

CONTRIBUCIÓN A LA COMPRESIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN EL PROCESO DE REHABILITACION DEL DISCAPACITADO EXPERIENCIA EN APARATO LOCOMOTOR

Carlos Camasca Francia

I. INTRODUCCIÓN

Trabajo Social en el proceso de Rehabilitación del Discapacitado - Experiencias en aparato locomotor, es producto de la observación y práctica social directa de 15 meses de trabajo social desarrolladas en el Instituto Nacional de Rehabilitación. En ella pretendemos someter a debate un conjunto de reflexiones en torno al quehacer del trabajo social en salud, específicamente en el servicio especializado de rehabilitación del paciente discapacitado y la importante participación de su entorno familiar. Es el caso mencionar que en el diario desarrollo del ejercicio profesional de los trabajadores sociales en el servicio de rehabilitación del discapacitado se suceden unos a otros capítulos de los cuales rescatamos lo que a nuestro criterio constituye lo más importante, con el propósito de confrontarlos críticamente con las nociones, conceptos y categorías de la teoría general de las ciencias sociales y los conceptos de la teoría específica del trabajo social, cuya finalidad es extraer de ellas valiosas conclusiones que sirvan para retroalimentar y redimensionar el contenido teórico del trabajo social y consecuentemente su práctica profesional adquiera niveles óptimos de calidad, eficacia y eficiencia, puestas al servicio del proceso integral de rehabilitación del paciente discapacitado.

La experiencia adquirida en el tratamiento social de la problemática social de pacientes parapléjicos y cuadripléjicos y sus repercusiones en su entorno familiar tratamiento social especializado fue posible gracias al apoyo del equipo multidisciplinario de la salud, entre los cuales destacamos la activa participación de las trabajadoras sociales del Instituto Nacional de Rehabilitación. □

mismo, que al ser asimilado posibilitó efectuar un conjunto de acciones sociales, en torno a su eje central constituido por el Plan de Tratamiento Integral de Rehabilitación del Paciente Discapacitado. Dentro de ellas podemos mencionar: las evaluaciones diagnósticas, el plan de tratamiento social, el seguimiento de casos sociales, etc., desarrollando el esfuerzo necesario que la realidad nos demandaba, para que nuestro accionar se desarrolle lo más objetiva posible, sin que esto signifique actuar al margen de la política social de la institución.

En el proceso de rehabilitación integral del paciente discapacitado, además de los profesionales de la salud, también participan los familiares de los pacientes, por lo que consideramos necesario relevar la participación de estos últimos, quienes a pesar de la grave crisis económica social que padecen, demuestran una fortaleza admirable expresadas en acciones solidarias para con sus pacientes, afrontando la serie de exigencias que demanda su rehabilitación. Esta participación activa de la familia en el proceso de *rehabilitación constituye el soporte base en torno al cual gira el accionar del trabajo social, desde la entrevista social inicial, el estudio de casos, las orientaciones sociales, la visita domiciliaria, el ingreso y egreso del servicio de hospitalización, etc.* Por lo expuesto, consideramos que propiciar una conciencia de participación responsable en todas las gestiones directas y colaterales que exija la rehabilitación del paciente discapacitado, tales como por ejemplo: las interconsultas, obtención de medicinas, consecución de albergues y/o vivienda cercanas al instituto, el adiestramiento en los cuidados al paciente y las acciones profilácticas necesarias, etc., deviene en una acción prioritaria en el accionar de los profesionales del trabajo social habida cuenta que el éxito de la misma está en íntima relación con el éxito del proceso de rehabilitación del paciente discapacitado. Por otro lado es importante destacar que el equipo multidisciplinario de rehabilitación del paciente discapacitado abriga la esperanza de que lo que se enseña a los familiares sirva en la práctica para que en sus hogares puedan contribuir al éxito del desarrollo del plan de rehabilitación del paciente discapacitado.

La experiencia adquirida en el servicio de consulta ambulatoria a pacientes que presentaban patologías de lenguaje, aprendizaje, psicomotor, locomotor y retardo mental, posibilitó ampliar nuestros conocimientos en torno a la problemática socio-familiar del paciente, apreciándose con nitidez la estrecha e íntima relación entre las variables: social-salud-enfermedad, así por ejemplo hemos podido apreciar con mayor claridad que, *diagnósticos de problemas de aprendizaje y lenguaje de origen genético también encuentran sus causas en factores sociopáticos y estos a su vez se explican por causas económicas-sociales que subyacen en la base de la problemática social.* Por otro lado, para algunos intelectuales de las ciencias médicas existe una clara relación entre *retardo mental y cierto grado de desnutrición, cuyas causas son básicamente de origen social.* Asimismo, los problemas de salud tales como las amputaciones, *retardo en el desarrollo psicomotor, las torsiones, etc.* Son originados -no todos- por causas de tipo político-social, sea la guerra interna (el terrorismo), la guerra externa (conflicto con el Ecuador y su política de colocación de minas antipersonales en la frontera Peruano-Ecuatoriana), la carencia de orientación y control pre y post natal, incluido la negligencia en el parto, etc. Relevamos lo descrito líneas arriba por cuanto consideramos que muchas de las causas de problemas de discapacidad, son evitables, si es que pudiéramos en práctica una agresiva política de prevención, promoción y educación social.

