

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**EL ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL DENTRO DEL PROGRAMA
DE BAJA VISIÓN
(Caso Específico: Hospital de Ojos y Oídos “Dr. Rodolfo Robles” del
Benemérito Comité Pro-ciegos y Sordos de Guatemala)**

TESINA

Presentada a la Dirección de la
Escuela de Trabajo Social de la Universidad de
San Carlos de Guatemala

POR

DINA CORALIA JUÁREZ SANDOVAL

Previo a Conferírsele el Título de

TRABAJADORA SOCIAL

En el Grado Académico de

LICENCIADA

Guatemala, Septiembre de 2009

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Rector
Secretario

Lic. Carlos Estuardo Gálvez Barrios
Dr. Carlos Alvarado Cerezo

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Directora
Secretaria

Mtra. Mirna Aracely Bojórquez de Grajeda
Licda. Carolina de la Rosa de Martínez

CONSEJO DIRECTIVO

REPRESENTANTES DOCENTES

Maestra
Licenciado

Ada Priscila del Cid García
Cuautemoc Barreno Citalán

REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES

Maestra

María Eloisa Escobar Sandoval

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Estudiante
Estudiante

Urzula Patricia Zapeta Zepeda
José Ramón Oliva

TRIBUNAL EXAMINADOR

Directora
Secretaria
Coordinadora IIETS
Tutor – Revisor
Coordinadora de Área de Formación
Profesional Específica

Mtra. Mirna Aracely Bojórquez de Grajeda
Licda. Carolina de la Rosa de Martínez
Mtra. Ada Priscila del Cid García
Lic. Florencio de Jesús León Rodríguez
Licda. Carmen Maricela Mejía Giordano

“Los autores serán los responsables de las
opiniones y criterios expresados en sus obras”

Artículo 11 del Reglamento del Consejo Editorial de
La Universidad de San Carlos de Guatemala

DEDICO ESTE ACTO

A DIOS: En ti pondrán su confianza los que conocen tu nombre, porque tú, ¡Oh SEÑOR! no abandonas a los que te buscan. (Salmo 9:10)

A MIS PADRES: Miguel Ángel Juárez Juárez
Dinamarca Sandoval de Juárez
Que esta meta alcanzada sea una honra a su esfuerzo.

A MI ESPOSO: Sergio Danilo Argueta Batres
Por su amor.

A MIS HIJOS: Sergio Abraham y Pablo Danilo
Porque son la herencia que Dios me dio.

A MIS HERMANOS: Miguel Ángel y Brenda, Miguel y Sandra,
Abraham y Yadira.
Por su amor fraternal.

A MI SOBRINOS: Pamela y Pablo, José Miguel, Juan Pablo, Benjamín, Lizet Marie, Miguel y Ángel Abraham.

A MI FAMILIA EN GENERAL

AL MINISTERIO FAMILIAR

DEDICO ESTA TESINA

A MI BELLA GUATEMALA

A LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

AL BENEMÉRITO COMITÉ PRO CIEGOS Y SORDOS DE GUATEMALA

A LA LICENCIADA GEORGINA WELLMAN DE GAYTAN. Por su amistad y apoyo.

AL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DEL PROGRAMA DE BAJA VISIÓN. Dr. Byron Polanco, Yoli, Lucky, Evelyn y Auri, por la colaboración prestada para la realización de este trabajo.

AL LICENCIADO FLORENCIO LEÓN. Por su valiosa orientación y asesoría.

A LA LICENCIADA MARIA CLARA DÍAZ. Por su apoyo.

Y A TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE COLABORARON DE UNA U OTRA FORMA EN LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO.

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	i
CAPÍTULO 1	
MARCO TEÓRICO	1
1.1 Aspectos Conceptuales	1
1.1.1 Visión Normal	1
1.1.2 Salud Visual	1
1.1.3 ¿Qué es Baja Visión?	2
1.1.4 ¿Es lo mismo Baja Visión que Ceguera?	2
1.1.5 Causas que Desarrollan una Baja Visión	2
1.1.6 Visión Funcional	3
1.1.7 Ayudas Ópticas	3
1.1.8 Programa	3
1.1.9 La Familia	4
1.1.10 Trabajo Social	4
1.1.11 Situación Política, Económica y Social	5
1.2 Benemérito Comité Pro Ciegos y Sordos de Guatemala	6
1.2.1 División Médica	8
1.2.2 División de Educación y Rehabilitación	11
1.2.3 División Lotería Santa Lucía	12
1.2.4 División Administrativa Financiera	12
CAPÍTULO 2	
TRABAJO SOCIAL	13
2.1 Trabajo Social	13
2.2 Objetivos de Trabajo Social	14
2.3 Funciones del Trabajo Social	15
2.4 Trabajo Social de Grupos	16

2.4.1 Definición de Trabajo Social de Grupos	16
2.4.2 Definición de Grupo	16
2.4.3 Etapas de Desarrollo del Grupo	19
2.5 Trabajo Social de la División Médica	20
2.5.1 Objetivos	21
2.5.2 Funciones del Trabajo Social de la División Médica	21

