### TRAUMATISMOS DE LA MEDULA.

Se pueden clasificar los traumatismos de la médula en Cerrados y Abiertos, los primeros son producidos por caída de pie, contuso o sobre la espalda; impactos de objetos pesados sobre el tronco, o accidente automovilístico y torsión anormal como sucede durante el parto. Los abiertos son producidos por arma de fuego y menos frecuentes, por arma cortopunzante. Todos los anteriores son traumas directos. Si la lesión es por la llamada Onda de Explosión lo mismo que lesiones producidas por electrocución, son tipos de traumas indirectos.

En la mayoría de los casos es posible demostrar la existencia de lesiones óseas como fracturas o fractura-luxación de los cuerpos vertebrales, fracturas de láminas o pedículos, hernia discuales, que explican la lesión medular por acción mecánica; en otros las lesiones óseas son mínimas o no existen por lo cual el cu frimiento medular puede explicarse por alteración circulatoria de la misma.

Se ha demostrado que en la médula hay tres zonas de diferentes vascularización y que son la cervical y la dorsal, hasta la dorsal 0, de orta a la dorsal 0 y la dorsal baja y lumbar,

ciendo la zona entre la dorsal 9 y la 9 la más pobremente irrigada, lo que hace que sea más frágil a cualquier forma de compresión.

"Las compresiones medulares agudas son de peor pronóstico que las crónicas y en ella el trauma actúa más sobre el tejido nervioso que sobre la irrigación medular" (6)

La cola de caballo es más resistente a las compresiones prolongadas y es de más fácil recuperación.

Las lesiones medulares post-traumáticas más frecuentes ocurren donde la movilidad de la columna es más amplia relativamente ya que debido a la firmeza de la columna se necesita un trauma de mucha más intensidad para producir una lesión; la médula también tiene movilidad relativa dentro del conducto vertebral y un no poco poder de adaptación espacial, en el diámetro transversal de manera especial, por lo que en presencia de una lesión medular se manifiesta rápidamente por signos y síntomas de compresión.

Manifestaciones Clínicas.- Por lo general en las lesiones medulares completas presentan su cuadro con shock medular, el que aparece inmediatamente después del trauma y se manifiesta

(6) -Velez, Hernan  
Ezquerro, Jaime  
Restrepo, Jorge

Fundamentos de Medicina  
Universidad de Antioquia  
Colombia 1.071

por parálisis flácida por debajo de la lesión con arreflexia osteotendinosa y cutánea, retención vesical y cambios vegetativos. La duración puede ser de seis a ocho semanas o más, cuando empieza a aparecer los signos de automatismo modular, estado en el cual quedará permanentemente el enfermo.

Las manifestaciones neurológicas después de establecida la lesión son la parálisis total por debajo de ella; de tipo cuadriplejía en caso de lesiones cervicales altas; biparesia bronquial con paraplejía crural en las lesiones cervicales bajas. En las lesiones dorsales y lumbares se encontraría paraplejía con compromiso de músculos paravertebrales, intercostales y abdominales en el primer caso, hay arreflexia osteotendinosa y cutánea, de acuerdo al nivel de la lesión.

Hay abolición para todo tipo de sensibilidad, superficiales y profundas, el nivel sensitivo sirve como guía para saber cual es exactamente la altura de la lesión, teniendo en cuenta que al hacer la investigación de la sensibilidad, si se hace de los miembros inferiores en dirección cefálica se encuentra que el nivel está en una metámera mas alta que si se hace en sentido opuesto, de cefálica hacia miembros inferiores, por la superposición de la inervación metamérica.

A nivel de la vertebra lesionada hay dolor bien sea espontaneamente o a la presión y deformación de la columna en caso de luxación.

Los tractores esfinterianos siempre están presentes. Hay retención con abolición de la sensación de repleción y si la vejiga no es sondada se llega a la micción por rebecamiento, lo cual no puede confundirse con la incontinencia. El esfinter anal presenta el mismo tipo de compromiso.

Existen casos con menor frecuencia en que la lesión se considera incompleta -parcial- no presenta la sintomatología descrita anteriormente y su recuperación es más fácil a pesar de que se logra pasados muchos meses.

#### TUMORES DE LA MEDULA ESPINAL

"Por tumor medular se entiende cualquier neoplasia localizada dentro del conducto vertebral".(7).

Los tumores pueden clasificarse así:

**Intradurales:** Que abarcan exclusivamente la médula. Pueden originarse dentro de ella, pero pueden invadirla desde su exterior.

(7). Wechsler, Israel S.



Extramedulares: Pueden dividirse en intradurales y extradurales. Los extradurales son conocidos también como epidurales.

Se desconoce la causa de los tumores medulares. Frecuentemente ocurren entre los 20 y los 55 años, pero pueden desarrollarse en niños pequeños y en ancianos.

Los tumores frecuentes son el meningioma o el fibroblastoma meníngeo, el fibroblastoma paraneural, el fibroma, el neurofibroma y el sarcoma. Los más comunes son los meningiomas benignos y fácilmente extirpable, pero que pueden recurrir. Entre otros tumores pueden mencionarse lipomas, gliomas, citomas, tuberculomas, sarcomas, linfocarcomas, cloromas, neuroepitelomas, condromas y los quistes.

El tamaño del tumor varía desde el de un guisante al de una nuez grande. Puede ser extremadamente grande y plano, extendiéndose ampliamente hacia arriba y abajo en el conducto vertebral, constituyendo los llamados tumores gigantes. Generalmente el tumor duro y pequeño se introduce profundamente en la médula, causa más síntomas y posiblemente produzca lesión más amplia.

Los tumores intradurales quizás sean más frecuentes en la re-

gión cervical, lumbar y al rededor de la cola de caballo, en tanto que los tumores extradurales son más frecuentes en la región dorsal. El asiento del tumor en el diámetro transversal tambien varía. La localización más frecuente de los tumores son las regiones dorsal y dorcolateral, pero a menudo son anteriores o anterolaterales, en las raíces motoras.

Quando una neoplasia crece dentro del conducto vertebral, comprime las raíces y causa trastornos secundarios en las fibras nerviosas. Al empujar la médula hacia uno u otro lado, generalmente la comprime en el lado contiguo pero, en ocasiones, la presión contralateral hacia el raíz altera primero la función del lado opuesto. Además de los trastornos, debido a presión directa sobre la médula, el tumor puede tambien comprimir los vasos sanguíneos y no produce reblandecimiento secundario de la médula o mielopatía. El tumor puede bloquear parcial o totalmente el conducto vertebral, o interferir con la circulación del líquido cefálo-raquídeo.

Manifestaciones Clínicas: Mientras el tumor no comprime la médula o afecta su función o la de las raíces, no originará signos ni síntomas. Sin embargo, generalmente los produce pronto. El primer síntoma, y el más prominente, puede imputar-

co a la afectación de las raíces sensitivas. Por lo tanto, frecuentemente el primer síntoma es el dolor. Puede preceder en meses o años a los síntomas de compresión. Por lo general el dolor se localiza en la región de las raíces afectadas; puede ser de un lado aunque también afecte ambos lados.

En la región del tumor, la columna puede mantenerse algo rígida (especialmente en los tumores cervicales), como protección al dolor, y con frecuencia hay hiperconsibilidad a la percusión sobre el sitio del tumor. Al mismo tiempo que el dolor, o poco después de él, pueden aparecer entumecimiento, ardor u hormigueo en las zonas cutáneas de la raíz afectada; como signos objetivos pueden aparecer hiperestesia y, después pérdida de la sensibilidad en la zona de la raíz o raíces afectadas. Si el tumor afecta primero las raíces motoras, en lugar del dolor puede haber contracciones, calambres y espasmos, particularmente en los segmentos cervical y lumbar, seguidos por atrofia muscular.

Cuando ocurren los fenómenos sensoriales y motores irritativos o parolíticos, con de gran utilidad, ya que indican el nivel del tumor, pero algunas veces no los hay, y en ocasiones con pasados por alto.

Los signos de compresión medular tienen mayor significación que los dolores. A medida que los tumores comprimen la médula, originan trastornos graduales sensitivos y motores. En ese caso, el primer síntoma puede ser debilidad de una pierna, generalmente del lado del tumor compresor, rara vez del lado opuesto. Posteriormente también aparece debilidad en el lado opuesto. Si el tumor se encuentra arriba de la región lumbosacra, empiezan a aparecer signos de afectación piramidal: espasticidad, reflejos profundos afectados, signos de Babinski, y según la altura, ausencia de reflejos abdominales y cremasterianos. Finalmente hay PARAPLEJIA ESPASTICA completa. Generalmente, al iniciarse los signos motores aparecen trastornos sensitivos, pero, es frecuente que aparezcan simultáneamente.

Además de los signos generales de compresión medular, hay signos que manifiestan la función segmentaria del nivel medular afectado. Así, los tumores cervicales altos frecuentemente originan dolor de cuello u occipital, rigidez de nuca, al principio hemiplejía, después cuadriplejía. Si la lesión está en la dilatación cervical puede presentarse parálisis flácida con pérdida de reflejo en las extremidades superiores, además del dolor braquiocapital, paraplejía espástica y otros síntomas de compresión. En

ocasionales los tumores de la región dorsal, producen compresión intensa y se caracterizan por paraplejía en flexión y espasmos dolorosos de las piernas, las que se observan espásticas y flexionadas. Los tumores de la dilatación lumbar pueden caracterizarse por los dolores en las piernas y parálisis flácida de porciones de las extremidades inferiores, con pérdida o disminución de los reflejos de Aquiles. Los tumores de la cola de caballo se acompañan de dolores intensos, ausencia de reflejos profundos, parálisis flácida completa, ausencia de signos medulares, pérdida o disminución de todas las formas de sensación, trastornos rectales y vesicales variables. Los tumores del cono caudal dan síntomas medulares bilaterales tempranos, anestesia en silla de montar y trastornos tróficos.

El tumor del filum terminal es extremadamente raro, se caracteriza por retención de orina brusca al principio, seguida por anestesia ligera al rededor del ano y trastornos motores discretos.

En general, el curso de los tumores de la médula son lentos y progresivos. Si el tumor no se extirpa, los síntomas de compresión progresan hasta la interrupción completa de las funciones de la médula. La parálisis se vuelve total; la incontinencia

rectal y vaginal no hacen permanentes, aparecen úlceras por da-  
cúbilo y la oriclitia con infección ascendente, y alguna enferme-  
dad intercurrente lo lleven a la muerte.

**ENFERMEDADES INFECCIOSAS.**

**Poliomielitia.** Es una enfermedad infecciosa de apari-  
ción generalmente epidémica, producida por un virus filtrable,  
siendo vía de entrada los conductos nasales o el tubo gastrointes-  
tinal y puede transmitirse por el esputo, secreciones de nariz y  
heces, gotas infectadas o posiblemente mediante algún huésped in-  
termediario. Puede ser transportada por la mosca.

La poliomielitia es una inflamación de la sustancia gris  
del sistema nervioso central. El virus afecta selectivamente cé-  
lulas motoras en las astas anteriores de la médula, en los núcleos  
motores del tallo cerebral e incluso en la corteza motora.

Además de ser la poliomielitia una enfermedad infeccio-  
sa es contagiosa, y ataca principalmente a niños de uno a doce  
años, pero no respeta a los adultos; es más frecuente entre los  
dos y cuatro años, y prácticamente no se presenta antes de los  
seis meses. Se ha descrito la poliomielitia intrauterina, pero  
su existencia es dudosa. La enfermedad se presenta principalmente

en epidemias por los casos esporádicos son bastante frecuentes.

**Manifestaciones clínicas:** Existen cuatro variedades de poliomielitica:

**Inoperante.**- Que en la forma más común y en ella el virus invade los tractos digestivos y respiratorio superior, y es luego excretado en las heces sin producir viremia por lo cual la infección pasa inadvertida o se manifiesta como una infección intestinal o respiratoria inespecífica sin trascendencia.

**Sistémica.**- El invadir el virus el torrente circulatorio aparecen síntomas sistémicos de severidad variable que generalmente duran varios días, entre otros, fiebre, malestar general y dolores musculares generalizados que pueden acompañarse de congestión faríngea, tos y diarrea.

**Meningítica.**- "Durante la infección sistémica puede afectarse el sistema nervioso central, por lo común después de un período breve de mejoría de los síntomas generales y aparece entonces las manifestaciones meníngeas: fiebre generalmente moderada, apatía que progresa a comolencia o estupor en casos severos, cefalea en ocasiones intensa y frecuentemente acompañada de vómitos y dolor en la nuca y espalda al igual que a los palpa-

clonar en las manos musculares". (8)

**Parálisis.** La forma parálisis de la poliomielitis usual-  
mente se inicia durante la fase meningea de la enfermedad, aquí  
en algunos casos esta cede completamente y después de un período  
asintomático, afobril, se desarrolla la parálisis y aún en otros la  
parálisis aparece sin historia de compromiso meníngeo previo.