II.-TRABAJO SOCIAL Y REHABILITACIÓN

LA CALIFICACIÓN ECONÓMICA SOCIAL: FUNCIÓN IMPORTANTE DEL TRABAJADOR SOCIAL EN REHABILITACIÓN

La calificación económica-social, es parte de la política social de la Institución y significa el establecimiento de tarifas subsidiadas, de modo tal que el discapacitado que no cuenta con recursos económicos para iniciar su tratamiento de rehabilitación pueda efectivamente rehabilitarse mediante las facilidades que le brinda la política social en mención. Esta calificación la efectúa el trabajador social y es una de sus funciones básicas en el servicio de rehabilitación y consiste en fijar al paciente una determinada clave social (tarifa), sea clave A, B y/o C, es decir: tarifas altas, medias o bajas. Pero, bueno es señalar que la elaboración de la tarifa en mención está a cargo de un equipo técnico, quienes mediante el manejo de criterios técnico-financieros y en ocasiones sociales estructuran la tarifa matriz a aplicarse en un período determinado.

¿Con qué criterios el trabajador social aplica al paciente tal o cuál tarifa?

Consideramos que la crisis económica del país a traído como consecuencia un mayor empobrecimiento de grandes sectores de la población: al grado, de cuasi desaparecer la llamada clase media y polarizar la sociedad en dos grandes clases sociales: ricos y pobres, de donde provienen los pacientes, por lo que es pertinente efectuar la EVALUACIÓN SOCIAL correspondiente a cargo del trabajador social, el mismo que por su formación profesional, antecedentes e idoneidad tiene la responsabilidad de optar entre una u otra clave económica, de conformidad al resultado de su evaluación social evitando perjudicar al paciente con el pago de una tarifa no acorde a sus posibilidades y también perjudicar a la Institución fijando tarifas bajas a pacientes que pueden afrontar los gastos reales de su rehabilitación.

Ahora bien, cómo se efectúa dicha calificación económica-social: acaso en atención a un palpito, una corazonada, al modo de vestir del paciente y familia, a las joyas que portan los mismos. Al lugar de residencia, por el credo que profesa, el color de la piel o por la recomendación de alguna autoridad civil, política, etc. No, ninguna de las razones descritas. Esta se efectúa a través de un riguroso ESTUDIO SOCIAL, es decir vía el análisis y comparación de variables, tales como: la composición de la familia, sus ingresos y egresos diarios, semanales y/o mensuales, la tenencia de la vivienda propia, alquilada y/o alojado y las condiciones de la misma. La educación familiar, la salud de los demás componentes familiares, el trabajo del paciente y familia; estabilidad, eventualidad, etc. Variables que debidamente analizadas e interrelacionadas a la luz de la coyuntura económica social de la realidad nacional en lo general y de la coyuntura financiera de la Institución en particular -además del tipo de limitación física del paciente y el plan de tratamiento y la duración del mismo- nos permitirá fijar la clave social al paciente.

En suma: enfermedad (diagnóstico, plan de tratamiento y duración del proceso de rehabilitación, etc.), la capacidad económica (ingresos y egresos económicos de la familia), realidad nacional (inflación, recesión, devaluación, etc.), realidad institucional (política social e institucional y proyectos de desarrollo, etc), todas estas variables correctamente compulsadas por el trabajador social, de modo tal que al relacionar los criterios técnicos descritos y su sensibilidad humana, se

obtenga como resultado una justa calificación económica-social del paciente, permitiendo que éste pueda iniciar y culminar su proceso de rehabilitación y la institución cumplir con alcanzar su misión y objetivos institucionales.

Ahora bien, el ESTUDIO SOCIAL de la referencia, en la práctica se objetiviza a través del uso de instrumentos valederos, tal como la visita social de carácter extramural (domiciliaria, centro educativo y laboral, etc), donde el trabajador social aplica en forma aguda las técnicas de observación y la entrevista por ejemplo. Esta última, evidencia sobremanera que el lenguaje es el principal instrumento para la realización de la práctica social de los trabajadores sociales. Asimismo, producto de la alta demanda de rehabilitación integral por parte de pacientes discapacitados, resulta ciertamente imposible cumplir con el requisito de visitar a todos los pacientes, constituyendo precisamente una de las principales limitaciones para el desarrollo objetivo de nuestra práctica técnico-profesional exponiéndonos a la sistematización de subjetivos informes sociales, que tienden a perjudicar en cadena al trabajador social, al paciente discapacitado, al plan de rehabilitación integral y a la propia institución. Habida cuenta, que con subjetivos informes sociales, es materialmente imposible alcanzar el éxito del proceso de rehabilitación integral o propiamente alcanzar los objetivos principales del mismo.

ROL DE TRABAJO SOCIAL EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN REHABILITACIÓN.

El médico rehabilitador, la enfermera, los terapeutas físicos y ocupacionales (tecnólogos médicos), el psicólogo, el rehabilitador profesional y el trabajador social conforman el equipo multidisciplinario de la salud que trabajan en el servicio de hospitalización del Instituto de Rehabilitación. Sobre el ROL PROFESIONAL del último de los mencionados nos ocuparemos a continuación, esto es: funciones, metodología, perspectiva y limitaciones.