CAPÍTULO 3

PROGRAMA DE BAJA VISIÓN 25

3.1 Procedimiento de atención al paciente dentro del Programa de Baja Visión	26
3.2 Funciones Actuales del Trabajo Social en el Programa de Baja Visión	28

CAPÍTULO 4

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS DE INVESTIGACIÓN DE CAMPO 30

CAPÍTULO 5

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL 39

5.1 Identificación del proyecto	39
5.2 Justificación	39
5.3 Objetivos	40
5.3.1 General	40
5.3.2 Específicos	40
5.4 Metas	41
5.5 Metodología	41
5.6 Recursos	41
5.6.1 Humanos	41
5.6.2 Materiales	42
5.6.3 Financieros	42
5.7 Evaluación	42

5.8 Cronograma de Actividades	43
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	46
BIBLIOGRAFÍA	47

INTRODUCCIÓN

En América Latina por cada millón de habitantes, hay un promedio de 5,000 ciegos y 20,000 personas con baja visión.

En el marco de esta realidad surge la inquietud de conocer la única institución que en Guatemala atiende a la población con diagnóstico de baja visión y la intervención del Trabajador Social dentro del programa como parte del equipo multidisciplinario.

La proyección que el Benemérito Comité Nacional Pro Ciegos y Sordos de Guatemala brinda a las familias guatemaltecas, especialmente a las de bajos recursos económicos, fue la inspiración del presente trabajo de investigación.

Para el logro de este estudio, se utilizó el método deductivo – inductivo y viceversa, para aplicar el método se recurrió a las técnicas de entrevista, observación, mediante las cuales se aplicaron los instrumentos siguientes: plan de investigación, fichas bibliográficas y la boleta de campo.

Entre los objetivos trazados se pretendió detectar el rol del Trabajador Social así como los problemas que más afectan a los pacientes. Se considera que en el proceso de investigación se cumplió con el 85% de los objetivos planteados.

La estructura del informe contiene 5 capítulos:

Capítulo 1: Contiene el marco teórico, donde se describe los aspectos conceptuales que han orientado el análisis del tema central de la investigación y datos generales del Benemérito Comité Pro Ciegos y Sordos de Guatemala.

Capítulo 2: Describe el Trabajo Social, definiciones, objetivos, funciones del Trabajo Social de Grupos y Trabajo Social de la División Médica.

Capítulo 3: En este capítulo se presenta el programa de baja visión y las funciones

actuales del Trabajador Social dentro del programa.

Capítulo 4: Presentación, análisis e interpretación de datos de la investigación de campo, los datos se agruparon en tablas estadísticas. El análisis estadístico se realizó mediante la aplicación de las medidas de centralización: moda y porcentaje.

Estas medidas permitieron interpretar el comportamiento de cada variable, desde el punto de vista profesional y personal.

Capítulo 5: Se hace la propuesta de intervención profesional de Trabajo Social. Finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones, así como la bibliografía consultada.

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

1.1 Aspectos Conceptuales

Para la comprensión del tema de estudio "El Rol del Trabajador Social dentro del Programa de Baja Visión" (Caso específico: Hospital de Ojos y Oídos "Dr. Rodolfo Robles" del Comité Pro-ciegos y Sordos de Guatemala). Se considera necesario apoyarse en los conceptos que a continuación se definen:

1.1.1 Visión Normal

"La visión normal se presenta cuando la luz es enfocada directamente sobre la retina y no al frente ni detrás de ella. Una persona con visión normal puede ver objetos claramente estando cerca o lejos. Si una persona puede leer a una distancia de 18 pies todas las letras de un tablero de optativos, se considera que tiene una visión normal o de 20/20"¹.

Es importante partir de la definición de visión normal, para luego comprender las distintas enfermedades visuales.

1.1.2 Salud Visual

"La detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual permite promover la salud visual, prevenir enfermedades oculares y reducir la ceguera prevenible o curable. La ceguera y la baja visión constituyen un problema de salud pública a nivel mundial"².

¹ Health System, University of Virginia, s/ datos

² Portal IPS Universitaria – Programa de Salud Visual <http://ips.udea.edu.co>, 24/04/2009, 21:00 hrs.

Derivado de lo anterior, se establece la necesidad de una adecuada prevención ocular para evitar enfermedades posteriores.

1.1.3 ¿Qué es Baja Visión?

“Baja visión, es una limitación significativa de la capacidad visual, resultante por enfermedad, trauma ó una enfermedad congénita, la cual no puede ser mejorada con corrección refractiva estándar, medicación o cirugía. Las tareas diarias se vuelven difíciles de hacer. Aunque la vista perdida no se recupera, se puede aprender a usar mejor la que queda”³.

Una persona con baja visión no se cura, su única expectativa es su rehabilitación y capacitación.

1.1.4 ¿Es lo mismo Baja Visión que Ceguera?