**Modular.** - El síndrome de parálisis en las extremidades,  
la cual aparece por lo común en forma aguda aunque con cierta  
frecuencia esta ocurre subaguda que puede enunciarse por  
pérdida de los reflejos profundos en los miembros afectados. La  
parálisis es fláccida y luego se sucede una reacción de degenera-  
ción.

La distribución de la parálisis es variable debido al com-  
parativo desigual de las células anteriores a un mismo nivel, el de  
fácil motor es asimétrico. Con mayor frecuencia se afectan ambos  
plumos, luego ambos plumos y un brazo, ambos plumos y brazos.  
Occasionalmente se encuentra formas ascendentes en las cuales las

---

(8) Vélez, Herman  
Esquivel Jaime  
Restrepo Jorge

Fundamentos de Medicina. Universidad de  
Antioquia. Colombia 1971



parálisis se inicia por los miembros inferiores y progresa hasta comprometer el tronco, los músculos respiratorios y luego los miembros superiores dando lugar a confusión inicial con el síndrome Guillain-Barré, cuando no existe historia de epidemia. En algunos casos puede aparecer compromiso esfinteriano, manifestado especialmente por retención urinaria.

**Bulvar.-** Este tipo de poliomielitis predomina en algunas epidemias. Cualquiera núcleo motor del tallo cerebral, particularmente en el bulbo puede ser afectado. Muchos pacientes con poliomielitis bulbar se recuperan completamente.

**Mielitis.-** Generalmente la mielitis aguda es un proceso infeccioso que a veces sigue a enfermedades infecciosas agudas o coincide con ellas, como sarampión, escarlatina, difteria, influenza, orfopala, varicela, endocarditis, neumonía, gonorrea, o la tosferina. Con toda probabilidad, la mayor parte de casos son consecutivos a infecciones por virus.

Puede presentarse durante el embarazo, en el puerperio o en el curso de enfermedades urinarias. La mielitis puede ser parte de una infección diseminada del sistema nervioso (encefalomielitis). Con frecuencia es parte de una neurorradiculitis. Puede

ser secundaria a tuberculosis local de la columna vertebral.

Cualquiera que sea el factor causal, la mielitis aguda es un síndrome clínico bastante definido. (9)

**Manifestaciones Clínicas.**- Siendo una enfermedad aguda infecciosa, puede tener síntomas prodromicos moderados. En ocasiones hay dolor de espalda irradiado hacia abajo, hacia los miembros o al rededor del cuerpo (en cinturón). Frecuentemente hay fiebre moderada. El paciente puede tener sensación de entumecimiento en las piernas. Es común que los síntomas agudos aparezcan en uno o dos días (rara vez en pocas horas), la mayor parte de las veces en una semana.

El principio y el curso del cuadro clínico son influidos en cierto grado por el carácter del proceso patológico, es esencial el nivel medular donde ocurre y la intensidad y extensión de la afección, que rigen la sintomatología.

La lesión puede ocurrir a cualquier nivel (cervical, dorsal, o lumbar,). Suponiendo que la lesión se encuentra abajo del nivel cervical, como generalmente sucede, el primer síntoma es debilidad de las piernas; rápidamente progresa hasta la parálisis completa. Como la lesión prácticamente ocasiona la totalidad de las

(9) - Wechsler, Israel S.

visos sensitivos, todas las formas de conductibilidad están perturbadas o puestas abajo del nivel de la lesión.

En caso de mielitis cervical, la parálisis flojeada se presenta en las extremidades superiores, y es espásticas en las inferiores. La mielitis lumbosacra, si es grave, produce parálisis flojeada completa en las extremidades inferiores, trastornos vesicales y rectales irreversibles, ausencia de reflejos y posteriormente atrofia.

La mielitis purpurales es grave, más aún porque tiende a recidivar. El panorama es más favorable en la mielitis incompleta, benigna y aguda, y cuando se presenta en el curso de una enfermedad infecciosa. En el mejor de los casos, el pronóstico es dudoso.

En síntesis la enfermedad depende de la intensidad y extensión de la lesión. El paciente puede morir de la enfermedad aguda por infección vectorial, o por úlceras de decúbito.

#### ENFERMEDADES DEGENERATIVAS.

**Esclerosis Múltiple.** Es un padecimiento crónico, progresivo del Sistema Nervioso Central manifestado por un síndrome o una serie de ellos, causados por diferentes factores. (10)

---

(10). Wochler, Israel S.

Neurología Clínica  
Ed. Interamericana S.A. de Edición  
1935

El curso de la enfermedad es episódico, hay progresión gradual con remisiones temporales, seguida de mayor progreso y otras remisiones, hasta que la agravación es continúa de todos los signos y síntomas.

El cuadro clínico, depende de dos hechos patológicos principales: 1) Hay muchos focos o zonas discontinuas de escleroticas en todo el sistema nervioso central, 2) Hay desintegración de la capa miélica, conservándose el cilindroaxón, ocurriendo degeneración secundaria después de largo tiempo.

Otras características importantes desde el punto de vista clínico es el que los focos afectan prácticamente todo el sistema nervioso central (no el periférico), con especial predilección por la materia blanca. Por alguna razón, el proceso afecta gran parte de la materia blanca de la médula espinal. La materia blanca del encéfalo propiamente dicho también suele estar afectada. En cambio, la gría, tanto encéfalo como en médula generalmente no da indicios.

**Manifestaciones Clínicas.** - La esclerosis múltiple es un padecimiento insidioso, cursa puede comenzar muy bruscamente. Antes del comienzo real de la enfermedad pueden aparecer

con signos como parálisis oculares, perturbaciones ligeras de la visión, interferencia del control vesical, o debilidad transitoria de las extremidades. Estos síntomas frecuentemente son inadvertidos o su importancia no es reconocida por el paciente, de manera que sólo se descubren con una historia clínica cuidadosa.

Las manifestaciones subjetivas son raras, pero puede haber cierta debilidad y entumecimiento de las piernas o de un brazo, probablemente cierta rigidez de extremidades, fatiga fácil o algo de dificultad al caminar, ocasionalmente náuseas o cefaleas y escasas perturbaciones emocionales. Todos estos síntomas indican afección de sistema nervioso, pero no son valorados o se abstran bajo la designación de psiconeurosis, especialmente histéricas.

Es muy poco frecuente que el proceso esclerótico sea tan agudo o repentino que el padecimiento empieza en forma aguda; pero puede ocurrir en casos de esclerosis aguda o opoplética, a veces acompañada de incontinencia, y el síndrome va precedido por hemiplejía, a veces acompañado por incontinencia, raramente por convulsiones. O bien la enfermedad es anunciada por síntomas de mielitis transversal, que indican afección de la médula espinal.

Todos estos síntomas generalmente caen, y sólo cuando todo el cuadro clínico (signo de afección múltiple) se ha desarrollado, se aclara el diagnóstico. Mientras se presentan los síntomas fugaces enumerados, ya señalan un curso remitente, la enfermedad muestra su naturaleza progresiva.

En la esclerosis múltiple, las alteraciones de movilidad son prominentes, hay dificultad gradual para caminar, la marcha se hace espástica, aumenta el tono de las extremidades inferiores y se presenta rigidez, al además con afectadas las condones o posteriores de la médula o las vías cerebrales, el paciente se tambalea o cae al caminar, su marcha es torpe atáxica, este síntoma puede ser pasajero o transitorio, ligero o grave. La incoordinación puede afectar las extremidades superiores, pero no respeta las inferiores.

El tambor es otro de los signos característicos de esclerosis múltiple, aunque su mecanismo real es oscuro. El tambor se establece gradualmente, por lo general en las extremidades superiores y frecuentemente se torna violento, al que impide cualquier actividad manual. Hay también perturbaciones del lenguaje, que se vuelve lento, entrecortado o explosivo.

"El nistagmo es otro signo precoz y muy frecuente de esclerosis múltiple. De hecho, en casos dudosos puede ser patognomónico. Este signo al igual que, el temblor y las alteraciones del lenguaje, constituyen la tríada clásica de Charcot y han sido consideradas como el síndrome de esclerosis múltiple. Pero, el bien son frecuentes, especialmente en etapas tardías, de manera alguna constituyen todo el cuadro clínico." (11)

Como la esclerosis afecta prácticamente todo el cerebro y médula, usualmente las vías corticales, aparecen perturbaciones objetivas de la sensibilidad, en muchos casos de esclerosis múltiple, pero estas alteraciones de la sensibilidad suelen ser transitorias. No hay dolores, pero sí entumecimiento y hormigueos.

Según la naturaleza del proceso patológico, es natural que se presenten muchas formas "atípicas" de esclerosis múltiple, tales como el tipo de esclerosis lateral amiotrófica, el tipo espé-  
lico hemipléjico, el tipo tabético, el tipo paraplejía espástica.

El padecimiento de esclerosis múltiple puede ser de uno o dos y hasta veinte años o más; el promedio según Eramwol es

---

(11) Ulechner, Israel S.

Neurología Clínica Ed. Interamericana  
S.A. C.A. Edición 1950

de estado a nuevo efíero. Los tipos agudos son más breves lo mismo los casos que muestran síntomas bulbares.

El pronóstico de vida para estos pacientes no es malo, pero en cuanto a recuperación no es favorable. Las remisiones pueden durar mucho tiempo, o el padecimiento hace una estacionariedad, pero es muy rara la recuperación completa. Sin embargo hay casos benignos. Algunos pacientes acaban por guardar calma de manera estable, y muestran de algún padecimiento intercurrente.

#### ENFERMEDADES VASCULARES DE LA MEDULA ESPINAL.

Aunque es muy probable que la médula igual que el encéfalo puedan sufrir en aneurismas generales, no hay el síndrome clínico correspondiente, tampoco hay explicación suficiente de la paraplejía, que resulta raramente de pérdida axonal de sangre.

La anemia local por espasmos vasculares (alteraciones vasomotoras), aunque es probable, todavía es objeto de discusión. La embolia de vasos espinales es muy rara pero se ha descrito en el curso de endocarditis. La trombosis probablemente no sea rara, se presenta en casos de arteloclerosis y aterosclerosis. La trombosis de la arteria espinal anterior es un síndrome caracterizado por parálisis flaccida consecutiva a la oclusión del



vano, que afecta principalmente las células motoras de las astas medulares anteriores. La paraplejía spástica, que depende sobre todo de arteriosclerosis cerebral, puede ser resultado de tromboembolia y reblandecimiento de médula.

El curso clínico no difiere del que siguen otras formas de paraplejía espástica progresiva, exceptuando que las períodos de debilidad al caminar simulan claudicación intermitente de los vasos periféricos. Sin embargo, en este último padecimiento no hay alteraciones de esfínteres o reflejos, ni espasticidad; en resumen, no hay signos de lesión medular.

La Hematomelia. En una hemorragia apopléctica en la sustancia gris de la médula espinal, puede afectarla en una parte, la mitad o totalmente y en raras cases, se extiende a la sustancia blanca. Puede ocurrir a cualquier nivel de la médula, pero es más común en la región cervical.

El paciente puede experimentar dolor agudo durante la lesión, pero el comienzo característico consiste en parálisis flácida repentina. Se cas con paraplejía si la lesión está en la región dorsal o lumbar y cuadriplejía si la hemorragia está en la región cervical. Además, pueden presentarse parálisis vesical y retención o incontinencia de orina y en muchos casos

alteración de todas las formas de consistencia por debajo del nivel de la lección.

#### CONSECUENCIAS:

El niño limitado implica a veces para los padres, un problema de difícil solución; la forma en que lo afronten tiene gran influencia sobre el desarrollo futuro del niño. A menudo la familia se da cuenta poco a poco, de que el niño no se está desarrollando normalmente; la madre a veces rehúsa hacer frente a la situación y desarrolla un sentimiento de vergüenza personal, de fracaso o incluso de culpa.

El hecho de verle llorar en forma casi constante y la desilusión trágica del padre pueden producir confusión, aislamiento y frustración en el niño. Por otra parte si los padres lo rechazan, lo privan de afecto, lo hostilizan o lo pegan (caso que llega a suceder), el niño se volverá inquieto, inseguro, agresivo, hostil y tal vez delirante. Los sentimientos de frustración o inutilidad son más frecuentes entre los padres de niños con limitaciones mentales, que entre los padres con niños con defectos físicos, ya que estos progenitores pueden experimentar a menudo un sentimiento de compensación al observar el crecimiento intelectual y emocional del niño.

En el caso de los niños limitados mentales no existen tales satisfacciones, lo cual intensifica los problemas subyacentes de los padres que a menudo se expresan con actitud negativa hacia sus hijos, lo que hace que el niño desarrolle hostilidad y problemas de conducta.