El trabajo social dentro del equipo multidisciplinario constituye una válida alternativa para la atención de las múltiples necesidades sociales del paciente y familia, sea ésta en su etapa pre-inter y post hospitalización, vía el ejercicio de una serie de acciones, tareas, actividades y/o coordinaciones sociales, cuyo propósito básico es contribuir al desarrollo y éxito del proceso de rehabilitación integral del discapacitado. Esta labor que tiene como misión fundamental el de garantizar que el paciente discapacitado inicie y culmine en forma exitosa su rehabilitación, nos lleva a desarrollar un conjunto de coordinaciones inter y extra institucional, pudiendo mencionar las siguientes: 1) Gestionar alquiler de cuarto para vivienda del paciente en lugar cerca al instituto. 2) Programación del paciente para el apoyo alimenticio mientras dure el tratamiento de rehabilitación. 3) Gestión para la obtención de medicinas donadas. 4) Solicitudes de apoyo económico para el pago del costo mínimo de los aparatos biomecánicos, ejemplo: soportes, corset, etc. 5) Coordinación para obtener apoyo con ambulancias. 6) Coordinaciones con conventos, casahogares, albergues, etc. Para la instalación del paciente a su egreso. 7) Coordinaciones con la familia del paciente a efecto de que cumpla con sus compromisos: pagos de derechos de alquiler de silla de ruedas, exámenes de laboratorio, radiografías, etc. 8) Coordinaciones con la iglesia, organismos gremiales, las direcciones de bienestar social de las universidades. 9) Coordinaciones para interconsultas médicas, sea en el IPSS u otra institución especializada. 10) Coordinaciones con los otros servicios al interior del instituto: servicio de biomecánica, farmacia, oficina de patrimonio, etc. 11) Participación en reuniones técnicas entre trabajadores sociales al interior del

equipo multidisciplinario. 12) Atención de casos sociales y determinación de claves sociales. 13) Elaboración de informes sociales, estadísticas, etc.

El ejercicio profesional del trabajador social es un activo agente en pro de la rehabilitación del discapacitado, por cuanto interviene desde la etapa *pre-hospitalaria*, mediante el estudio y calificación del caso social, brindando orientación y consejería familiar, etc., *etapa inter-hospitalaria*, desarrollando sucesivas entrevistas sociales, coordinaciones para efectuar radiografías, interconsultas, exoneraciones, exámenes y visitas domiciliarias, etc., *etapa post-hospitalaria*, mediante el seguimiento de caso social entrevistando a paciente en forma periódica y ambulatoria, etc.

No obstante lo descrito, en ocasiones se deja escuchar críticas al accionar de los trabajadores sociales, acusándonos de desarrollar un trabajo no técnico y pretendiendo responsabilizar de la "mala" gestión que sucede en el equipo multidisciplinario, porque si no se logra una ambulancia oportuna, si la familia no paga sus obligaciones económicas puntualmente, si el servicio de biomecánica incumple con la entrega del aparato ortopédico, si no hay medicinas, etc., se pretende responsabilizar al trabajador social, como si de éste dependiera si y sólo si el obtener tal o cual propósito.

Consideramos que el servicio de hospitalización es un servicio especializado y no por ello justifica que se recargue la labor del trabajador social y menos aún cuando esta procede de personal que desconoce la teoría y práctica del trabajo social y que sin un criterio técnico-profesional pretende limitar el accionar de los trabajadores sociales por un lado y por otra se pretende que desarrollemos funciones para las cuales nunca fuimos formados.

Como funciones de los trabajadores sociales en el servicio de hospitalización tenemos las siguientes: **a) FUNCIÓN DE EDUCACIÓN FAMILIAR.** - Cuya finalidad es hacer tomar conciencia sobre : 1. Deberes de la familia para con el paciente y la Institución. 2. Derechos del paciente y la familia. 3. Plan de tratamiento y el proceso de la rehabilitación. 4. Filosofía, objetivos y metas de la rehabilitación. 5. Importancia de la familia en el proceso de rehabilitación, etc. **b) FUNCIÓN DE ORGANIZACIÓN DE LA FAMILIA.** - Cuya finalidad es obtener el apoyo para: 1. Gestión de inter-consultas médicas. 2. Apoyo en la consecución de ambulancias. 3. Recaudar fondos pro-rehabilitación. 4. Solicitud y obtención de medicinas. etc. **c) FUNCIÓN DE ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA.** - Cuya finalidad es mantener informado a la familia en torno a: 1. Horarios, costos, ventajas, etc., de los diversos servicios que brinda la institución. 2. Limitaciones físicas del paciente. 3. Período de duración del proceso de rehabilitación. 4. Alquiler de silla de ruedas. 5. Importancias de las terapias: físicas, ocupacionales y rehabilitación profesional. 6. Asistencia puntual al servicio de psicología y servicio social, etc. **d) FUNCIÓN DE ASISTENCIA SOCIAL.** - Cuyo propósito es: 1. Gestionar donaciones (Cruz Roja Internacional). Organismos filantrópicos, etc. 2. Coordinación a fin de que se establezcan convenios a favor de la rehabilitación del paciente. 3. Desarrollar estudios sociales (clave social). 4. Solicitar posibilidad de exoneración parcial y/o total etc. **e). FUNCIÓN DE ADMINISTRACIÓN.** - Cuyo propósito es: 1. Elaborar Informes Sociales. 2. Solicitar exoneración parcial y/o total etc. 3. Elaborar informes periódicos, de tipo cuantitativo y cualitativo. 4. Elaborar planes, programas y proyectos, etc. **f). FUNCIÓN DE INVESTIGACIÓN SOCIAL.** - Con el propósito de: 1. Efectuar estudios de casos sociales. 2. Efectuar estudios socio-económicos sobre la realidad del paciente y familia. 3.

Establecer estudios que relacione la realidad nacional y la problemática de los discapacitados. 4. Sistematizar la problemática social de los impedidos. 5. Desarrollar una política de bienestar social del discapacitado, etc.