“¡No!, Ceguera es falta total de visión. Lamentablemente mucha gente se confunde porque se usan los términos ceguera legal aplicada a las personas que tienen visión útil. La mayoría de las personas ciegas legales tienen algún resto de visión, pero como se usa con ellas la palabra ciego esto crea confusión. La persona con baja visión puede usar su visión; no así quien es ciega total”⁴.

La definición describe claramente, que no es lo mismo ceguera, que baja visión.

1.1.5 Causas que Desarrollan una Baja Visión

“La mayoría de personas desarrollan una baja visión debido a la degeneración macular, retinopatía diabética, glaucoma, cataratas y errores refractivos no corregidos”⁵.

³ Arditi A.&B. Rosenthal. *Developing an Objective Definition of Visual Impairment*. New York : Arlene R. Gordon Research Institute. The Lighthouse Inc., 1996

⁴ El Ojo y su Visión, Archur H. Keeny, Presidente del Comité Oftalmológico Consultor de NAVH, 1978 N.Y, USA

⁵ Enciclopedia Wikipedia

Las definiciones anteriores, son importantes para la entender el tema de estudio, ya que a través de una adecuada atención ocular, se puede prevenir un alto porcentaje de enfermedades que mas adelante pueden provocar baja visión ó ceguera, que serán limitantes para el desarrollo integral del ser humano.

1.1.6 Visión Funcional

“La visión funcional de un paciente con baja visión, es aquella que le permite realizar actividades rutinarias de la vida diaria y es la que le va a ayudar al paciente a tener un desenvolvimiento adecuado.

El grado de visión funcional, debe de determinarse durante la evaluación clínica del paciente de baja visión y de esta va a depender el éxito de las ayudas visuales”⁶.

Es decir la visión funcional es la que le es útil para tener una vida normal.

1.1.7 Ayudas Ópticas

Las ayudas ópticas son instrumentos que facilitan tener una visión funcional. Entre los tipos de ayudas están: los lentes en armazón, binoculares, lupas de mano, lupas de soporte, telescopios, ayudas electrónicas, filtros y tintes y ayudas no ópticas y accesorios.

A través de las ayudas ópticas, para baja visión, se puede obtener una importante mejoría en la visión.

1.1.8 Programa

“Conjunto de actuaciones que se desean emprender en un tiempo concreto y en una determinada materia o ámbito de actuación para lograr objetivos determinados de

⁶ Polanco, Byron. Proyecto Clínica de Baja Visión.

antemano”⁷.

Estas acciones van encaminadas a ayudar a las personas que están siendo afectadas por problemas de la visión.

1.1.9 La Familia

“Es la forma de vinculación y convivencia más íntima en la que la mayoría de las personas suelen vivir buena parte de su vida. A lo largo de la historia ha ido adoptando varias formas, de allí que sea un error que puede tener graves consecuencias prácticas en las diversas formas de intervención social, que hay un modelo único de la familia que hoy la familia está en crisis. Es muy probable que siempre aparezcan nuevas formas de familia y que ésta siempre esté en crisis, tendiendo hacia nuevas formas conforme evoluciona la sociedad, la cultura y los modelos matrimoniales y otros factores que influyen en sus modos concretos”⁸.

Si bien es cierto que a través de la historia ha ido cambiando el concepto de familia, es necesario entender que la familia unida por lazos de consanguinidad o no, son personas que juega un papel vital en el ser humano.

1.1.10 Trabajo Social

“Es una disciplina de las ciencias sociales, se fundamenta en el conocimiento, análisis, reflexión de la realidad local y nacional, para así poder intervenir con diferentes sectores de la sociedad, pero con especial énfasis a favor de la población que económica, social y políticamente ha sido menos favorecida y la intervención puede ser a nivel individual, familiar, grupal, comunitaria y en otros espacios de la sociedad civil donde profesionalmente pueda incidir”⁹.

⁷ Ander-Egg, Ezequiel. Diccionario del Trabajador Social, Editorial El Ateneo, S.A. Vigésima primera edición, México, D.F., 1998. Pág. 241

⁸ *Ibíd.* Pág. 127

⁹ Asociación Nacional de Escuelas de Trabajo Social, ANETS, El Trabajo Social de Guatemala frente al Nuevo Milenio. Informe del 4to. Congreso de Trabajo Social, Guatemala 1999.

“Es una profesión que se vale de una metodología apoyada en las ciencias sociales para intervenir en forma planeada y científica en la realidad nacional, con la finalidad de conocer las causas-efectos de los problemas sociales y su incidencia en la población, logrando que ésta asuma una acción organizada tanto preventiva como transformadora a efectos de superarlos. Contribuye con otras profesiones al logro del bienestar y justicia social, en el proceso de desarrollo nacional”¹⁰.

Existe diversidad de definiciones sobre el Trabajo Social, pero las anteriores, son las que se aplican más al tema de estudio, ya que el trabajador social, juega un papel de orientador y educador para que el individuo conozca su problemática y participe en su solución.

1.1.11 Situación Política, Económica y Social

“Guatemala, país centroamericano, pluricultural, multilingüe, con aproximadamente 13 millones de habitantes, cuenta con una riqueza cultural y diversidad de valores milenarios provenientes de las culturas mayas, mestiza, garífuna y xinca.