**REACCIONES PATERNAS ANTE EL NACIMIENTO DE UN NIÑO LIMITADO.**

Según descubrió que el choque por el nacimiento de un niño evidentemente disminuido, con defectos o monstruo, era era mucho más fuerte para ambas culturas, que el grado en que el padre no considera profundamente responsable del nacimiento, o el grado en que se siente desligado de él depende del punto en que se halla identificado con su esposa en la experiencia común de la paternidad.

Muchas madres y también el padre cuando se encuentran muy identificados con la esposa, no aborrecen a pensar con claridad las cosas y no llegan a comprender el significado de lo que les ha ocurrido. No se dan cuenta de que el niño es anormal y aún algunos no niegan a admitirlo. Pero en cierto grado puede ser una reacción de defensa instintiva. Por medio de ella la madre se protege de un dolor aún mayor por su subdeterminación y

oro permite que el niño no escape del amor materno. (12)

SENTIMIENTOS DE CULPA EN LOS PADRES.

En el momento del nacimiento o cuando ya al hecho ocurre lentamente durante el primero, segundo y otros años de vida en los que aparece la limitación, los problemas más comunes son los provocados por el sentimiento de culpa en los padres por haber tenido un hijo limitado. Una y otra vez vuelven con la pregunta: ¿qué tenemos nosotros para que nuestro hijo sea así? No ha descubrimiento y es una experiencia común, que se culoran mutuamente y están unidos por una intensa empatía mutua, se unen aún más firmemente, para formar un triángulo cerrado de defensa: madre, padre y niño limitado, un triángulo del que quedan excluidos hasta los hijos mayores cuando el sentimiento de culpa de los padres es muy intenso. Abundan los ejemplos de parejas admirables, bien capacitadas para formar una familia numerosa y que se limitaron después de una experiencia desafortunada, a purgar su culpa dedicándose exclusivamente al hijo limitado.

Por otro lado, si los lazos entre la pareja no son muy fuertes o si existen tensiones, por lo común la experiencia

tiene un efecto desastroso. Cada uno de ellos tiende a culpar al otro o encontrarlo erróneo y criticarlo, aumentan las discusiones y se niegan la posibilidad de tener otros hijos, en la oculta conciencia de que la influencia funesta del otro solo dará por resultado otros niños limitados. De esta manera, las re-entendencias mutuas llevan a veces a la separación, a la destrucción de la familia y el divorcio.

Los padres aman a estos niños limitados más que a ningún otro miembro de la familia. Solo que se trata de un amor culpable y como la mayor parte tenía la conciencia de ello, trataba de ocultarlo.

Los padres normales no toleran el pensamiento de que ellos pueden ser responsables de la limitación de su propio hijo. Por eso buscan insensiblemente algún índice de que exista algún defecto constitucional en generaciones anteriores, para hallar alivio a su culpa.

**ADAPTACION DE LOS PADRES :**

Hay limitados que son tranquilos y manejables, otros son inquietos y hostiles, sin embargo, cuando la relación es buena, no puede ver que los padres no desearan que sus hijos crecieran con

Esta la retroalimentación que a cada etapa ayudan a mantener al limitado en primera infancia. En tanto pueden considerarlo un ser indiferente tendrán que hacer frente a la terrible realidad. No obstante la gran crítica del limitado y a la madre representa una profunda necesidad psicológica de ambas partes. En realidad la madre necesita todo el apoyo y estímulo posible en su difícil tarea por su parte, es mucho más fácil cuando el limitado es muy pequeño. Por su parte, el limitado precisa mucho más tiempo para poder llegar a una lenta rehabilitación. Algunos limitados tienen la impresión de que el amor de su padre no es objetivo, y esta impresión puede servir para aumentar los complejos de inferioridad ya existentes.

#### OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA.

Los abuelos tienen campo y capacidad para adaptarse al ritmo lento del limitado y entre ellos se establece un lazo muy especial. Esto puede tener repercusiones muy tristes cuando el limitado no encuentra en la relación a más edad y el abuelo muere por su avanzada edad el limitado el limitado no encuentra un impedido y ya no es capaz de crear nuevas lazos. En todas estas relaciones aparecen diferentes manifestaciones como son:

**ACEPTACION:**

Muchos padres equilibrados no aceptan sin tensión insuperable a su situación, otros padres cooperan normalmente sin dificultad. Porque tienen la fuerza interior necesaria para soportar la carga y por tener una madurez suficiente reaccionan positivamente y constructivamente. Otros padres no aceptan la situación, no pueden mostrar su culpa y su vergüenza en su verdadera experiencia y ofrecen a su hijo un voluntario castigo sobrecompensador.

**RECHAZO:**

Cuando los padres rechazan la situación, los problemas pueden ser más evidentes y dramáticos.

No es correcto a menudo el rechazo franco y definido del niño limitado; cuando el rechazo es directo lo mejor sería transición del núcleo familiar, esto representaría, en cierto modo, una solución tajante al problema, mientras no lo hace tomar conciencia a los padres de su temor, pero la dificultad en la práctica, está en la creación de instituciones donde dejar el niño. En caso de padres inestables y escépticos llegar a cuidar al niño, o todo eso llevará a la negligencia y aún a la crueldad.

El rechazo puede manifestarse en las siguientes formas:

- 1. Rechazo abierto.
- 2. Rechazo encubierto
- 3. Indiferencia

1. En el rechazo abierto se les exige y agrada pidiéndoles más de lo que pueden dar y hacer, corrigiéndolos constantemente; este cuadro surge frecuentemente en los padres, debiendo las madres afrontar el problema y luchar celosamente por la rehabilitación del hijo, de quien el padre no quiere saber nada y ordena mantenerlo alojado y oculto a los extraños como el tratado de un estigma.

2. Rechazo encubierto: sobrepotección, en el cual incurre generalmente la madre.

Consiste en un cuidado excesivo por el niño a quien se hace todo. Cuando un niño sobrepotejado entra a un instituto se somete al reglamento y se comporta bien, mientras que en la casa hace su voluntad. Ambas actitudes son igualmente perjudiciales a la personalidad del niño, pues lo estrechan más; pero al protegerlo al máximo la madre, impide el desarrollo de la débil personalidad del limitado, anulándolo y haciéndolo cada vez más dependiente, siendo rechazado por todos y no pudiendo adaptarse a



los demás; mientras que el rechazo es más doloroso para el limitado puede defenderse, optando conductas agresivas, en la sobreprotección no tiene defensa.

El niño limitado al sentirse rechazado en su hogar, puede estimular sentimientos de odio y resentimiento, que se transfieren a todas las personas que reemplazan a los padres. Por otra parte la conducta agresiva y destructiva puede representar una compensación para un sentimiento profundo de incompetencia.

3. Indiferencia: Consciente en creer que como no hay curación posible, no se debe intentar nada por el limitado, obrando como si la limitación fuera crónica, siendo esta también una actitud errada, pues por grave que sea, no hay una totalmente negativa.

4. Sobreprotección. En muchos casos, los padres reaccionan con un cariño sobre compensador fuera de la realidad o neurótico.

Los médicos y trabajadores sociales conciben bien esta amor cruel y hostil de los padres sobrecompensadores, que niegan la

disminución de su hijo, no alcanzan los razonamientos, demostraciones o experiencias para hacerlos cambiar de actitud.

En los padres, cuyas actitudes se mencionan ocultas en vez de proyectarse al interior, suele presentarse una conducta sobrecompensadora. La oratoria protección del limitado como lo ha señalado Repens, encubre su incapacidad. En estos padres que experimentan un sentimiento de culpa, así como los que relacionan menos neuroticamente, existe el peligro de que las pesas esperanzas que les ofrece la existencia junto al limitado, los impida ver la incapacidad del niño limitado.

Las consecuencias de la incapacidad pueden ser diferentes para cada limitado individualmente considerado. Algunos tienen temor de lo desconocido, pueden expresar sentimientos de frustración. Pueden reaccionar a ciertas limitaciones empleando expresiones en último término significa que no es capaz de trabajar, de participar en muchas actividades o de hacer movimientos "habiendo" (13)

El limitado suele sentirse inepto y como que sus capacidades físicas están tan limitadas que con él inútil y una carga para

su familia. Muchos necesitan asistencia a largo se refieren a refieren a aceptar y adaptarse a la incapacidad y a cualquier modificación necesaria en el concepto que tienen de sí mismo, con el fin de evitar que pierdan la autoestima de sí mismos.

Muchos finalmente experimentan sentimientos hostiles y los externalizan, lo que origina depresión y desahucio, o ambas cosas, o bien dirigen la hostilidad hacia las personas que tienen a su alrededor. Otros experimentan cambios del estado de ánimo y períodos de depresión y ansiedad, cuando tienen alivio o exacerbaciones de las complicaciones físicas.

3.1 INSTITUTO DE REHABILITACION Y ENSEÑANZA A " EL INVALIDO".

El Instituto de Rehabilitación y Enseñanza al Invalido, es una organización privada de bien común sin fines de lucro, administrada por una Junta Directiva, compuesta por dirigentes sociales, representantes sociales, representantes de la Iglesia y prominentes miembros de la comunidad, está afiliado a la Industria de Buena Voluntad Internacional (GOOD WILL INDUSTRIES OF AMERICAN INTERNATIONAL DEPARTMENT) que constituye la red de talleres de rehabilitación vocacional más grande del mundo y sirve para satisfacer a una diversidad de incapacidades.

Taller Protegido.- Es una organización de bien común cuyo objetivo es desarrollar programas de rehabilitación en el campo educacional para incapacidades físicas, mentales o sociales, además de otros individuos empleo remunerado y una o más actividades de rehabilitación en el aspecto académico, psicosocial, terapéutico, vocacional y espiritual.

Este Instituto fue creado en Cartagena, por iniciativa del P.L. ENRIQUE LUIS RAMIREZ, en el año de 1970, practicando sólo una ayuda paliativa de tipo espiritual; hoy por hoy, cuenta con servicios

man técnicos y diversos.

Para la organización como Institución de Buena Voluntad, se contó con la colaboración de una Junta Directiva, la que ha venido trabajando con empeño en sacar adelante a la misma y satisfacer en parte una de las necesidades que afecta a una gran mayoría de personas en esta localidad. La Junta Directiva está compuesta por un Presidente, Vicepresidente, Tesorero, Secretario y dos Vocales, los que necesariamente tienen sus propios hogares, todos y cada uno de estos miembros tienen sus respectivas suplencias con voz y voto en el desempeño de las funciones como tal.

Como taller protegido o de transición, es un servicio al alcance de cualquier adulto inválido, cuya limitación le impida trabajar sin entroncamiento previo, que tenga capacidad de llegar a él por sus propios medios y aprovechar el entroncamiento previo que se le ofrece, sin diferencia de educación, raza, estado civil, credo o afiliación política.

A través de un año de práctica en esta Institución, colaborando con ella, se ha observado el incremento de sus miembros entre ellos el inválido parapléjico, por su gravedad de su

limitación no pueda recibir todavía los servicios técnicos, pero se ayude y asesore a través del departamento Médico-Social.

Como objetivos, tiene el de promover los contactos personales, intercambio de nombre a nombre.

Crear en cada zona un equipo que tenga su respectivo candidato responsable.

Ayudar por todos los medios al alcance de sus miembros a enfermos o heridos en el aspecto material y espiritual y en su adaptación social y laboral.

Fomentar la readaptación al trabajo y vida social de los heridos.

Crear talleres de rehabilitación y crianza.

En lo referente a las políticas, han evaluado al igual que los objetivos, actualmente se le presta servicio de rehabilitación laboral a los heridos que por sus propios médicos pueden llegar a la institución.

El tratamiento Médico-Social se presta a todos los heridos sin distinción de ninguna clase.

Descubrir y promover a los habitantes de las distintas comunidades geográficas de Cartagena.

Para la realización de las metas trazadas por los directivos y equipo interdisciplinario se cuenta con el apoyo moral y económico de veinticinco socios contribuyentes a la institución que son donaciones.

Entre las instituciones con quienes trabaja coordinadamente están: Hospital Universitario de Cartagena, Cruz Roja de Bellver, Centro de Salud o Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Se encuentra ubicada en el barrio Juan XXIII Calle San Pedro Claver No. 11 E en la ciudad de Cartagena.

Cuenta con Resolución Jurídica No. 07 del 8 de febrero de 1974.

**FINALIDAD.**

1. Rehabilitar integralmente al limitado físico ofreciéndole una formación laboral de acuerdo a sus capacidades restantes.
2. Incorporar en el proceso del desarrollo de la economía de Colombia al limitado físico básicamente capacitado para que sea una

persona útil a sí mismo, a su grupo familiar y a su grupo social.