La *metodología* a emplear será fundamentalmente el método de caso social, la dinámica de grupos, pero sobre la base de una concepción científica del mundo, que nos permita aplicar el proceso metodológico siguiente: estudio-diagnóstico, programación-ejecución, evaluación-sistematización. Pero, sin descartar el empleo de métodos particulares a saber: análisis y síntesis, inducción y deducción.

En cuanto a las limitaciones del desarrollo del ejercicio profesional de los trabajadores sociales en el proceso de rehabilitación podemos mencionar las siguientes: se suele trabajar sin planes de trabajo específicos, deviniendo nuestra práctica en un activismo y voluntarismo, que es aprovechado por otros profesionales de la salud para restar méritos técnico-profesional a la labor que desarrollan los trabajadores sociales. También, constituye una limitación, la imposibilidad de efectuar visitas domiciliarias a los casos sociales, que significan los pacientes discapacitados, ocasionando que nuestros informes sociales tengan un carácter subjetivo, en muchos de los casos.

En cuanto a las perspectivas del trabajo social en el servicio de hospitalización en rehabilitación, creemos que en un plazo perentorio sea el que impulse un conjunto de actividades tendientes al logro del bienestar social del discapacitado pero, siempre con propósitos, objetivos y metas precisas, expresadas en planes, programas y proyectos orientados al logro del bienestar social del discapacitado.

Finalmente, a modo de comentario crítico consideramos que es necesario que los trabajadores sociales evitemos que nuestra profesión se convierta en un ente profesional de carácter *purumédico*, esto significaría retroceder en la historia del trabajo social a la etapa de sus albores. Circunstancias que se evitaría a través de una clara comprensión de su perfil profesional, en la que exprese con claridad los objetivos, metas y metodologías a emplear y una comprensión objetiva de la realidad económica-social y política por la que atraviesa el país. Debemos ser profesionales capaces de desarrollar el rol de promotores sociales del discapacitado y correspondiente familia, brindando bienestar social a través de la asistencia social: paliativa, preventiva y promocional, *sin caer en el asistencialismo y el paternalismo*. El primero, porque su práctica se sustenta en la pretensión de solucionar los problemas sociales a través del tratamiento de los mismos, en sus niveles coyunturales o efectos, sin considerar su base causal o estructural. Este proceder ha generado y de seguro seguirá generando dividendos económicos-políticos a los individuos y/o gobiernos que la practican. Pero, en el caso de la práctica social de los trabajadores sociales en el Instituto de Rehabilitación propicia una contradicción entre la visión-misión-objetivos y metas de la institución y la visión-misión-objetivos y metas del servicio social, como si éste último fuese un ente aparte o independiente de la primera y no precisamente parte integrante de la misma. En otras palabras, mientras que la política institucional se dirige hacia la autogestión y modernización, el servicio social con su práctica asistencialista, deviene en una traba objetiva de la misma. Por ello, nos ratificamos en nuestro cuestionamiento al asistencialismo como práctica social de los trabajadores sociales y nos afirmamos en el desarrollo de un trabajo social altamente técnico, con un claro perfil preventivo-promocional, como forma de asistencia social. Sin embar-

go, lo grave resulta la continuación de la práctica antes citada, sin un fundamento técnico-científico, el cual, constituye la base para pretender desvalorizar el accionar de los trabajadores sociales y sirve de base también para que ulteriormente se genere una corriente de opinión con tendencia a minimizar nuestro accionar profesional. El segundo, porque su práctica social se fundamenta en la pretensión de reemplazar a nuestro objeto de atención social en el conocimiento y tratamiento de su propia discapacidad en nuestro caso, práctica de por sí negativa, por que impide el conocimiento y participación del paciente discapacitado en las limitaciones y proyecciones de rehabilitación de su discapacidad. Además de la educación familiar, propiciando la solidaridad y la Integración familiar en pro de la rehabilitación del paciente. Asimismo establecer una adecuada relación *de coordinación y trabajo con los otros profesionales de la salud al interior del equipo multidisciplinario, evitando caer en la dependencia, la anarquía laboral, la improvisación y el trabajo anti técnico-profesional que signifique rebajar nuestro nivel profesional al de un mero servicio*, para lo cual debemos tener una objetiva visión, misión, objetivos y metas, enmarcados dentro de una concepción filosófica científica de la sociedad, que aporte su metodología de intervención profesional, expresadas en planes, programas y proyectos que nos permita cumplir nuestras funciones profesionales en forma eficiente y eficaz. Superando de este modo el mero servicio por un trabajo social altamente especializado.