Un análisis de los datos socioeconómicos de la población señala que un 56% vive en la pobreza y hasta un 16% vive en pobreza extrema. Sin embargo, las estadísticas varían en los diferentes grupos sociales, la pobreza está más enraizada entre la población indígena, donde el 76% vive en la pobreza sin accesos a la mayoría de necesidades humanas básicas. Menos del 25% tiene acceso a la salud y atención de saneamiento. El índice de analfabetismo alcanza el 80% en algunas áreas; en cuanto a la población femenina, este alcanza hasta el 95%. La clasificación de mortalidad infantil es 56 por cada 1000 nacimientos y la clasificación de la mortalidad materna está cerca de 20 por cada 10,000 nacimientos.

¹⁰ CASP-CELATS. Colegio de Asistentes Sociales del Perú y Centro Latinoamericano de Trabajo Social, Perfil Profesional y Diseño Curricular de Trabajo Social, Lima, Perú, 1987, s.p.

Se puede afirmar que Guatemala es una sociedad profundamente heterogénea y polarizada en términos económicos, sociales y culturales, sin un proyecto común de nación que reconozca la igualdad de oportunidades para todos sus ciudadanos”¹¹.

Por los índices anteriores entendemos que la mayor parte de la población guatemalteca no logra satisfacer las necesidades básicas como: alimentación, vivienda, salud, etc., debido principalmente a que los ingresos percibidos son insuficientes.

1.2 Benemérito Comité Pro Ciegos y Sordos de Guatemala

El Comité Pro-Ciegos y Sordos de Guatemala fue fundado por la Doctora Honoris Causa Elisa Molina de Stahl, en 1945. Es una institución privada, no lucrativa, de servicio social, que por más de 64 años ha velado por la salud visual y auditiva del guatemalteco. Para mejor orientación y utilización de sus recursos médicos, educativos y de rehabilitación, el comité se proyecta a nivel urbano y rural, es decir, fortalecimiento de equipos de trabajo multidisciplinarios para la promoción ocular y la provisión oftalmológica para la población total.

El Comité está dirigido por una junta directiva, integrada por destacados profesionales de diversas disciplinas, quienes prestan sus servicios ad-honorem.

Su Misión es: “Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas que acuden al Comité con problemas visuales y auditivos”.

Su Visión es: “Ser una institución que, con recursos de excelente calidad para la atención de problemas visuales y auditivos, permite a la población afectada mejorar su nivel de vida, procurando su autosuficiencia”

¹¹ Informe de Crímenes contra Las Mujeres en Guatemala, Amnistía Internacional, Págs. 1 y 2, 23/04/2009, 10:00 hrs.

Sus Valores: Solidaridad con la población ciega y sorda, primordialmente con las personas de escasos recursos económicos, honestidad y honradez, equidad y justicia, trabajo en equipo.

Sus "objetivos estratégicos son:

- Integrar socialmente a los guatemaltecos con problemas visuales o auditivos.
- Gestionar la cobertura de enfermedades sistémicas de los beneficiarios a través de alianzas con otras instituciones.
- Proveer a los beneficiarios, servicios de medicina, educación y rehabilitación de alta calidad.
- Expandir los servicios del comité a grupos nuevos.
- Lograr que los beneficiarios valoren los servicios brindados por el Comité.
- Conocer los procesos y reglamentos funcionales del Comité: recopilación, documentación y revisión permanente.
- Desarrollar y mantener un sistema de información acorde a las necesidades del Comité para la toma de decisiones oportunas.
- Medir y mejorar continuamente los procesos del Comité.
- Fomentar una cultura positiva acorde a los valores y objetivos del Comité en cada funcionario y trabajador.
- Fomentar, mejorar y desarrollar el trabajo en equipo.
- Crear y mantener una política laboral que promueva el desarrollo humano de sus empleados.
- Promover la identificación de funcionarios y trabajadores con la viabilidad del Comité y la solidaridad con los beneficiarios, de acuerdo con los valores institucionales.
- Asegurar la solidez financiera del Comité.
- Utilizar racionalmente los recursos del Comité.
- Aprovechar al máximo el potencial económico del Comité: Lotería, médicos, Educación y rehabilitación y otros ingresos.

Estos objetivos se realizan a través de tres grandes divisiones:

- División Médica
- División de Educación y Rehabilitación
- División Lotería Santa Lucía
- División de Administrativa Financiera¹² .

1.2.1 División Médica

Cuenta con 6 hospitales modernos en Guatemala, estratégicamente ubicados en diferentes regiones del país. En los que atienden desde los tratamientos primarios de problemas visuales y auditivos, hasta las delicadas intervenciones quirúrgicas. Desarrolla permanentemente jornadas médicas a nivel nacional.