3. Crear talleres de producción y a su vez talleres protegidos (Procooperativas) en las ramas en que se ofrece formación laboral para aquellos alumnos cuya limitación les impide el trabajo competitivo.

4. Lograr la transformación de las personas inválidas de centros dependientes en personas independientes, aptas para el trabajo y para el desenvolvimiento social.

**CARACTERISTICAS DE QUIENES RECIBEN EL SERVICIO.-**

Limitadas físicas de ambos sexos, mayores de 12 años, cuya movilización hacia el Instituto sea por sus propios medios.

Hasta el momento sólo reciben el servicio personas de un medio social bajo, cuyas entredas económicas en la familia sean reducidas; donde el nivel de analfabetismo es alto; donde la explosión demográfica muestra sus efectos y donde el estado de la vivienda es de tugurio.

Además de la capacitación laboral reciben un auxilio para su transporte y un complemento alimenticio.



**ORGANIZACION TECNICA ADMINISTRATIVA Y DE SERVICIO SOCIAL.**

La Institución está gobernada por la Asamblea General, por la Junta Directiva, la Administración, el equipo Técnico y las damas voluntarias.

La Junta Directiva está formada por: Presidente, Vicepresidente, Secretario, Tesorero, Revisor Fiscal y Sustituto.

El equipo técnico y administrativo por: Trabajador Social, Psicólogo, Médico Fisiatra y Administrador.

Damas voluntarias: cuyo objetivo es hacer conocer la labor del Centro y conseguir fondos, colaborar en forma eficaz y entusiasta con la Institución en todos los campos en que trabaja.

El equipo técnico es el encargado de la evaluación para la admisión, las reevaluaciones durante la permanencia en el Centro y el seguimiento posterior de los individuos.

En el momento presta capacitación en las siguientes áreas: encuadernación, tejido y corte y confección.

Presupuesto: En el año de 1976 \$428.710.00. En el 1976 \$389.903.00, En el 1977 \$448.923.00

Este es cubierto por los auxilios gubernamentales, donaciones de la banca y del comercio, además los producidos por programas y los talleres.

**RECURSOS.**

La institución cuenta con recursos humanos, económicos e institucionales.

Recursos humanos: Dos miembros de la Junta Directiva, Un trabajador social, un psicólogo, un médico fisioterapeuta, un administrador, una secretaria, tres instructoras y veinte alumnos en taller.

Recursos físicos: Un casa con sus talleres, oficinas y sus equipos de trabajo.

Recursos económicos: Ministerio de Salud \$600.000.00; Salud Pública \$60.000.00; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar \$17.000.00; Atención \$20.000.00; las donaciones que hacen son variables al igual que los eventos y los producidos de taller.

Recursos institucionales: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; Hospital Universitario, Cruz Roja, Edificio San Francisco, IDEAL de Bogotá, Centro de Rehabilitación en Bogotá, Good Will Industries de EE.UU., ICCO de Holanda, Misericordia y Caritas Ale-

manas.

Los usuarios reciben servicio de todos los profesionales, servicios de transporte y servicio de drogas.

**FUNCIONES:**

El Director Ejecutivo dirige el funcionamiento general del Instituto de acuerdo con los lineamientos impartidos por la Junta Directiva, además supervisar el funcionamiento de los distintos departamentos que configuran la Institución.

El Administrador, responde ante el Director Ejecutivo sobre el manejo de los fondos contables y de tesorería de la Institución, además realiza los inventarios que la Dirección exija.

El Voluntariado: realizar a nivel local todo aquello que haya trazado la Junta Directiva para la consecución de fondos.

El Médico Psiquiatra: evaluación psiquiátrica de aspirantes a ingresar al Centro, participar en el equipo interdisciplinario.

El Psicólogo: dirigir el proceso de diagnóstico y tratamiento psicológico de los ingresados.

Trabajadora Social: pertenecer al equipo técnico que evalúa, re-

valua y hace el seguimiento a los limitados pertenecientes a la Institución; interviene directamente en el afilido y en la familia en el proceso de Rehabilitación Integral.

#### PLANES FUTUROS.

El Instituto construye sus talleres en el barrio Olaya Herrera, con capacidad para diez limitados físicos a los que ofrecerá capacitación en encuadernación, zapatería, arreglo de electrodomesticos, corte y confección. Se organizará una primera etapa de capacitación, una segunda de práctica y una tercera etapa de producción; el inválido que haya alcanzado estas etapas será colocado en un empleo competitivo si su limitación lo permite. En caso contrario continuará en los talleres de la Institución o trabajando independientemente.

#### 0.2 INSTITUTO DE REHABILITACION Y ENSEÑANZA ESPECIALIZADA " EL ROSARIO".-

La creación del Instituto de Rehabilitación y Enseñanza especializada El Rosario, se debe al empeño de un grupo de padres de familia que se reunieron con el fin de buscar solución a su problema; crearon una Junta Directiva con personería jurídica No. 0 de febrero de 1971.

La primera labor iniciada por esta Junta, fue la divulgación de creación de dicho Instituto; posteriormente consiguieron auxilios tanto a nivel oficial como privado, fue así que se logró la vinculación de parlamentarios y se consiguió el primer auxilio, con el mismo fin se realizaron varias actividades como tombolas, bazares, etc. Luego se logró la vinculación del Instituto Colombiano de Elementar Familiar, Secretaría de Educación, Universidad de Cartagena.

El 10. de mayo de 1971 comenzó a funcionar con un grupo inicial de 8 (ocho) niños, una profesora y dos auxiliares.

A partir de 1978 se logró incorporar el equipo interdisciplinario conformado por: Psicólogo, Terapeuta de Lenguaje, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta Física y Trabajadora Social, con el fin de buscar la rehabilitación en forma integral del niño limitado.

Actualmente cuenta con una Directora experta en Retardo Mental, un Trabajador Social, Terapeuta de Lenguaje, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta Física, etc., 7 (siete) profesoras, estas personas con cancelados sus servicios a través de la Secretaría de Educación, además 4 (cuatro) profesoras y 4 (cuatro) auxiliares cancelados por la Institución.

**OBJETIVOS:**

Rehabilitar y adaptar socialmente a los niños con retardo mental en la familia, la sociedad y la comunidad.

**POLITICAS:**

1. Atender niños que solo poseen retardo mental por cualquier causa.

2. Prestar servicio sin tener en cuenta clases sociales.

3. Recibir niños de ambos sexos.

Pedagógicamente la institución cuenta con dos (2) preescolares, cinco (5) niveles escolares y dos (2) niveles de talleres.

Los niños preescolares realizan actividades de desarrollo de la musculatura gruesa y fina.

Los 5 (cinco) niveles realizan actividades en siete áreas:

- 1.- Área de matemática
- 2.- Área de lenguaje
- 3.- A.B.C. (actividades básicas estelares)
- 4.- Área de Educación Física
- 5.- Área de esquema corporal
- 6.- Recreación
- 7.- Trabajos manuales.

Cada nivel cuenta con una profesora encargada de desarrollar los áreas, pero realizan reuniones con las profesionales para planear el método de enseñanza a los niños.

El área de matemáticas es asesorado por la Directora Técnica en Retardo Mental; el área de lenguaje por la Terapeuta de Lenguaje; el área de esquema corporal por la Terapeuta Ocupacional; al igual que el A.B.C.; el área de educación física por la Terapeuta Física; el área de recreación por el Trabajador Social.

El asesor correspondiente a cada área hace observación directa a los niños con el fin de detectar los que necesitan terapia individual además del grupal.

RECURSOS HUMANOS: La Institución cuenta con el siguiente personal: Junta Directiva, Directora, Terapeuta de Lenguaje, Terapeuta Física, Terapeuta Ocupacional, Trabajador Social.

RECURSOS FISICOS: Cuenta con un local, servicio de bus, y los elementos indispensables de trabajo.

RECURSOS ECONOMICOS: Recibe aporte de las siguientes Instituciones: Ecopetrol, Postobon, Coltabaco, Salud Pública, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Banco Cafetero, Banco de la República.

**RECURSOS INSTITUCIONALES.**

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Cruz Roja Colombiana, Hospital Universitario de Cartagena.



81

CAPITULO IV  
ESTUDIO Y ANALISIS  
DE LA  
INVESTIGACION

## RESULTADO DE LA INVESTIGACION.

Nuestra investigación realizada en los Centros de Rehabilitación Física y Mental en Cartagena: Instituto de Rehabilitación y Enseñanza Especializada el "Rosario", Instituto de Rehabilitación y Enseñanza para Inválidos, abarcó un tiempo comprendido en los meses de octubre de 1976 a marzo de 1977; se analiza el ejercicio profesional del Trabajador Social en estos Centros.

La muestra total de dichos centros suman 60 personas entre directivos, profesionales, alumnos en práctica e instructores.

Se creyó conveniente encuestar al total por ser un universo pequeño, que en este caso se identificaba con la muestra tomada para la investigación, pero debido a ciertas limitaciones institucionales se seleccionó una muestra de 40 personas que representan a un 66% del universo.

Se elaboraron dos tipos de cuestionarios. El cuestionario tipo A se aplicó al Trabajador Social, el cuestionario tipo B a los profesionales, directivos, alumnos en práctica e instructores, con el fin de obtener mayor número de veracidad en los datos. Además por varios meses se utilizó la observación directa el profesional de Trabajo Social para conocer más ampliamente su ejercicio

profesional.

Estos aspectos abarcaron: Programas, actividades, actitudes, relaciones, dinámicas, interacción, prejuicios y las limitaciones que afectan su ejercicio profesional.

Se realizaron entrevistas al personal que labora en la Institución a través de todos los medios anteriormente anotados y como documentación escrita se logró recolectar los datos que nos ayudaron a cumplir nuestro objetivo.

A continuación presentaremos el análisis de los datos obtenidos en la investigación.

## CUESTIONARIO No. 2

1.- Qué es para usted un Trabajador Social en el área de la Rehabilitación física y mental? \_\_\_\_\_

2.- De estos papeles cuáles desempeña el Trabajador Social en esta área?

- A. Orientador,
- B. Coordinador,
- C. Investigador,
- D. Promotor de cambio,

3.- Qué funciones específicas desempeña el Trabajador Social en esta área?

- A. Participar en las actividades del equipo interdisciplinario para realizar en forma integrada el proceso de ayuda \_\_\_\_\_
- B. Aplicar la metodología de caso, grupo, organización y desarrollo de la comunidad \_\_\_\_\_
- C. Participar en la formulación de políticas sociales \_\_\_\_\_
- D. Coordinar las actividades conjuntamente con los miembros del equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación \_\_\_\_\_
- E. Divulgación de programas institucionales \_\_\_\_\_
- F. Motivar a los padres de familia en el fin de vincularlos a los programas institucionales \_\_\_\_\_

4.- Considera que los papeles y funciones que desempeña el Trabajador Social en su ejercicio profesional, concuerda con el objetivo de la institución?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Por cuál? \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6.- Considera usted que el Trabajador Social ha tenido obstaculos que hayan limitado su labor profesional?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

7.- El Trabajador Social al tratar de rehabilitar socialmente al individuo limitado debe tener en cuenta principalmente:

- A. Individuo
- B. Familia
- C. Comunidad
- D. Individuo-familia
- E. Individuo-familia-comunidad

7.- A qué nivel de intervención se encuentra ubicado el Trabajador Social en estos Centros ?

A. Micro-actuación

B. Macro-actuación.

8.- Considera que la labor intra mural (labor dentro de la Institución), está comprendida en el ejercicio profesional del Trabajador Social ?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

9.- Cree usted que la labor profesional del Trabajador Social en estos Centros ha sido la misma ?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

10. Considera necesario la intervención profesional del Trabajador Social en estos Centros ?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Por qué \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Considera usted efectivo el aporte del Trabajador Social en el proceso de rehabilitación física y mental ?

Por qué \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CUADRO No. 1  
DEFINICION DE TRABAJO SOCIAL SEGUN PERSONAL QUE  
LABORA EN LA INSTITUCION

	Frecuencia	%
Persona que orienta la familia en la rehabilitación.	0	10.2
Persona que ayuda en las relaciones entre los padres de familia.	0	10.0
Persona que ayuda a conseguir el bienestar del individuo y el comunidad.	8	13.0
Persona que organiza, dirige y ejecuta programas en la rehabilitación.	8	10.0
Persona coordinadora y promotora de cambio.	13	17.0
<b>Total Encuestado.....</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente Encuesta 1.977

## CUADRO N.º.1

Se considera que entre las razones que aparecen en el cuadro como definiciones de lo que es el Trabajador Social en el área de la rehabilitación física y mental, está que es un profesional que orienta a la familia y contribuye a establecer las relaciones entre padres de familia, esto en la investigación comprende un 29.8%. Otra de las razones que exponen es el desconocimiento de lo que es el Trabajador Social y su desempeño profesional en esta área, como también se observa que están llevando a cabo actividades que no se identifican con el objetivo a seguir.