LA REHABILITACION INTEGRAL DEL DISCAPACITADO

La rehabilitación integral del paciente discapacitado significa el uso de medidas de diversas cualidades, a saber: médica, ocupacional, profesional y social. Con el propósito de *ayudar al discapacitado a aceptar su limitación, a utilizar sus posibilidades para ser más independiente, a convertirse en un ser útil a su familia y sobretodo a servir activamente a la sociedad*. Ahora bien, este proceso de rehabilitación que incluye: los esfuerzos dirigidos a conseguir la restauración de las capacidades físicas o funcionales, sensoriales y mentales de la persona discapacitada, que posibilitará al paciente la recuperación gradual, parcial o total de las funciones del órgano discapacitado y según sea el caso colocará al paciente en inmejorables condiciones para el ejercicio de las actividades de la vida diaria. Para el logro de tales propósitos es necesario el ejercicio de medidas de rehabilitación médica o física. La preparación del paciente discapacitado para el ejercicio laboral o propiamente del trabajo, hace necesario la puesta en práctica de una serie de terapias ocupacionales, tendientes a la incorporación del discapacitado al seno de la sociedad. Este suministro de servicios profesionales, especialmente de orientación profesional y colocación laboral, destinados a permitir que la persona obtenga y tenga un empleo adecuado, será posible a través del ejercicio de medidas de rehabilitación ocupacional y/o profesional. Las acciones tendientes a la inserción exitosa del paciente discapacitado al seno de la sociedad, requiere que se eliminen las barreras arquitectónicas y pueda el discapacitado desplazarse sin dificultad por las arterias de la ciudad, ingresar y salir de las diversas instituciones civiles públicas y privadas, tales como municipios, ministerios, iglesia, universidades, etc. Asimismo, estar en condiciones de poder hacer uso de los diversos servicios que dichas instituciones brindan. Además de contar con la promoción adecuada para la incorporación a los centros laborales, educativos, deportivos y desarrollar una campaña de difusión al interior de la comunidad en torno a los derechos del discapacitado de modo tal que se pueda construir una conciencia de respeto hacia la persona del discapacitado. Para finalmente posibilitar a éste último la oportunidad para el desarrollo de sus iniciativas en las mismas condiciones que los demás ciudadanos, esto es, con acceso a la participación en las diversas manifestaciones de la vida, tales como la actividad científica y profesional, además de las expresiones artísticas, las actividades recreativas y deportivas,

ser sujetos capaces de participar en la vida laboral, empresarial (micro y pequeña empresa) en forma exitosa. En resumen, es imperativo que la sociedad elimine sus barreras arquitectónicas, genere una conciencia cívica de respeto y solidaridad para con el discapacitado y se aperturen una serie de acciones de carácter preventivo-promocional y por supuesto brindar toda la ayuda necesaria para su adaptación a las exigencias de la vida familiar, contribuyendo a la reducción de su problemática social y económica, vía el ejercicio de medidas de rehabilitación social. En la práctica este conjunto de medidas médicas, sociales, educacionales y vocacionales se desarrollan en forma combinada y coordinada, con la finalidad de que el discapacitado alcance su más alto nivel funcional y su pronta integración a la sociedad.

El proceso de rehabilitación integral del paciente discapacitado, deberá ser ejecutado por un equipo multidisciplinario, entre los cuales, además de los médicos especialistas en rehabilitación, tenemos a los tecnólogos médicos (terapeutas físicos y ocupacionales), enfermeras, psicólogos, educadores especiales, los trabajadores sociales, etc. Estos últimos para el desarrollo de sus capacidades técnico-profesionales necesitan adquirir determinados conocimientos que les posibilite comprender e interpretar una historia clínica determinada y para que ello ocurra en forma exitosa es imperativo que éste conozca y domine la terminología médica especializada, además de los diferentes diagnósticos según sea el tipo de patología, las características y magnitudes de los mismos, así como también los conceptos y la filosofía de la rehabilitación, etc., hechos que posibilitarán conocer los alcances, niveles y metas de la rehabilitación del paciente, dependiendo del tipo de discapacidad y del grado de la lesión sufrida. Todo este bagaje de conocimientos hace que la intervención profesional de los trabajadores sociales en el servicio de rehabilitación integral del paciente discapacitado, se torne especial, de modo tal que sin una preparación antelada, es materialmente imposible incursionar con éxito en este tipo de realidades. Por ello se torna imperativo que el profesional del trabajo social se familiarice previamente con los conocimientos de la medicina física de rehabilitación, la fisiología humana, psicología y tecnología médica. Además de los conocimientos de la administración y gerencia en servicios de salud, el planeamiento estratégico, etc., que aunado a los conocimientos básicos del servicio social, posibilitará incursionar eficiente y eficazmente en el quehacer del trabajo social en la rehabilitación del discapacitado, toda vez que se estaría en la capacidad de comprender el plan de tratamiento médico y sobre esa base estar en condiciones de elaborar el plan de tratamiento de rehabilitación social en un primer momento y posteriormente plantear acciones de trabajo social que posibiliten sistematizar y elevar a nuevos niveles la teoría y la práctica del trabajo social, por ello es necesario que los profesionales del trabajo social en rehabilitación continúen sistematizando su práctica profesional, de modo tal que pueda ser retransmitida a los trabajadores sociales profanos en la materia y también dentro de la comunidad interesada, sea los centros de formación superior, las escuelas, facultades de ciencias sociales, institutos armados, etc., generando de este modo los cuadros profesionales respectivos que posibilitará no sólo el recambio prospectivo de los profesionales del trabajo social, si no fundamentalmente que conllevará a crear las condiciones para que la teoría y la práctica del trabajo social en rehabilitación alcance superiores niveles teóricos y de aplicación práctica.