1	Hospital de Ojos y Oídos “Dr. Rodolfo Robles Valverde”, Guatemala
2	Hospital de Ojos y Oídos “Doctora H.C. Elisa Molita de Stahl”, Quezaltenango
3	Centro Regional de Prevención de la Ceguera, Zaragoza, Chimaltenango
4	Hospital de Ojos “Doctor Fernando Beltranena”, Carchá, Alta Verapaz
5	Hospital de Ojos “Manuel Ralda/Concepción González de Ralda”, El Asintal, Retalhuleu
6	Hospital de Ojos “Elisa Molina de Stahl”, Zacapa

1.2.1.1 Hospital de Ojos y Oídos “Dr. Rodolfo Robles”

El Hospital de Ojos y Oídos “Dr. Rodolfo Robles V.” está ubicado en la ciudad capital, se fundó el 13 de diciembre de 1974, cuenta con programas y servicios que se proyectan a la atención integral de las personas con discapacidades visuales y auditivas. El Hospital abarca lo siguiente:

¹² Memoria de Labores 2008, Benemérito Comité Prociegos y Sordos de Guatemala.

1.2.1.1.1 Departamento de Oftalmología

Este departamento cubre las siguientes áreas: diagnóstico y tratamiento oftalmológico, hospitalización, sala de operaciones, programa de prevención de la ceguera e Instituto de Ciencias de la Visión. En el área de diagnóstico y tratamiento oftalmológico existe una serie de clínicas para atender a pacientes de acuerdo a su condición en especialidades: refracción, glaucoma, retinovascular, retina y vitrio, segmento anterior, oculoplástica, baja visión, clínica pediátrica y neuro-oftalmología. En esta forma el Hospital cumple con la asistencia a la población.

En el área de hospitalización, existe la capacidad de atender un número total de 36 pacientes adultos y 12 pacientes menores de edad, diariamente de acuerdo a evaluaciones y procedimientos requeridos por médicos tratantes en cada caso en particular.

1.2.1.1.1 Programa de Otología y Prevención de la Sordera

- Consulta Externa
- Audiometría
- ARE (Audiometría de Respuestas Eléctricas)
- Audífonos
- Timpanometría

1.2.1.1.2 Programa de Prevención de la Ceguera

El Programa de Prevención de la Ceguera está dirigido a prevenir la ceguera y los problemas oculares en la población guatemalteca.

Su misión principal es: Promover la salud ocular y prevenir problemas de los ojos, brindando atención oftalmológica especialmente a personas y comunidades que tienen difícil acceso a estos servicios.

El papel que juega el Programa de Prevención de la Ceguera, tanto a nivel institucional como a nivel comunitario, es el de brindar servicios de atención ocular primaria en los lugares de difícil acceso del país. A través de actividades de capacitación (con colaboradores comunitarios), tamizaje (examen realizado por personas colaboradoras locales), pre-jornada de atención oftalmológica (examen realizado por técnico en salud ocular primario), jornada de atención oftalmológica (examen realizado por médico residente de oftalmología ó médico oftalmólogo), jornada quirúrgica móvil (cirugías de catarata realizadas en hospitales colaboradores no institucionales, por médicos oftalmólogos voluntarios del Hospital Dr. Rodolfo Robles), seguimiento de personas operadas para brindar apoyo y evaluación constante para conocer evolución y mejoría (actividad realizada por médico oftalmólogo y técnicos en salud ocular primaria)

1.2.1.1.4 Programa Académico

El postgrado del Instituto de Ciencias de la Visión, está dedicado a la formación de médicos especializados en oftalmología, cuya duración es de cuatro años. El último año es de prestación de servicio social a los hospitales regionales de la institución.

La especialidad es respaldada por la Universidad Francisco Marroquín, quien otorga el diploma de Maestría en Oftalmología. Esta especialización es de carácter internacional y se han tenido participantes de: El Salvador, Honduras, Nicaragua, Belice, Colombia, Ecuador y Brasil.

Además en el instituto se forman sub-especialistas con una duración de uno a dos años, todo lo cual respalda el crecimiento de especialistas para cubrir las diversas áreas necesarias para contar con un hospital que tenga la capacidad de asistir toda la patología ocular, con las técnicas y eficiencias de cualquier centro oftalmológico a nivel mundial.

De acuerdo al sistema de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Comité Pro-ciegos y Sordos de Guatemala, cubre los niveles

primario, secundario y terciario de atención oftalmológica, proporcionando evaluación, diagnóstico, rehabilitación, educación especial y tratamiento médico-quirúrgico, para personas que padecen de problemas oculares.

1.2.1.1.5 Programa de Baja Visión

El Programa de Baja Visión es un centro dedicado al trabajo en equipo que promueve la explotación de la visión residual en los pacientes con baja visión. Está conformado por un equipo multidisciplinario, cuyo objetivo es enseñar a las personas cómo hacer el mejor uso de la visión que tiene para recibir información del medio que le rodea, poder interpretar esta para movilizarse, para realizar tareas de la vida diaria, para la alfabetización y para el placer. Busca mejorar la calidad de vida de las personas.

La finalidad del Programa de Baja Visión es lograr la rehabilitación visual y la integración de la persona a la sociedad.

1.2.1.1.6 Servicios de Apoyo al Paciente

1.2.1.1.6.1 Trabajo Social.

1.2.1.1.6.2 Óptica.