## CUADRO No.2

PAPELES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL AREA  
DE LA REHABILITACION

Código	Frecuencia	%
A	26	44.2
B	24	40.0
C	20	34.
D	13	22.1
E	22	37.4
F	1	1.7
Total Encuestado.....	40	68%

Fuente Encuesta 1977.

- A - Orientador
- B - Coordinador
- C - Investigador
- D - Terapeuta
- E - Promotor de cambio
- F - Ninguno de los anteriores.

## CUADRO N.º 2

Al analizar el cuadro anterior observamos que los porcentajes más altos de las respuestas se obtuvieron en el Código A, B y E, o sea que los encuestados ven al Trabajador Social más que todo como orientador, coordinador y promotor de cambio; en menor medida le otorgan el papel de investigador y terapeuta.

Esto nos demuestra que el Trabajador Social no se ha identificado con el verdadero objetivo porque los dos últimos aspectos que son tan importantes tenerlos en cuenta en el ejercicio profesional no se están poniendo en práctica y por lo tanto se demuestra la hipótesis planteada inicialmente.

CUADRO No. 3

FUNCIONES ESPECIFICAS QUE DESEMPEÑA EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL AREA DE REHABILITACION.

Código	Frecuencia	%
A	19	47.5
B	20	50.0
C	10	25.0
D	17	42.5
E	18	45.0
F	18	45.0
Total Encuestado....	40	100.0

- A.- Participar en las actividades del equipo interdisciplinario para realizar en forma integral el proceso de rehabilitación.-
- B.- Aplicar la metodología de Caso, grupo, y comunidad.
- C.- Participar en la formulación de políticas sociales.-
- D.- Coordinar las actividades conjuntamente con el equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación.
- E.- Divulgar los programas institucionales a nivel de comunitario.-
- F.- Motivar a los padres de familia con el fin de vincularlos a la institución.

CUADRO No. 8

En lo referente a las funciones correspondientes al cuadro No. 8, el 50% de la muestra coincide en que el Trabajador Social cumple funciones específicas como las de aplicar la metodología de caso, grupo y comunidad. Las otras funciones conforme a los resultados del cuadro, lo cumplen en menor porcentaje.

En base a lo anterior se puede decir que el Trabajador Social cumple con las funciones específicas, pero al observar el Cuadro No. 8 dando las encuestadas de ser así en parte los papeles que realiza el Trabajador Social en esta área, vemos que hay contradicciones en las respuestas de los encuestados, porque si se observan los porcentajes no los cumplen en su totalidad. Se comprueba entonces, según el análisis hecho al cuadro, otra parte de la hipótesis, referente a que el Trabajador Social no está cumpliendo con sus funciones en el área de la rehabilitación física y mental.

CUADRO No.4

RELACION ENTRE LOS PAPELES Y FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL Y LOS OBJETIVOS DE LA INSTITUCION

Respuesta	Frecuencia	%
SI	3	5.1
NO	57	87.9
No orienta y coordina actividades en la rehabilitación.-	17	17.0
Utiliza los diferentes métodos para lograr la rehabilitación.-	0	10.2
No proporciona tratamiento social adecuado.-	0	15.3
Participa en los programas institucionales.-	0	15.3
No desconoce la labor del Trabajador Social.-	0	10.2
Total Encuestado.....	40	88.5

Fuente Encuesta 1977

CUADRO No.4

Al analizar el cuadro anterior, observamos que el mayor porcentaje de las personas encuestado opinaron que no habia relación entre las funciones y papeles del Trabajador Social y los objetivos de la Institución, ya que sus funciones no les desempeña adecuadamente para lograr un proceso de rehabilitación efectiva. También por desconocimiento de la labor del Trabajador Social, lo que indica que el Trabajador Social no ha hecho divulgación de su ejercicio profesional en la Institución para un conocimiento del mismo.

CUADRO No. 8  
 OBSTACULOS QUE LIMITAN LA LABOR DEL TRABAJADOR  
 SOCIAL

R e s p o n s a	Frecuencia	%
SI	69.2	64.0
NO	2.	8.4
Por falta de relación y comunicación del Trabajador Social.-	7.	11.0
Por falta de dinámicas	0	0.0
Por falta de participación.	3.	10.2
E c o n ó m i c o s	0.	13.0
Materiales	4.	6.0
Poca conscientización en la comunidad.	10.	17.0
Total Encuestado	40	69%

Fuente Encuesta 1977

## CUADRO No. 5

Existen muchas limitaciones las cuales no pudieron comprobar en la investigación realizada, vemos que existe una mayor frecuencia con un porcentaje de 64.5%, lo cual impide que se pueda realizar plenamente.

En menor porcentaje 17.5% aparece la poca conscientización de la comunidad hacia la problemática social del limitado.

Se observa que un 20.0% de los obstáculos son por parte del Trabajador Social, lo que impide que este desarrolle su ejercicio profesional adecuadamente.

Con esto se comprueba que si existen limitaciones encontradas por el Trabajador Social en el ejercicio profesional en estos Centros.



**CUADRO No.6**  
**ELEMENTOS EN EL PROCESO DE REHABILITACION**

C o d i g o	Frecuencia	%
A	13	28.1
B	9	19.6
C		
D	10	20.4
E	8	16.9
Z		
<b>Total Encuestado,...</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>

**Codigos:** A - Individuo  
 B - Familia  
 C - Comunidad  
 d - Individuo - familia  
 E - Individuo - familia - comunidad.

## CUADRO No.0

Al analizar el cuadro podemos observar que entre los porcentajes mayores sobresalen como elementos fundamentales en el proceso de rehabilitación, el individuo y familia; la comunidad según el resultado se tiene en cuenta en menor grado, lo cual implica que no se está llevando un verdadero proceso de rehabilitación porque trabajan con elementos aislados y es fundamental que se realice una labor integral con el individuo, familia y comunidad; esto nos lo refuerza las teorías expuestas en el capítulo "Principios del Tratamiento de problemas Sociales" del libro de medicina de rehabilitación de Howard, Rusk A.

CUADRO No.7  
NIVELES DE INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL

Código	Frecuencia	\$	Total
A	35	53.5	
B	6	9.5	63.5

Fuente encuesta 1977

- A - Nivel de micro-actuación
- B - Nivel de macro-actuación.

CUADRO No.7

Según el resultado del cuadro No.7, se observa que el Trabajador Social sólo interviene a un nivel de micro-actuación.

En cuanto al nivel de macro-actuación se nota que su participación es poca en los centros de rehabilitación física y mental.

101  
2

CUADRO N<sup>o</sup>.0  
LABOR INTRA-MURAL DEL TRABAJADOR SOCIAL.

	F r e c u e n c i a	%
SI	34.	67.8
NO	6	12.2
	40	80.0%

Fuente encuesta 1977



CUADRO No.8

El resultado del cuadro No.8 nos indica que el ejercicio profesional del Trabajador Social, sólo se efectúa dentro de la institución, notándose que se descuida la familia y la comunidad. También se observa que no existe relación coordinada con el resto de profesionales de diversas disciplinas, esto nos afianza más la hipótesis planteada.

CUADRO N<sup>o</sup>. 9

	Frecuencia	%	Total
SI	25	42.5	
NO	15	25.5	
	40	68.5	68.5

Fuente encuesta 1977

CUADRO No.9

En relación al cuadro anterior, la mayoría de las personas encuestadas opinaron que la labor del Trabajador Social es la misma desde sus comienzos hasta el presente.

Sólo la minoría expresó que en el ejercicio profesional han surgido cambios, porque cuentan con el equipo interdisciplinario que permite conocer mejor la situación del individuo limitado.



## CUADRO No.10.

NECESIDAD DE LA INTERVENCION DEL TRABAJADOR  
SOCIAL EN EL AREA DE LA REMABILITACION  
FISICA Y MENTAL

	Frecuencia	%	Total
SI	40	68	
NO			
Por qué ayuda la rehabilitacion del limitado.	16	27.2	
Por qué orienta a la familia.	8	18.8	
Por qué es unión entre la institución y la familia.	7	11.0	
Cambia actitudes.	4	9.0	
Coordina programas	4	9.0	
Total Encuestado.....	40	68%	68%

Fuente encuesta 1977

## CUADRO No. 10

Al analizar el cuadro anterior observamos que la mayoría de las personas encuestadas respondieron que consideran necesario la intervención del Trabajador Social porque contribuye a la relación del individuo limitado y facilita a la familia a reconocer el verdadero problema y aceptarlo proporcionando soporte emocional.

En cuanto a la coordinación que debe tener con otros programas le dieron poca importancia.

En base al análisis anterior consideramos que además de necesario es importante la intervención profesional del Trabajador Social por el gran soporte social que le ofrece a la institución y al individuo limitado a la familia y a la comunidad.

CUADRO No. 11

Razon	Frecuencia	%	Total
SI	25	49.5	
NO	18	15.6	
Orienta a la familia en el comportamiento del limitado.	10	17.	
Los papales y funciones son adecuadas en esta area.	8	8.6	
Utiliza métodos y técnicas	10	17.	
No orienta a la familia	10	22.1	
Se reconoce la labor del Trabajador Social.	2	3.4	
		40	138%

Fuente Encuesta 1977

## CUADRO No. 11

Al condicionar la efectividad del agente del ejercicio profesional del Trabajador Social en los Centros de Rehabilitación se obtuvo el siguiente resultado: el mayor porcentaje de los encuestados respondió positivamente y los restantes negativamente.

Para el analizar el el Trabajador Social orienta directamente a la familia, se observó que la respuesta fue negativa, demostrando que el ejercicio profesional del Trabajador Social no es tan efectivo en la forma como lo llevan a cabo; por ende se debe de manejar paralelamente.

CUESTIONARIO No. 1

1.- Qué roles desempeña usted en el área de la rehabilitación física y mental ?

- A.- Orientador
- B.- Coordinador
- C.- Investigador
- D.- Terapeuta.
- E.- Promotor de cambio.

2.- Como trabajador Social de estos Centros de rehabilitación física y mental qué funciones específicas le corresponde desempeñar ?

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_
- 6. \_\_\_\_\_

3.- Qué obstáculos ha encontrado usted que hayan limitado su ejercicio profesional.

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_
- 6. \_\_\_\_\_

4.- Considera usted que la labor intra y extramural están comprendidas en el desempeño de su ejercicio profesional ?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Por qué ? \_\_\_\_\_

5.- Participa usted en la formulación de políticas sociales ?

SI IN \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

6.- Cuál ha sido la metodología utilizada por usted en el proceso de rehabilitación ?

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_

7.- Participo usted coordinadamente en el equipo interdisciplinario ?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

8.- Durante su desempeño profesional ha divulgado usted los programas institucionales a nivel comunitario ?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Justifique su respuesta: \_\_\_\_\_

9.- A qué nivel de intervención se encuentra ubicado usted en estos Centros ?

A. Micro-actuación \_\_\_\_\_

B. Macro-actuación \_\_\_\_\_

10. Para el desempeño profesional elabora su propio programa, o se ajusta a los programas institucionales ?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Por que? \_\_\_\_\_

11. Interviene la Junta Directiva de la Institución en el desarrollo de su trabajo ?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

12. Cómo colabora usted en la rehabilitación física y mental ?

Explique su respuesta: \_\_\_\_\_

13. Qué sugeriría usted para un verdadero compromiso de su ejercicio profesional ?

Explique su respuesta: \_\_\_\_\_

## ANÁLISIS DE LA ENCUESTA N.º 1

Al analizar el cuestionario tipo A, aplicado a los profesionales de Trabajo Social existentes en los Centros de Rehabilitación Instituto de Rehabilitación y Enseñanza El Inválido y el Instituto de Rehabilitación y Enseñanza Especializada el Recario, arrojó el siguiente resultado.

Los dos profesionales encuestados coincidieron en que los papeles que desempeñan son los siguientes: Orientador, coordinador, terapeuta, promotor de cambio; con excepción del papel de investigador que no es desempeñado por el Trabajador Social del Instituto de Enseñanza Especializada el Recario, ya que no calificó en el cuestionario esa pregunta, por no tener clarificado los verdaderos papeles en esa área.

En lo referente a las funciones, la encuesta nos demuestra que hay diversidad de criterios. Por tanto no deduce que cada Trabajador Social desempeña funciones diferentes en el área de la rehabilitación física y mental.

En cuanto a obstáculos no refiere, observamos que el trabajador social del Instituto de Enseñanza Especializada el Recario ha encontrado limitaciones solo en el aspecto económico, en tanto que

el Trabajador Social del Instituto de Rehabilitación y Enseñanza El Inválido enumera en orden de prioridad los siguientes: el comportamiento de la comunidad, desconocimiento de las Instituciones y que se siempre se desconoce la utilidad del inválido, tratando de sobroprotegerlo o manifestando un rechazo.