La rehabilitación social en tanto parte integrante del proceso de rehabilitación se desarrolla en forma objetiva en una realidad social y económica que nos interesa revisar, al menos en sus aspectos más relevantes, a saber: 1.- *El hambre y la pobreza*, siendo evidentes los datos que refieren los altos índices de malnutrición, desnutrición, morbi-mortalidad infantil y cuyas secuelas bio-psico-sociales adquieren carácter de irreversible. De este modo se perpetúan las condiciones para

el deterioro de la salud; 2.- *El centralismo*, en la medida que Lima la capital del país siga siendo el centro de poder económico, político-administrativo y social, siempre las grandes mayorías del interior del país se verán afectadas por su desatención oportuna, así tenemos por ejemplo que el traslado de un paciente de una localidad lejana a la capital, por lo oneroso de su costo resulta en la práctica materialmente imposible. Por lo demás, es limitada la difusión de datos sobre cantidad y calidad del tipo de discapacidad físico, sensorial y mental existente en el país, de este modo se torna estéril todo esfuerzo unilateral que se ejecute para superar este mal, debido en lo fundamental a la carencia de una información adecuada, sistemática y actualizada, lo que impide que se establezcan programas agresivos de rehabilitación de cobertura nacional, sea por falta de recursos humanos, tecnológicos y económicos-financieros; 3.- *Conciencia cívica y solidaria*. El individualismo y la indiferencia frente a la problemática de nuestros semejantes nos caracteriza. Las acciones solidarias constituyen la excepción; en la actualidad se vive una marcada informalidad social expresadas desde que el simple peatón atraviesa una avenida en forma indebida, el conductor que no respeta las reglas de tránsito, el dispensador de fármacos que expende medicinas prohibidas, instituciones públicas y privadas que presentan sendas barreras arquitectónicas, la inasistencia de una adecuada, constante y oportuna educación, etc.; 4.- *La política y la violencia*. La prolongada guerra interna (terrorismo), la guerra externa (conflictos con el Ecuador) y sus secuelas de muerte, lisiados y desorganización familiar, en donde el estado de pobreza y miseria ha colocado a la ciudadanía en condición de sobrevivencia, las leyes aprobadas a favor del discapacitado, en la práctica se convierten en letra muerta con el transcurrir de los días, debido a que éstas no se acompañan con acciones socio-educativas, cívicas, culturales y sobretodo condiciones estructurales para su implementación, esto es la superación de la crisis económica y secuela, a través de la producción de bienes materiales. 5.- *La familia y su problemática* experimenta a nivel micro-social las mismas perturbaciones que padece la sociedad en su conjunto. Así tenemos la angustia y desesperación por falta de poder adquisitivo que impide atender la salud sea en la etapa de evaluación, terapias o adquisición de ayudas biomecánicas. Familias con alta composición familiar, con padres despedidos o trabajos informales, agravada por la presencia de enfermedades sociales tales como el tabaquismo, el alcoholismo y la drogadicción, etc., que dentro del marco de una vivienda carente de los servicios básicos de salubridad e higiene, con relaciones humanas de predominio machista, infidelidad conyugal, abandono familiar y con prácticas de violencia familiar (maltrato al niño, la mujer y el anciano), además de la alienación cultural que propicia el amibismo y la vergüenza ante la realidad social, genera en su conjunto un cuadro inadecuado o desfavorable para la rehabilitación del impedido y familia. Convirtiéndose de este modo en un verdadero reto para los trabajadores sociales el enfrentar esta realidad.

Los programas de integración a la sociedad requiere se contemple los aspectos siguientes:

Diagnóstico de la realidad del discapacitado, a través de la investigación social o la integración de equipos de investigación social multidisciplinario que auscultan la realidad del paciente discapacitado y familia en todos sus aspectos.

Elaboración de programas de bienestar social, tendientes a la búsqueda del equilibrio bio-psico-social del paciente impedido y familia, que comprenda los aspectos asistenciales: paliativas, promocionales y preventivas. La promoción socio-educativa y cultural, además de la promoción laboral, vía la producción artesanal e industrial (talleres ocupacionales, micro empresas).

Establecer una política de convenios, con el sector privado, cuya finalidad sea obtener el apoyo económico-financiero y tecnológico. Además que sirva para la colocación de la mano de obra que representa el discapacitado.

Realización de campañas cívicas y de solidaridad permanente con el propósito de difundir la problemática sociocultural y laboral del discapacitado y genere conciencia solidaria que se exprese en determinados niveles de organización vecinal, apoyo que redundará en beneficio del paciente discapacitado y familia, sea vía el esparcimiento, deporte, educación y la cultura.

Sistematización de políticas de bienestar social del discapacitado-familia y su correspondiente difusión, cartillas informativas, elaboración y desarrollo de manuales, separatas, monografías y tesis.

Realizar eventos académicos-profesionales, que propicien la retroalimentación en la información técnico profesional: perfil teórico-metodológico, visión, misión, objetivos y metas, etc.

Realizar programas de integración que cuente con la participación organizada y coordinada de la escuela, universidad, municipalidad, organismos no gubernamentales, la empresa privada, el estado, la iglesia, los gremios sindicales y profesionales, los colegios profesionales, la prensa, etc. De modo tal que en forma conjunta se desarrollen acciones tendientes al logro del bienestar social del discapacitado y su familia.

En la hospitalización desarrollar todas las gestiones, coordinaciones y sugerencias-solicitudes ante las autoridades correspondientes a fin de contribuir a la pronta rehabilitación del paciente discapacitado.

En la familia: informar, organizar, etc. partiendo del principio de ayudar para que se autoayuden, de este modo, de una familia pasiva obtendremos una familia activa con participación en el proceso de rehabilitación. Evitando caer en el asistencialismo y el paternalismo.