1.2.1.1.6.3 Albergue Temporal.

1.2.1.1.6.4 Farmacia.

1.2.1.1.6.5 Odontología.

1.2.1.1.6.6 Laboratorio.

1.2.1.1.6.7 Medicina Interna.

1.2.2 División de Educación y Rehabilitación

Está integrada por centros educativos y de rehabilitación, en los que se desarrolla programas de atención a los niños, adolescentes, adultos ciegos y sordos.

En estos programas se proporciona el apoyo necesario para una efectiva participación social, cultural, laboral, etc., de las personas ciegas y sordas. El cual consta de programas para el área urbana, además capacita al anciano ciego. La culminación de este proceso es la inserción de los rehabilitados a la actividad de su comunidad.

1.2.3 División Lotería Santa Lucía

Su principal función es captar recursos económicos para el sostenimiento de los programas del Benemérito Comité.

1.2.4 División Administrativa Financiera

Su función principal es administrar los recursos financieros para el apoyo de los programas médicos, educativos y rehabilitación y adquisición de tecnología de primer nivel.

CAPÍTULO 2

TRABAJO SOCIAL

2.1 Trabajo Social

“Es una disciplina de las ciencias sociales, se fundamenta en el conocimiento, análisis, reflexión de la realidad local y nacional, para así poder intervenir con diferentes sectores de la sociedad, pero con especial énfasis a favor de la población que económica, social y políticamente ha sido menos favorecida y la intervención puede ser a nivel individual, familiar, grupal comunitaria y en otros espacios de la sociedad civil donde profesionalmente pueda incidir”¹³.

“Es una profesión que se vale de una metodología apoyada en las ciencias sociales para intervenir en forma planeada y científica en la realidad nacional, con la finalidad de conocer las causas-efectos de los problemas sociales y su incidencia en la población, logrando que esta asuma una acción organizada tanto preventiva como transformadora a efectos de superarlos. Contribuye con otras profesiones al logro del bienestar y justicia social, en el proceso de desarrollo nacional”¹⁴.

“Trabajo Social es una disciplina que se ocupa de conocer las causas-efectos de los problemas sociales y lograr que los hombres asuman una acción organizada, tanto preventiva como transformadora que los supere. No es simplemente ejecutora de lo que otras disciplinas elaboran. Interviene en situaciones concretas que muestran determinadas carencias, investigando y coparticipando con los actores en un proceso de cambio”¹⁵.

¹³ Asociación Nacional de Escuelas de Trabajo Social, ANETS, El Trabajo Social de Guatemala frente al Nuevo Milenio. Informe del 4to. Congreso de Trabajo Social, Guatemala 1999.

¹⁴ CASP-CELATS Colegio de Asistentes Sociales del Perú y Centro Latinoamericano de Trabajo Social, Perfil Profesional y diseño curricular de Trabajo Social, Lima, Perú 1987. s.p.

¹⁵ Kisnerman Natalio. *Pensar el trabajo social*. Segunda Edición. Editorial Lumen, 2005

Existe diversidad de definiciones sobre el trabajo social, pero las anteriores, son las que se aplican más al tema de estudio, ya que el trabajador social, juega un papel de orientador y educador para que el individuo conozca su problemática y participe en su solución.

2.2 Objetivos de Trabajo Social

El profesional de Trabajo Social independientemente de la institución en el que intervenga debe tener presente los siguientes objetivos, que se persiguen siempre:

- 2.2.1 “Contribuir con el estudio y elaboración de políticas sociales. Impulsar la promoción y defensa de los derechos humanos.
- 2.2.2 Fomentar la práctica de los valores humanos en individuos, grupos y comunidades, para que en su ejercicio cotidiano facilite sus procesos de desarrollo social.
- 2.2.3 Estudiar críticamente la problemática económica, social, cultural y ecológica en lo que corresponda intervenir, aportando soluciones efectivas a las necesidades del problema.
- 2.2.4 Contribuir en el estudio y elaboración de políticas sociales.
- 2.2.5 Realizar investigaciones sistemáticas de la realidad, cuyos resultados amplíen el conocimiento de ésta y sirvan para orientar la acción del trabajo social.
- 2.2.6 Promover la organización y participación de la población mediante prácticas democráticas.
- 2.2.7 Promover el desarrollo integral de individuos, familias, grupos y comunidades, mediante la organización y la promoción social para la autogestión y movilización popular.
- 2.2.8 Sistematizar experiencias teórico-prácticas, que permitan la retroalimentación de procesos de intervención a nivel individual, grupal y comunal”¹⁶.

¹⁶ Boletín Informativo. Escuela de Trabajo Social. Área de Formación Profesional Específica. Guatemala, Septiembre de 1999. Pág. 1

En las diferentes etapas de trabajo se aplican objetivos tomando en cuenta que con tratar de que las personas recuperen su visión estamos defendiendo un derecho humano como lo es la salud, se fomenta su desarrollo social, se determina la problemática afectada para buscar la solución, se interviene en la política de servicio social de la institución, se realizan investigaciones para orientar el accionar profesional y se sistematiza el trabajo para una mejor intervención.