Además de estos obstáculos encontrados por el Trabajador Social a través de la observación directa, entrevistas y al investigación pudimos comprobar que existen otros tipos de problemas que realmente limitan el ejercicio profesional como son: falta de participación, dinámica, comunicación y relación; aspectos que constituyen la base fundamental para un buen desempeño profesional imprescindible en el Trabajador Social.

Al considerar la labor intra-mural y extra-mural del Trabajador Social, en el área de la rehabilitación física y mental, vemos que los requisitos no fueron claros, por tanto se deduce que estos profesionales no tienen definidos estos conceptos.

En cuanto a metodología, el Trabajador Social del Instituto de Rehabilitación y Enseñanza El Inválido respondió que utiliza la metodología integrada (caso, grupo y comunidad). El Trabajador Social del Instituto de Rehabilitación y Enseñanza Especializada al Rosario



contestó a la misma pregunta diciendo que utilizan el proceso de ayuda.

Se debe tener en cuenta que el proceso de ayuda se aplica en los tres métodos; lo que indica que este profesional no tiene claro lo que constituye la metodología de Trabajo Social.

En la pregunta sobre participación coordinada del Trabajador Social en el equipo interdisciplinario, ambos coincidieron en la respuesta que nos demuestra que sí participan en equipo, pero por las entrevistas que se hicieron a los otros profesionales que laboran en estos centros, podemos concluir que esa participación no es efectiva, ya que los profesionales antes mencionados desconocen el proceso de ayuda del Trabajador Social que conlleva a un tratamiento social en el individuo limitado.

En cuanto a la divulgación de los programas Institucionales a nivel comunitario, los trabajadores sociales respondieron que esto se realiza mediante el desarrollo y organización de la comunidad llevados a cabo por alumnos en práctica.

ambos se identificaron al responder que se encuentran ubicados a un nivel de micro-actuación, y además elaboraron sus programas estatales los cuales son revisados y aprobados por la Junta Directiva.

Por tanto la Junta Directiva interviene en los programas elaborados por el Trabajador Social.

El trabajador social del Instituto de Rehabilitación y Eficiencia El Inválido interviene tratando al individuo, la familia y la comunidad; en tanto que el Trabajador Social del Instituto de Rehabilitación y Eficiencia Especializada El Recario, interviene tratando sólo al niño limitado, ya que existen razones de orden económico que lo impiden realizarse efectivamente, su labor .

El Trabajador Social del Instituto de Rehabilitación y Eficiencia El Inválido concluyó diciendo que se debía determinar prioridades, roles y funciones para determinar ubicación.

C A P I T U L O V

EJERCICIO PROFESIONAL DEL TRABAJADOR  
SOCIAL EN LOS CENTROS DE REHABILITACION  
FISICA Y MENTAL EN  
CARTAGENA

#### 4.1 TRABAJADOR SOCIAL EN LOS CENTROS DE REHABILITACION

Para ayudar al limitado a recibir el tratamiento cuidadoso y experimentado que necesita para adaptarse a la vida colectiva y al trato social mientras esté sometido a rehabilitación y en la vida ulterior son indispensables los servicios de investigación y trabajo social por parte de un experto.

Todos los problemas sociales proceden de la manera en que los seres humanos comparten lo que tienen con los demás, de la distribución de bienes materiales y de la disponibilidad de recursos médicos, sociales y educativos. Los originados por enfermedades, pueden sobrevenir a cualquiera, por ello, para encontrar la curación y la prevención es inútil buscar a los culpables y sobre las acusaciones.

Donde quiera que viva el limitado, necesita oportunidad de trabajar de acuerdo con el sistema predominante de retribución con el fin de satisfacer las necesidades básicas de alimento y protección para él y su familia. (1)

Las diversiones adecuadas lo son tan necesarias al limitado

(1) Howard, Ruth A. Medicina de Rehabilitación Interamericana 1970

como a cualquier otro sujeto. Por último, y no por ello de menor importancia, está la necesidad de tener relaciones satisfactorias con la familia y los amigos.

Sueto suceder que la familia, el sujeto o la comunidad no han tenido las disposiciones pertinentes para satisfacer estas necesidades, algunas de las cuales no podrán ser logradas por el sujeto o su familia sin la ayuda comunal. Lo que el centro de rehabilitación brinda al limitado puede anularse por completo cuando la comunidad a la que retorna no assume responsabilidad alguna.

El Centro de Rehabilitación, en el sentido más amplio, es una institución comunal cuyo meta principal es permitir a los limitados asumir el papel más productivo posible en el grupo familiar y social.

Si bien el Centro está situado en una comunidad, puede y debe servir a limitados de muchas otras comunidades; en él se encuentra en todas las disciplinas al personal que presta sus servicios, procedente de todas partes, estos al volver a sus hogares y comunidades satisfacen las necesidades de los limitados que allí se encuentran.

MB

En estos Centros los requisitos que debe llevar el limitado para ser admitido pueden no ser excesivamente estrictos, al su estado físico y emocional hacer practicable la rehabilitación y si pueden obtener fondos para la terapéutica, podrían ingresar en el servicio. No hay factores raciales, económicos ni geográficos que limiten su aceptación.

En esta forma el sujeto y su familia podrán disponer de todos los elementos que brinda el programa de rehabilitación.

El servicio directo al limitado es sólo un aspecto de la función que cumple el Trabajador Social; tiene igual importancia su labor con los familiares, proyectar la labor a las comunidades y el hecho de compartir con los demás miembros del equipo, los datos que observa, para brindar el servicio optimo posible al limitado.

El ambiente de los centros de rehabilitación tiene muchas responsabilidades para los limitados y el personal. La distribución física y arquitectónica que debe tener con el fin de satisfacer las necesidades del limitado, es peculiar para estos y su familia.

El Centro de Rehabilitación, mas que ninguna otra institución,

reuna muchas disciplinas diferentes para satisfacer las necesidades del limitado. De esta interacción surge el ambiente emocional; el bienestar del limitado que incluye esta pequeña comunidad guarda estrecha relación con la calidad de las relaciones entre los demás miembros del equipo. Si estas son de índole positiva, el ambiente emocional tiene gran valor terapéutico. Los Centros de Rehabilitación toman en cuenta la necesidad de que contribuyan muchos profesionales para brindar servicios ámplios. La sola presencia del Trabajador Social es prueba suficiente de esa afirmación, el Trabajador Social habrá de la laborar con los limitados y su familia dentro de este marco. Tal situación puede producir dificultades y conflictos para el Trabajador Social, pues debe descubrir la manera óptima de desempeñar su ejercicio profesional (2)

Todos los profesionales, instructores y el resto del personal que labora en el centro de Rehabilitación son importantes, y no deben exigir demasiados; solo de esta manera se podrá alcanzar un enfoque en equipo verdaderamente democrático que brindará un ambiente amistoso.

---

(2) Howard, Ruck A.

Medicina de Rehabilitación Interamericana.  
1.870

## EL TRABAJADOR SOCIAL COMO MIEMBRO DEL EQUIPO DE REHABILITACION.

Las funciones específicas del Trabajador Social en el Centro de Rehabilitación no se definen tan fácilmente como las que desempeña en cualquier otro campo. Ello depende de varios hechos: El personal hospitalario consiste en enfermeras, médicos y trabajador social; el equipo de rehabilitación incluye cirujano, psicólogo, fisiatra, terapeuta y trabajador social. Como los miembros de cada una de estas disciplinas se valen de la relación de individuo y trabajador social para ayudar al limitado a lograr modificaciones, el trabajador social no puede considerar este método como su aportación exclusiva; sin embargo tiene un servicio importante que ofrecer, el cual depende en gran parte de su destreza y otros recursos comunales, es un profesional que capacita su aportación es principalmente, permitir al limitado utilizar los servicios dentro de la institución y fuera de ella. El trabajador social representa la comunidad institucional y a la comunidad fuera de la institución. Su trabajo desde la entrevista de ingreso es ayudar al limitado a relacionarse con la sociedad inmediata del Centro de Rehabilitación, y con su comunidad a la cual retornará finalmente.

Como el Trabajador Social lo hace representar a la comu-



nidad institucional y le incumbe el tratamiento social en la misma, es necesario que establezca relaciones adecuadas con los otros miembros del equipo. Así, pues, es indispensable comprender el papel de los demás; con frecuencia habrá intercambio de papeles entre los profesionales que constituyen el equipo, y la acción del Trabajador Social sirve de vínculo entre la institución y el medio familiar interpretando ante el limitado las indicaciones terapéuticas y las causas que interfieren en los resultados del tratamiento. Analiza los factores predominantes y factores personales, económicos, familiares, etc., que influyen en el limitado y dificultan su rehabilitación, promoviendo soluciones en los límites y sus familiares.

Es labor del Trabajador Social, analizar el ambiente en que se desarrolla la vida humana, en posesión de estos informes los demás profesionales interpretarán la vida y las relaciones del limitado y orientarán su tratamiento. (9)

---

(9) Howard, Ruth A.

4.0 PAPELES FUNCIONES E INTERVENCION DEL PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL.

La finalidad de todo trabajador social es ayudar a una persona a vencer una dificultad o crisis existente y la finalidad preventiva de fortalecer la capacidad personal para enfrentarse a problemas individuales o sociales. Por este enfoque doble los trabajadores sociales profesionales tratan de ayudar a las personas a utilizar sus propios recursos psicológicos y tangibles para resolver un problema, su propósito es ayudar a las personas a valerse por sí mismas.

El método de trabajo social puede incluir estos componentes

- a. Estudio cuidadoso de la persona, su familia, sus relaciones, historia, sus problemas y de la manera en que el sujeto u otras personas han tratado de resolverlos.
- b. Crear una relación útil en la persona que le permita sentirse comprendida pero no juzgada, aceptada pero no tranquilizada falsamente, estimulada pero no empujada, de esta manera está en libertad para considerar calmadamente la realidad de su problema y las diversas maneras de resolverlo.
- c. Según las circunstancias de caso, se aplican diversos técnicas

encaminadas a reforzar la capacidad del limitado para enfrentarse a su problema, para crear un ambiente social y psicológico favorable, o para ayudar al sujeto a utilizar los recursos de la comunidad.

d. apoyo emocional dado por el trabajador social debido al desgaste físico y emocional, para algunas personas es difícil enfrentarse a las exigencias diarias inevitables de la vida, lo cual origina una actitud pesimista . El Trabajador social puede promover o mejorar situaciones de esta clase al dar a la persona comprensión y estímulos durante cierto tiempo.

e. Mejorar la comprensión de sí mismo por parte de el sujeto: los sentimientos o actitudes que una persona tiene acerca de sí mismo de otras personas o de dificultades, pueden obstaculizar la solución adecuada de sus problemas. La orientación interna del trabajador social puede ayudar al sujeto a admitir introspección y una nueva perspectiva.

f. Ayudar a la familia a auxiliar al limitado. La comprensión, el apoyo y ayuda mutua entre los miembros de una familia a menudo son los recursos principales en la prevención y solución de los problemas sociales.

Los Trabajadores Sociales se involucran en las relaciones familiares consideradas globalmente y pueden ayudar al individuo dirigiendo su esfuerzo al individuo y a la familia.

g. Ayudar al individuo valiéndose de experiencias colectivas. Las personas sometidas a tensión o menudo buscan apoyo en otras que experimentan dificultades.

h. Uso de los recursos sociales ya que estos pueden necesitarse para ayudar a una familia o a un individuo a resolver un problema de índole social. Los Trabajadores Sociales conocen los elementos disponibles y la manera como pueden usarse y coordinarse; la eficacia del trabajador social aumenta mucho si el cuerpo profesional se interesa y conoce los problemas sociales de los limitados. Es indispensable la colaboración íntima entre los profesionales y trabajador social. (4)

Los Trabajadores Sociales desempeñan unos papeles en la rehabilitación y deben tener presente los factores decisivos que determinan la naturaleza de la respuesta del limitado, o sea el desarrollo previo de su personalidad, factores de orden emocional y el compromiso de las personas que lo rodean, especialmente su familia.

El trabajador social como persona importante y necesaria en la rehabilitación del limitado desempeña funciones con el limitado, la familia, la comunidad, el equipo de profesionales.

Las papales que debe desempeñar en los Centros de Rehabilitación el Trabajador Social son:

**ORIENTADOR:**

El trabajador social asesora y orienta al equipo interdisciplinario en relación a los factores sociales que afectan al proceso de rehabilitación del limitado.

Orienta al limitado y a su familia sobre su limitación y los recursos disponibles para una mejor situación.