REFLEXIONES FINALES

LA FAMILIA EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN

La familia de los discapacitados por lo general participan en la rehabilitación del paciente discapacitado, en cualesquiera de las etapas que ésta se encuentra, sin embargo la participación de las familias de los pacientes discapacitados en el instituto tiene una intervención cuyo carácter es básicamente de tipo eventual por cuanto no cuenta con un cauce orgánico que posibilite su participación con mejores resultados, notándose en algunos galenos el énfasis en otorgar a los fármacos toda la responsabilidad de la rehabilitación y por ello pretenden reducir la participación de la familia a la mera compra de medicinas. En verdad, es necesario la promoción de la importancia de la participación activa de las familias, como apoyo del equipo multidisciplinario de la salud. El denominado cauce orgánico debe interpretarse como la formación y aplicación de

programas y proyectos sociales que debidamente estructurados y planteados posibiliten ganar para el proceso de la rehabilitación a otro importante componente, que bien podría aportar su valiosa energía, la cual correctamente utilizada contribuiría sobremedida al proceso integral de rehabilitación.

Un hecho digno de resaltar es que a medida que la crisis general que padece el país golpea más y más a la sufrida y desesperante clase popular, generando encarecimiento del costo de vida y haciendo casi imposible atender la salud por lo oneroso de las medicinas o porque el tratamiento de por sí les resulta imposible afrontarlos, dando como consecuencia su alejamiento de los centros hospitalarios dentro del cual incluimos al Instituto de Rehabilitación. En otras palabras a más crisis los pacientes sin recursos económicos ven disminuidos sus posibilidades de rehabilitarse y ello debido, en lo fundamental, a la pobreza en que se encuentra inmersos, haciéndoseles imposible costear los gastos de consulta, medicina, terapia física u ocupacional, adquisición de aparatos biomecánicos, etc. Frente a tal eventualidad es necesario que se elaboren fórmulas auto gestionarias: atención y pago mediante servicios múltiples, además de dar un mayor énfasis en el trabajo de proyección a la comunidad.

Relacionados a la rehabilitación del paciente observamos diversos fenómenos de cualidades diferentes dignos de mención, a saber: la férrea creencia en que sus males o son un castigo de Dios o le han hecho brujería que con fe es posible rehabilitarse. Además, observamos la presencia de expresiones de tipo machista que dificultan el tratamiento de rehabilitación. Tampoco están ausente los hueseros, la concurrencia a los curanderos, muchos de ellos falsos curanderos que en su propósito de ganar dinero ofrecen rehabilitar a sus "pacientes" sabiendo que no están capacitados para este ejercicio médico social. Tampoco se descarta el uso de plantas medicinales, etc. Todo esto se menciona porque forma parte de las creencias, costumbres e idiosincrasia de nuestro pueblo y que las familias reproducen día a día por lo que se hace necesario elaborar programas de carácter socio-educativas y proyectos de investigación social con la finalidad de conocer cuantitativa y cualitativamente las dimensiones y características de éste fenómeno social.

EL TRABAJO SOCIAL EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN

Es frecuente observar la existencia de colegas del trabajo social que desarrollan su quehacer profesional sin observar los lineamientos de un plan de trabajo social en un determinado período. Este accionar empírico demostrado en el ejercicio profesional, sin objetivos claros, metas precisas y metodología apropiada, en la práctica reduce nuestro accionar profesional al de un mero *servicio paramédico*. Es decir, de una disciplina o tecnología social pasamos a ser una suerte de mero servicio, desvalorizando nuestra profesión. Fenómeno que ocurre porque se desconoce el perfil teórico-metodológico, tradición e historia y por la carencia de una definida identificación con el trabajo social y la necesidad de su defensa.

Por lo observado, se sugiere desarrollar en forma permanente *eventos de sistematización teórica* e intercambios de experiencia entre los profesionales del trabajo social y muy especialmente entre aquellos que laboran en instituciones especializadas como es el Instituto Nacional de Rehabilitación.

En nuestro medio de formación profesional no existe la formación de tipo especializado, pero es sumamente necesario que para determinadas realidades como en el caso del ejercicio en rehabilita-

ción se exige especialización de parte de los trabajadores sociales, por cuanto la información adquirida en los centros de formación superior no es suficiente para desenvolverse dentro de campos donde el objeto de atención social y su problemática adquieren características peculiares, especiales, que *demandan del profesional del trabajo social una información y formación especial*, etc. Por lo expuesto es necesario que los colegas del trabajo social reciban un entrenamiento especial para su incorporación al tratamiento de casos sociales en rehabilitación, que bien podrían ser implementados inicialmente por los colegas de campo que reúnan la experiencia necesaria para esta práctica brindándose a la par a estos últimos la oportunidad para el ejercicio de la docencia y transmitan sus experiencias. Por otro lado: las prácticas pre-profesionales y los convenios con las universidades no deben dejar de implementarse, porque forman parte de nuestra retroalimentación.

Con el propósito de que los programas de bienestar social respondan en forma objetiva a las necesidades de los pacientes discapacitados es imperioso desarrollar permanentemente investigaciones sociales. Los proyectos de investigación social servirían para desarrollar la teoría del trabajo social, elaborar políticas de bienestar social, conocer cada vez mejor en forma objetiva la problemática social del discapacitado y familia.

CONCLUSIONES

El trabajo social tiene un carácter marcadamente asistencial y en no pocos casos su práctica a devenido en asistencialista y paternalista. Evidenciándose también la incoherencia entre unos planes de trabajos y otros, siendo frecuente los casos en que se trabaja por mera voluntad o como respuesta a una observación externa al servicio. En lo fundamental hemos experimentado el desarrollo de un trabajo social sin metas claras, servicio no coordinado e incoherentes sin responder a un plan de trabajo social integral *con objetivos y propósito* claramente delimitados, como respuesta a una política social del discapacitado.