2.3 Funciones del Trabajo Social

Para una mejor orientación en cuanto a la acción profesional se hace referencia de las siguientes funciones.

- Ayudar a las personas a desarrollar las capacidades que les permita resolver sus problemas sociales, individuales y/o colectivos.
- Promover la facultad de autodeterminación, adaptación y desarrollo de las personas.
- Promover y actuar por el establecimiento de servicios y políticas sociales justas o de alternativas para los recursos socioeconómicos existentes.
- Facilitar información y conexiones sociales con los organismos de recursos socioeconómicos (articular redes).
- Conocer, gestionar y promocionar los recursos existentes entre sus potenciales usuarios y los profesionales de otras ramas de las ciencias que puedan estar en contacto con sus potenciales usuarios.

Para la Escuela de Trabajo Social las funciones del Trabajador Social deben estar enmarcadas dentro de:

- Organización y promoción de personas, grupos y comunidades, como medio para alcanzar el desarrollo humano integral en situaciones coyunturales y estructurales.
- Educación popular.

- Área de capacitación.
- Autogestión y acompañamiento.
- Desarrollar el poder local a través de la participación de la sociedad civil.
- Fortalecimiento de la organización existente en las localidades.
- Organización comunitaria.
- Área de administración y Planificación.

2.4 Trabajo Social de Grupos

El Trabajo Social está constituido en tres áreas de intervención que definen los métodos propios de la profesión: Trabajo Social de Casos o Individual y Familiar, Trabajo Social de Grupos, Organización y Desarrollo de la Comunidad.

El área de intervención profesional de Trabajo Social que se utilizará en la propuesta será el método de Trabajo Social de Grupos.

2.4.1 Definición de Trabajo Social de Grupos

Es un método con fines educativos socializante en el que se refuerzan los valores del individuo, ubicándolo en la realidad social que lo rodea, para promover su cooperación y responsabilidad en una acción integradora en un proceso de desarrollo.

2.4.2 Definición de Grupo

- Natalio Kisnerman, en su libro “Servicio Social de Grupos”, dice: “Es el conjunto de individuos que interactúan en una situación dada con un objetivo por ellos determinado”¹⁷.

¹⁷ Kisnerman, Natalio, Servicio Social de Grupos, Editorial Hymanitas, Buenos Aires, Argentina, 1983, Pág. 98

- Para los estudiantes del EPS del primer semestre de 1983, de la Escuela de Trabajo Social en un intento de teorización, apuntaron que un grupo es: “Un conjunto de personas integrado por ocho ó catorce miembros que se reúnen inicialmente de acuerdo a sus intereses individuales y que al evolucionar en forma cualitativa y cuantitativa, pueden determinar objetivos comunes, tratando de alcanzarlos en forma sistemática y consciente”.

El hombre no puede vivir y superarse sólo, pues en la vida social se desenvuelve en grupo.

Se requiere que el trabajador social inicie un proceso de educación y capacitación, el cual según el Licenciado Felipe Calderón, en su publicación “Consideraciones Generales sobre Capacitación de Grupos”, sugiere 4 niveles de capacitación:

- **Capacitación para la organización o capacitación básica.** Es aquella que necesitan los grupos, desde el momento que se inicia el reclutamiento, puesto que se hace necesario explicar la importancia de la vida en grupo, posteriormente ir capacitando a los miembros del grupo en cada una de las funciones, responsabilidades y obligaciones de los mismos, para que luego se organice su directiva.
- **Capacitación básica para el liderazgo.** Es aquella que vamos a impartir a los líderes que detectemos en los diferentes grupos y que debemos preparar para que sean personas progresistas en que nos apoyemos.
- **Capacitación para la especialidad grupal o específica.** Es aquella que se estará impartiendo ya cuando se ha logrado consolidar el grupo como producto de una buena capacitación básica.
- **Capacitación para la interrelación grupal o total.** Es aquella que se dará a los diferentes grupos existentes en una comunidad para que ya no vean únicamente

intereses particulares, es decir, que los grupos de interés se interrelacionen y estos se conviertan en grupos representativos de los intereses de una comunidad”¹⁸.

Para una mejor orientación en cuanto a la acción profesional se hace referencia a las funciones de investigación, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

- **Investigación.** La finalidad de realizar investigaciones, es la de conocer, analizar e interpretar la realidad social. A través de la investigación, conocemos las causas de los problemas sociales, los efectos que estos ocasionan y su interrelación causal, y así conocer los factores condicionantes, que sustentan una buena planificación que viabilice los satisfactores de las necesidades socioeconómicas.
- **Diagnóstico.** “Es la forma de conocer, por medio de indicadores detectados, que permite analizar y determinar una situación, como así también la forma más oportuna de abordarla”¹⁹.
- **Planificación.** “Es la actividad o técnica racional que tiene por objeto decidir sobre la asignación de recursos escasos en el logro de objetivos múltiples a través de los medios adecuados”²⁰.

El desempeño de esta función, permite al profesional diseñar las acciones pertinentes tomando en cuenta la realidad, expectativas y valores de la población.