Dentro del Centro de Rehabilitación orienta al limitado y a su familia en la solución de cualquier problema personal, familiar o económico que afecte su rehabilitación.

El Trabajador social orienta al limitado y a su familia sobre el uso adecuado de los servicios de rehabilitación.

Una vez terminada la rehabilitación lo encamina y orienta a desempeñarse en las áreas competitiva de un trabajo remunerado.

**COORDINADOR:**

Colabora y coordina con las directivas en los planes y programas.

Coordina con los miembros del equipo presentando informes estadísticos y narrativos sobre los programas específicos de trabajo social en la rehabilitación del rehabilitado.

El Trabajador Social coordina las reuniones periódicas con el equipo profesional con el fin de hacer el seguimiento en el tratamiento o en defecto con el instructor ocupacional en lo relacionado propiamente a la rehabilitación.

Efectúa coordinaciones con otras instituciones que puedan colaborar en la solución de los casos que no corresponden específicamente al proceso de rehabilitación.

Coordina la participación de los grupos para la formación de los limitados a través de actividades sociales, culturales y recreativas.

**INVESTIGADOR:**

El Trabajador investiga para obtener datos para la situación social del limitado, relaciones familiares, recursos económicos y recursos emocionales para saber hasta qué punto está en capacidad

de enfrentarse y adaptarse a la limitación que dificulta el proceso de rehabilitación.

A nivel de la familia del limitado investiga para ver los factores que inciden en el problema.

Realiza investigaciones en el campo de la rehabilitación profesional.

Investiga todo lo relacionado con el limitado y su problema, datos que suministra el equipo interdisciplinario para que se pueda prestar mejor una ayuda en el proceso de la rehabilitación.

Efectúa el Trabajador Social investigaciones en la comunidad para saber que recursos hay disponibles y en base a ellos hacer la formulación del programa.

Investiga para conocer las causas de la cuencia del limitado en su proceso de rehabilitación.

**TERAPEUTA:**

El trabajador social ayuda al limitado individualmente como através de la terapia grupal, ya sea en el hospital o en el Centro de Rehabilitación.

Realiza actividades grupales con participación de los familiares del limitado.

Motiva a la comunidad a tener una actitud positiva frente al limitado.

El trabajador social prepara al limitado y a su familia para cualquier situación de cambio operativo, grado de alta.

#### PROMOTOR DE CAMBIO.

Mediante la habilidad profesional el trabajador social busca cambio, si hay actitud negativa y desconfianza por parte de la familia en relación al equipo de rehabilitación.

Promueve relaciones adecuadas entre los miembros del equipo de rehabilitación, contribuyendo al mejor manejo del limitado y a su curación integral.

Promueve y mejora los sistemas de trabajo profesional para una mejor prestación de servicio, ajustándose a las necesidades del limitado y de la institución.

El Trabajador Social busca cambio en la labor del voluntario si esta no va con los objetivos del equipo de rehabilitación.



**DOCENTIZ:**

El Trabajador Social imparte la debida enseñanza acerca del componente social de la limitación física y mental, su significado, la actitud de la familia respecto al limitado y su tratamiento. Para ello es necesario estructurar lecturas y seminarios con el equipo y demás miembros de la Institución.

Realiza programas y actividades dirigidas al limitado, a su familia y a la comunidad con el fin de que obtengan conocimientos sobre la limitación y sus consecuencias.

Prepara y desarrolla programas educativos tendientes a elevar el nivel cultural, mejorar las relaciones del personal asistido y el auxiliar.

**MEDIOS UTILIZADOS:**

- a. Entrevistas a los padres de familia para la evaluación situacional con finalidad terapéutica conocimiento del medio ambiente en donde vive.
- b. Conexión con los recursos institucionales para la solución de sus problemas.
- c. Reuniones con toda la familia y con los miembros más compro-

medidas en el tratamiento del limitado para lograr su compromiso y responsabilidad en el mismo.

- d. Terapia conyugal para tratar conflictos matrimoniales que influyen negativamente en el tratamiento del limitado.
- e. Terapia familiar para tratar familias patológicas con perturbaciones que inciden en el núcleo familiar.
- f. Visitas domiciliarias para evaluar situaciones con respecto al tratamiento del limitado.
- g. Investigación de aspectos sociales relacionados con la salud.
- h. Realización de campañas educativas con charlas y conferencias sobre salud mental y física con el fin de orientar y concientizar acerca de la casualidad de la patología y promover la creación de grupos dentro de la comunidad que trabajen como grupos de presión en la consecución de mejores condiciones de salud y rehabilitación.
- i. Planes de trabajo, informes escritos y estadísticas del trabajo realizado.
- j. Reuniones de coordinación con el personal y con otras secciones y departamentos de la institución.

- Reuniones con el equipo interdisciplinario en donde se analiza la problemática del limitado desde todos los puntos de vista.

#### 4.6 FUNCIONES:

El Trabajador Social presta sus servicios, haciendo ya sea visitas domiciliarias o asesorando al limitado y a su familia encargándose de los distintos aspectos administrativos y tomando medidas prácticas para que la vida del limitado resulte más agradable. El Trabajador social debe estimular constantemente al individuo limitado, pues el éxito o el fracaso de la rehabilitación dependen de la actitud que asuma él mismo.

De este modo el trabajador social desempeña una función en la rehabilitación, tanto a través de servicios directos a personas limitadas como en actividades indirectas. El Trabajador Social debe tener en cuenta en la rehabilitación los factores decisivos que determinan las naturalezas de las limitaciones, el desarrollo previo de su personalidad, factores de orden emocional y el comportamiento de las personas que lo rodean, especialmente el de su familia.

La función del Trabajador social dentro de la rehabilitación no concluye únicamente en contribuir a que la persona incomp-

citada obtenga la asistencia económica o los servicios de rehabilitación necesarios, sino también ayudarla a comprender como a pesar de sus limitaciones, pueda participar en la vida comunal como miembro independiente capaz de ganarse la vida.

El Trabajador Social desempeña las siguientes funciones:

1. Integrar el equipo de trabajo estableciendo interacción con los demás profesionales que intervienen en cada caso.
2. Aplicar los métodos de trabajo social de caso individual, trabajo social de grupo y desarrollo de la comunidad.
3. Participar en las actividades del equipo interdisciplinario para realizar en forma integrada el proceso de ayuda.
4. Participar en la formulación de políticas sociales.
5. Coordinar las actividades conjuntamente con los miembros del equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación.
6. Motivar a los padres de familia con el fin de vincularlos a los programas institucionales.
7. Participar en la programación puesta en marcha y desarrollar todas las actividades del trabajo social.

- 8. Colaborar en trabajos de investigación médico-social.
- 9. Proyectar a la comunidad los programas institucionales y estatales.
- 10. Participar activamente en la rehabilitación del limitado.
- 11. Trabajo a la familia, pero en todos los casos trabajar con ella para mantenerla informada de la evaluación del limitado.
- 12. Planear, Organizar, Ejecutar y evaluar programas de salud para la comunidad.
- 13. Colaborar con la familia en la aceptación del diagnóstico, haciendo énfasis en el aspecto emocional para un mejor tratamiento.
- 14. Colaborar con el personal médico en la localización del limitado que abandonan el tratamiento y motivarlo a él y a su familia acerca de la atención en los casos de abandono material y moral.
- 15. Coordinar con los Tribunales de Menores u otras entidades que les brinden protección a los limitados.

4.4. INTERVENCIÓN.

La intervención del trabajador social se efectúa en una esfera específica de la existencia humana: La esfera social. Su

naturaleza revela que es bastante compleja vasta, en donde se distinguen aspectos fundamentales; cultural, económicas, políticas, sociasocial y social propiamente dicho, por lo que es poco evidente que es práctica clínica y directa a nivel de cada uno, de sus sistemas-cliente, los procesos y la problemática van a presentar configuraciones específicas. (B). Estas van a estar determinadas por cada uno de los aspectos a tratar.

La intervención profesional del trabajador social en el campo de acción para una mejor realización del mismo, intervenir a dos niveles: nivel de micro-actuación y nivel de actuación.



En el nivel de micro-actuación de el Trabajador Social actúa dos niveles: la administración de servicios sociales y servicios de atención directa, correctivo, preventivo y promocional, destinadas a los individuos grupos y comunidades, poblaciones y organizaciones.

En este mismo nivel el trabajador social lleva a cabo dos áreas de trabajo: la labor intramural, o sea la que realiza dentro de la institución o establecimiento; y la labor extramural, es decir la que se lleva a cabo fuera del establecimiento o institución.

La labor intramural se dedica especialmente con el sistema-cliente (individuo, grupo, comunidad, ), para suya extenderse a aquella parte de la sociedad en aquellos servicios en que se realizan actividades que les compete. Además abarca lo referente a la labor interdisciplinaria por cuanto se trabaja con distintos profesionales y que necesitan reuniones más o menos periódicas para sujar criterios con respecto al diagnóstico y tratamiento.

La labor extramural comprende la labor que debe realizarse con las familias los grupos relevantes (laborales, escolares, est., ) , con otras instituciones o dependencias (por razones de trámite) y lo que se entiende por proyección comunitaria.

En el nivel de macro-actuación también se sitúan dos niveles: política social y planeamiento.

Considerando el Modus operandi del trabajador social en este nivel le corresponden:

- a- Participar de todas las etapas de programas para el macro-plano.
- b- formular la metodología y estrategia de acción para elaborar e implementar la política social.

- c - Planear o implementar la infraestructura social de
- d - Establecer canales de comunicación con la población y promover su participación en el proceso de planeamiento.(9)

Debe participar activamente (teóricas y prácticamente) en los procesos de planeamiento logrando:

- a - Contribuir con el conocimiento de las necesidades, de las expectativas, de los valores, actitudes y compromientos de la población frente al cambio, en la formulación de los objetivos y en la fijación de las metas.
- b - Contribuir para la creación de consciencias que permitan la participación popular en el proceso de cambio.

**POLITICAS SOCIALES**

- a - Promover el proceso de formulación de política social, cuando este ausente, cuando sea inoperante y provocar su reformulación cuando sea necesario.

**ADMINISTRACION Y EJECUCION DEL SERVICIO SOCIAL.**

- a - Promover investigaciones operacionales y participar en ellas.
- b - Elaborar y ejecutar planes, programas y proyectos a corto y largo plazo, y llevarlos a efecto mediante la participación activa de las comunidades, grupos o individuos implicados en la acción de las instituciones patrocinadoras.

---

(9) Mabels Gomez Edgar, Hacia un trabajo social liberador Humanitas Ruth L. de Mabels Buenos Aires 1973



- e - Implantar, administrar y evaluar programas de trabajo social de tipo promocional, preventivo y correctivo, destinados a comunidades, poblaciones y organizaciones, grupos o individuos.
- d - Procurar que los objetivos y métodos a emplearse respondan a las exigencias de la realidad integrándolos a una perspectiva de desarrollo.
- c - Participar en la capacitación de las comunidades o poblaciones, para que tengan medios para integrarse al proceso de desarrollo a través de la acción organizada y sistematizada con miras a la atención de sus necesidades y a la realización de sus aspiraciones.
- b - Contribuir a la elaboración de variables para el estudio, análisis, diagnóstico y evaluación de los programas con la participación de las poblaciones involucradas en los mismos. (7)

En el nivel de macro-situación del servicio social corresponde tomar como unidad cliente no al individuo, el grupo pequeño, la comunidad o la población local, sino la sociedad global (Municipio, Estado, Región o Nación).

De esta manera al ubicar a las comunidades en el consenso del desarrollo implica que el trabajador social al realizar el diagnóstico tenga presente que el proceso de desarrollo de la comunidad es una consecuencia de las posibilidades que el área geográfica le ofrece y del estado actual de desarrollo en que se encuentra la sociedad, como así mismo de las actividades políticas-administrativas y de otro orden que en ella se realizan. Todo esto significa que el Trabajador Social, requiere de un buen conocimiento del proceso político-administrativo a través del cual se generan las políticas habitacionales, educacionales, etc. con el objeto de exponer a los "actantes" para que modifiquen organismos o instituciones que con un obstáculo para su participación máxima (8).

En último término, para el Trabajador Social la labor de planificación vinculada a la creación de una nueva organización social tiene relación con la imaginación de nuevas formas de vida que signifiquen una justa y eficiente satisfacción de las necesidades del individuo, la comunidad y la sociedad en General.

---

López Medina, Antelina. Hacia una elaboración técnica y metodológica de un Trabajo Social Latinoamericano Editorial Ezer, Buenos Aires, 1971

#### 4.6 EL TRABAJO SOCIAL EN EL SECTOR DE LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD.

En nuestro países han estado por tanto tiempo en menos de sectores para los cuales el bienestar es residual, no hay programas organizados para la prevención, ayuda y fortalecimiento de la familia como tal; por eso los problemas en relación a ella han venido en aumento.