El trabajo social en rehabilitación constituye un activo e importante agente del proceso de rehabilitación, su accionar se evidencia en todas las etapas de la hospitalización del paciente y en su tratamiento ambulatorio, cumpliendo funciones en pro de la rehabilitación del paciente discapacitado en estrecha coordinación con los miembros del equipo multidisciplinario de la salud.

La rehabilitación significa el uso de un conjunto de medidas de diversas cuatridades en donde las acciones de rehabilitación social juegan un importante rol conjuntamente con las acciones de rehabilitación médica, ocupacional y/o profesional en pro de la rehabilitación del paciente discapacitado.

La familia si bien es cierto que los profesionales del trabajo social conocemos y nos valemos del importante rol de apoyo y participación de la familia en el proceso de la rehabilitación del paciente, no menos cierto es que no hemos establecido los nexos formales entre ésta y la institución, que nos permita canalizar fluidamente su participación, ocasionando que este caudal de energía no sea aprovechada en su plena magnitud y postrándola en una especie de participación de carácter informal, que el trabajo social tiene el deber de superar.

La práctica de la investigación social en el trabajo social en rehabilitación es fundamental para la

elaboración y actualización de las políticas sociales en rehabilitación, las mismas que expresadas en planes, programas y proyectos de bienestar social contribuirán a elevar el nivel de vida de los pacientes y familiares. Asimismo, servirán para contribuir al desarrollo del conjunto de conocimientos de la teoría del trabajo social en particular y al conjunto de conocimiento de las ciencias sociales en general. En la práctica, nuestro accionar ha estado muy lejos de cumplir con ésta importante función. Centrando nuestro accionar en el "estudio de casos".

La experiencia del ejercicio profesional del trabajo social en rehabilitación nos ha enseñado de que es necesario la existencia de cierto grado de especialización del trabajador social para el ejercicio del quehacer profesional en rehabilitación. Para el cumplimiento de tal propósito es necesario que se implementen un conjunto de acciones tendientes a la actualización y especialización del trabajador social, en éste caso los llamados a contribuir con los colegas que se inicien en el ejercicio del trabajo social en rehabilitación son los propios trabajadores sociales de campo que con su experiencia de Trabajo Social en rehabilitación bien pueden contribuir en la especialización de sus colegas de profesión mediante el planteamiento de programas de capacitación y/o actualización.

La calificación económica social efectuada por los trabajadores sociales de campo en el Instituto Nacional de Rehabilitación se realiza con estricto rigor técnico, dejándose de lado los criterios subjetivos y no técnicos en su elaboración.

SUGERENCIAS

Proponemos que se formulen programas que tienda a dar cauce orgánico a la participación de la familia en el proceso de rehabilitación. El nombre a adoptar pueden ser diversos, pero la función que debe cumplir es la de apoyo al proceso de rehabilitación, para tal efecto es necesario desarrollar un programa de organización y reglamentación de la participación de la familia, en donde se implemente ciclo introductorio, información sobre las nociones básicas de la rehabilitación, los deberes y derechos de la familia, las limitaciones de su paciente, el plan de tratamiento, las formas de su participación e importancia en el proceso de rehabilitación, la visión, misión, objetivos y metas institucionales.

En aparato locomotor son diversos los temas dignos de investigación, particularmente en lo que atañe a los asuntos sociales, entre las que podemos mencionar tenemos: 1) Conocer la proporción de que hacen uso de la medicina tradicional: curanderos, hueseros, plantas medicinales, etc., en su rehabilitación, el grado, modalidades, costos, etc., 2) Establecer la relación entre la crisis económica-social y su repercusión en la continuidad de seguir tratamiento de rehabilitación. 3) El grado y diversidad de secuela que ha generado la guerra interna (terrorismo) y la guerra externa (conflicto con el Ecuador, propiamente los campos minados), 4) Diagnóstico social de las características básicas de la población objeto de atención social. 5) Acerca de las instituciones filantrópicas y de bienestar social, sus políticas, coberturas y demanda, entre otros datos, 6) El costo social y económico que significa para el paciente y familia su proceso de rehabilitación etc. Temas que debidamente relacionados e interrelacionados con el quehacer del trabajo social servirá para desarrollar la teoría del trabajo social en rehabilitación y posibilitará ampliar y mejorar nuestra práctica profesional en pro del paciente y familia.

La oficina de Trabajo Social en Rehabilitación debe desarrollar programas y convenios para la implementación de prácticas pre-profesionales, dirigidos a los estudiantes del 5to. Año de las Escuelas Académicas de Trabajo Social a fin de que se implemente cursos, seminarios y otros eventos dirigidos a los estudiante con la participación activa de los trabajadores sociales de campo. Asimismo a los colegas que se incorporen a servicios especializados como es rehabilitación deben seguir un ciclo de entrenamiento previo a su ejercicio profesional y finalmente los propios trabajadores sociales de campo son los llamados a sistematizar el contenido temático de los cursos especializados y ellos mismos, con la asesoría de docentes especializados dictarlos a la comunidad del trabajo social interesada.

Proponemos la creación de la oficina de bienestar social del discapacitado, la misma que como resultado de un objetivo diagnóstico social de la problemática social del impedido y sus familiares posibilite, la elaboración de políticas sociales claramente delimitados y objetivos que sirvan a la postre para la formulación de planes, programas y proyectos de bienestar social del impedido y familia, procurando en lo fundamental evitar caer en el asistencialismo y el paternalismo.