Para nosotros debe ser una necesidad preocuparnos por problemas de la familia, para quien la sociedad presenta serias dificultades en el hogar, en la comunidad y en el trabajo deben también atenderse y orientarse a los padres de familia, quienes necesitan atención a sus problemas, madres y padres deben ser miembros de un grupo social que influya profundamente en la vida nacional.

Por lo que es de gran importancia, atender a los problemas de los niños y jóvenes de nuestro tiempo, por que ellos serán los hombres del mañana; ellos quienes al igual que los adultos, se les presentaran situaciones de aceptación y rechazo, dependencia, incomprensión o maltrato, por malicia o ignorancia; es de estos problemas de desajustes en el seno familiar: económicos, emocional, de desamparo, de educación, de salud y falta de at-

entación general; por lo que se debe ayudar a que sea comprendida la conducta infantil y juvenil por los padres, miembros de la familia o por aquellos elementos que participan en el manejo de hijos, y jóvenes en diversos grados; iniciar campañas de higiene mental; actividades recreativas y finalmente, una tarea de singular importancia: la concientización sistemática de padres de familia y de los jóvenes, personas humanas todas, hombres todos que necesitan encontrarse a sí mismo, en esta época en que los seres humanos han dejado de considerarse el centro del mundo; que constituyen como cosas, porque estas sus obras, lo han cualificado y estereotipando lo despersonalizan y enajenan. Es necesario provocar un proceso de profunda personalización, especialmente en los padres de familia, para que ellos en el seno de esa célula vivan y vivifiquen, se humanicen, y humanizándose ellos humanicen también sus relaciones con los demás miembros. Solamente así saldrán hijos niños jóvenes educados para ser y actuar como personas, por tanto capaces de personalizar la sociedad, sólo desde esta perspectiva pueden educar los padres a sus hijos para ser libres; solo desde que los hijos tendrán en su familia una verdadera escuela de humanización y libertad.

---

(D) Macfao Gómez Edgar  
Ruth L. de Macfao

Hacia un Trabajo Social liberado  
Humentitas, Buenos Aires, 1973

Si nuestro pensamiento no estuviese solidamente basado en un reconocimiento de los valores humanos, todo Trabajo Social carecería de sentido,

Los cambios de actitudes que se logran mediante una larga tarea educativa, trascienden a la vida individual y colectiva, reflejándose en la adopción de conductas sociales positivas que conducen, en última instancia, en una relación armónica en la que los valores propios y los ajenos se miden idéntico criterio. Por otra parte aquel que aprende a interpretar con acierto sus posibilidades y limitaciones, aprende también a elevar sus potenciales y a ubicarse en la sociedad justamente dentro del ámbito en que su figura intelectual y espiritual, pueda lograr un significado real y verdadero. Si se cumplan estos esfuerzos individuales, en una simple acumulación de valores, a través de una verdadera complementación, aparece el esfuerzo cooperativo, potencia creadora capaz de llevar a la superación de la compleja problemática social. "Lo que no puede hacer yo pueda hacerlo otro, y con eso apunto y al mío propio es posible balancear carencias y estructurar un todo activo, que llega a hacer oportuno en propina de niveles individuales y colectivos individuales beneficiosos". (10)

Maestro Gómez Edgard  
Ruth L. de Macía

Hacia un Trabajo Social Liberado  
Humanitas, Buenos Aires, 1979

Lo esencial es aprender a dialogar a valorar y valorarse, a buscar soluciones en conjunto y a tratar de alcanzar esas metas en conjunto.

Esto es el ideal de Trabajo Social; es decir, lo humano por la humanidad, con la fuerza pronta para la labor, como punto a la vez inicial y terminal, que pueda llevar al mundo un clima de paz, de confraternidad y de equilibrio.

El Trabajo Social con liberador, en la medida en que los profesionales problematizamos todo constantemente el contenido de nuestras teorías y acciones.

Acción y reflexión de hombres que nos harán más profesionales, porque como más hombres al encontrarnos con los otros y ejercer ese diálogo concreto, sobre necesidades y problemas, nuestro o sinceras convicciones, eso con un autentico trabajo social; trabajo de hombre y con los hombres y para los hombres.

Una problematización constante de nuestra acción profesional, significa aplicar lo mejor y más amplia mentalidad crítica; significa analizar la efectividad de nosotros en función de la realización plena de todas las cosas humanas de una sociedad.

Aquí entra en juego la disposición personal de evaluar nuestra acción profesional; para ello se necesitan dos aspectos fundamentales:

1. Disposición para una verdadera evaluación (que incluye la autoevaluación).

2. Laborar, aplicar y mejorar procedimientos objetivos y concretos que nos ayuden a conseguir el primer objetivo.

Nada mejor que medir la situación por medio de nuestros sistemas, tomando en consideración lo que hacemos, dando y como lo hacemos. Esto nos dará la pauta para observar si nos acercamos o alejamos del nivel de beneficencia, primer acción en la ayuda social.

El trabajo social debe tomar siempre en cuenta que su principal sujeto y objeto, es el hombre en sociedad. Esta acción del trabajo social, es la que procurará en las áreas humanas sean áreas de la praxis, y siendo así, participará en la superación de estructuras particulares y generales negativas yendo hacia la construcción de otras mejores.

La labor del Trabajador Social, es una labor de emi-  
nento prevención. Porque creemos que el Trabajador Social,  
procura con técnicas, que el ser humano no necesite del pan  
ni del vestido de otros de nuestros servicios.

El contacto con todo hombre y con todos los hombres,  
es lo que nos llevará a plasmar nuestro trabajo, nuestras ac-  
ciones nuestras actividades y valores y nuestros métodos y téc-  
nicas de un verdadero sentido de vida liberador que servirá para  
ir eliminando la enajenación que ha existido a través de todos  
los tiempos.



### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En base al estudio y análisis realizado sobre el Ejercicio Profesional del Trabajador Social en los centros de rehabilitación Física y Mental en Cartagena, hemos sacado las siguientes conclusiones:

- 1.- Los papeles y funciones del Trabajador Social en el área de la Rehabilitación Física y Mental se están desempeñando adecuadamente, porque se presenta una serie de obstáculos tanto en las propias Instituciones como en el mismo Trabajador Social; en este último por la falta de participación y coordinación con el equipo interdisciplinario, y además la falta de proyección hacia la Comunidad y el medio en donde se desenvuelve el individuo limitado.
- 2.- El Trabajador Social en los Centros de Rehabilitación Física y Mental, en el nivel de macro-actuación no tiene oportunidad de realizarse, sólo está ubicado en el nivel de micro-actuación.
- 3.- El Ejercicio Profesional del Trabajador Social en los Centros de Rehabilitación es poco conocido por el resto de personas que laboran en dichas Instituciones, lo que trae como consecuencias dificultades en el proceso de ayuda.
- 4.- En cuanto al personal que labora en los Centros de Rehabilitación

referente al profesorado, éstos carecen de adiestramientos pedagógicos para tratar a los individuos con limitaciones.

3.- En relación con la organización de los Centros, se puede decir que su estructura orgánica no funciona adecuadamente, porque los cámbios que presta son irregulares.

Teniendo en cuenta que el Ejercicio Profesional del Trabajador Social en los centros, donde se trata de rehabilitar individuos que padecen limitaciones de índole física o mental y por consiguiente poseen problemas de adaptación social, interrelación, complejos, conflictos, etc. que influyen en el normal desarrollo de su personalidad. El Trabajador Social es el profesional más necesario para el logro de una rehabilitación social efectiva, ya que no sólo tiene en cuenta al individuo sino también a la familia y la comunidad. Por tanto recomendamos:

1) Es necesario que el Trabajador Social se utilice positivamente en los Centros de Rehabilitación, estableciendo relaciones interprofesionales para que pueda participar y coordinar con el equipo multiprofesional.

2) La intervención profesional del Trabajador Social no sólo debe darse de manera intramural, sino que debe proyectarse hacia la comunidad, porque el individuo afectado procede de un medio y una co-

comunidad con la cual tiene que comunicarse permanentemente.

6) El Trabajador Social debe contribuir a la formulación de políticas sociales que vayan en beneficio del individuo, familia y comunidad.

7) El Trabajador Social para cumplir con su ejercicio profesional debe tener en cuenta los objetivos de la profesión y de los recursos con que cuenta para que su labor sea reconocida y respetada.

8) Los Centros de Rehabilitación deben ofrecer al Trabajador Social los recursos necesarios para que pueda prestar mejores servicios.

9) Se recomienda que los centros brinden al personal capacitación en los programas pedagógicos que deben realizar según la problemática de cada uno.

10) Los Centros de Rehabilitación deben funcionar de acuerdo con el objetivo para lo cual fueron fundados.

## BIBLIOGRAFIA

1. ARANGO, Jaramillo, C. *Psicología Dinámica*, 2a. edición. Editorial Lumen Ltda. Bogotá 1963.
2. ANDER Egg, Egon *Diccionario de Trabajo Social*. Co-  
edición Eero ILPH, Buenos Aires  
1.074
3. ANGULO, Cecilia, Alma  
MARRUGO, A. *Agrupación de Investigación Bibliográfica  
sobre Introducción a las Técnicas de  
Investigación Social (DISE)*. Universi-  
dad de Cartagena 1973.
4. Asociación Venezolana de  
Padres y Amigos de Niños  
Excepcionales  
(AVEPAN) *Roberto Montal, 800 Preguntas y Res-  
puestas*. 2a. edición. Caracas 1972
5. BONFANTE, Irma y Otros *Imagen Social del Individuo Parapléjico*.  
Manografía de Grado Universidad  
de Cartagena 1973
6. SECERRA, de Ledesma  
Rosa María *Elementos Básicos para el Trabajador  
Social Psiquiátrico*. Edición Eero Bue-  
nos Aires 1974
7. CASALIT, Mélica *Alternativas metodológicas en Trabajo  
Social*. Edit. Humanitas. Buenos Aires
8. DE BRANDERBURG, Ana *Servicios Social Hospitalario*. Edit. Hu-  
manitas. Buenos Aires 1970.
9. DOCUMENTACION EDU-  
CIAL *Revista de Psicología  
Aplicada*. *Atención de Subnormales*. Edit. Caritas  
rom. España 1974.

10. FINK, Arur, E. ANDERSON, Wilson, G. Campos de Aplicación del Servicio Social. 2a. edición. Editorial Humanitas. Buenos Aires 1974.
11. ENCICLOPEDIA FAMILIA Guía Médico Familiar. 24 Edic. Esvrart. España 1974.
12. HOWARD, Ruth, A. Medicina de Rehabilitación. 2a. Edic. Editorial Interamericana. España 1970.
13. HILLEBOE, Lantmore Medicina Preventiva. 2a. Edic. Editorial Interamericana. México 1975
14. JOHANNOT, Henry El Individuo y el Grupo. Edic. Aguilar Madrid 1932.
15. LOPEZ Medina, Antoina Hacia una colaboración Técnica y Metodológica de un Trabajo Social. Latinoamericana. Edit. Ezer, Buenos Aires 1971.
16. MAC, Donald Terapéutica Ocupacional en Rehabilitación. Solvat Editoras, Madrid 1973
17. MILLER, Benjamin-BURT John Salud Individual y Colectiva. Edit Interamericana. México, Argentina 1970.
18. MACIAS Germar Edgar MACIAS L. de Ruth Hacia un Trabajo Social Liberador. Humanitas Buenos Aires 1973.
19. NOYES Y KOLE Etimología Clínica Moderna. 2a. Edic. Prensa Médica Mexicana. Madrid 1973
20. OLIER, María Eugenia y Otros. Importancia de la labor del Trabajador Social en la problemática del Retardo Mental. Monografía de Grado, Universidad de Cartagena, 1975

21. PERLMAN, Morris, Milton El Trabajo Social Individualizado. Edic. Rialp S. A. Madrid 1938
22. Revista del Comité de Publicaciones de la Cooperación de Trabajadores Asociados de Bogotá Trabajo Social. 10 Edic. Proconato. Bogotá 1975.
23. Dominante de Torocopolis Metodología del Servicio Social. Humanitas Buenos Aires 1971. Rio de Janeiro.
24. TREKER, Harloigh, B. Nuevos Conceptos Administrativos para los Servicios de Comunidad y Desarrollo Social. Bibliografía Omega, Buenos Aires 1974.
25. VELEZ, Norman  
CORRERO, Jaime  
RESTREPO, Jorge Fundamentos de Medicina. Universidad de Antioquia Col. 1971.
26. WEINSTEIN, Luis Salud Mental y Proceso de Cambio. Editorial Ezer. Buenos Aires 1973
27. WISCHNER, Israel Neurología Clínica 5a. Edición Intermontana. S.A. 1.935