- **Ejecución.** “Es el proceso de realizar, efectuar y ejecutar lo establecido en la planificación”²¹.

¹⁸ Calderón, Felipe, Consideraciones Generales sobre Capacitación de Grupos

¹⁹ www.redtrabajo-social.com.ar/s/datos

²⁰ Folleto de la Asociación de Estudiantes de Trabajo Social, Escuela de Trabajo Social, USAC. 1982

²¹ Folleto del Curso del Desarrollo de la Comunidad II, Escuela de Trabajo Social, USAC. 1982

Es aquí donde se pone en marcha todo lo planificado en los diferentes programas y proyectos, requiriendo el máximo de participación activa de un equipo de trabajo, ya que sólo el trabajador social no podrá ejecutarlos, debiendo coordinarlos eficazmente con otros profesionales e involucrar a las personas que participaron en su planificación.

- **Evaluación.** “Proceso metodológico que se mantiene constante a través de la trayectoria metodológica, por el cual es posible ir observando la acción para enmendarla”²².

La evaluación debe hacerse constantemente con el fin de enmendar los errores que se han cometido y valorar los aciertos, que servirá para modificar determinados aspectos de la planificación que se había previsto, por lo que debe efectuarse al inicio de los programas, en su ejecución y al finalizarse los mismos.

2.4.3 Etapas de Desarrollo del Grupo

Estas etapas parten de las primeras funciones del método de Trabajo Social de grupos, es decir de las funciones de investigación y de las funciones de diagnóstico.

“Formación. En esta etapa se da el proceso de reclutar a las personas para que pasen a formar parte de un grupo, se le orienta en relación a los objetivos de la institución o programa, se le ayuda a definir sus objetivos propios, se le fortalece para que se organicen y se les da capacitación para que enfrenten tanto los factores internos como los externos.

Organización. En esta etapa el grupo desarrolla habilidad progresiva hacia el intercambio de ideas y emociones, define liderazgo, ya existe identificación entre los

²² Idem.

miembros del grupo, ya tienen definidos sus objetivos y metas y sus acciones están encaminadas al logro de los mismos.

Integración. En ésta etapa el grupo está integrado o cohesionado, cuando las diferentes estructuras parciales o roles se hayan suficientemente o perfectamente ajustados entre sí. El grupo funciona como una unidad productiva, las relaciones interpersonales son primarias o próximas a serlo. La capacidad de los miembros está dada por su sensibilidad a los problemas de interacción y a las necesidades del grupo por un lado y su habilidad para resolverlos y satisfacerlos. El grupo ha llegado a la madurez.

Declinación. A pesar del buen nivel de madurez, en un momento dado disminuye el interés de los miembros, los que se orientan hacia otras actividades, con lo que comienza una declinación del proceso, a través de la disminución de miembros, etapa que es natural a todo grupo y que no debe de ser interpretada como fracaso, los que desean continuar deben pasar a integrar otro grupo o reactivar todo su proceso, cambiando de objetivo y permitiendo el ingreso de nuevos miembros”²³.

El trabajador social nunca aparecerá ante las poblaciones, grupos o personas como un elemento poseedor de las soluciones a los problemas que confronta. Su función será la de orientar para que las personas con su propia iniciativa encuentren las soluciones correspondientes.

2.5 Trabajo Social de la División Médica

Trabajo Social en el ámbito hospitalario, debe permitir al paciente utilizar sus propias capacidades para buscar asistencia médica y así prevenir las enfermedades. Así mismo debe tomar en cuenta que no está frente a una enfermedad sino a una persona enferma que se considera como un problema social; muchas veces no se

²³ Kisnerman, Natalio, Servicio Social de Grupos, Editorial Hymanitas, Buenos Aires, Argentina, 1983, Pág. 135

tienen en cuenta las circunstancias relacionadas con la realidad, en este sentido el Trabajador Social tiene que compartir con el equipo multidisciplinario, para brindar sus aportes y contribuir a la valoración integral del individuo.

Misión: “Orientar y apoyar al paciente con limitaciones visuales y/o auditivas durante su proceso de atención en el Hospital.

Visión: “Proveer al paciente con limitaciones visuales y/o auditivas, especialmente el de bajos recursos económicos, una atención integral de calidad.

2.5.1 Objetivos

2.5.1.1 Establecer cuota de cooperación de acuerdo a valoración socio-económica.

2.5.1.2 Promover la integración de grupos de orientación y apoyo por patologías.

2.5.1.3 Promover la salud ocular.

2.5.1.4 Fomentar la educación continua en el personal del departamento.

2.5.1.5 Revisar procedimientos o documentos del departamento”²⁴.

El Departamento de Trabajo Social de la División Médica, está integrado por un equipo de trabajadores sociales quienes se encuentran ubicadas en los diferentes servicios que presta el Hospital.

2.5.2 Funciones del Trabajo Social de la División Médica

2.5.2.1 Informar diariamente mediante charla educativa a personas adultas y a padres de familia que por primera vez traen a sus hijos a consulta, sobre el servicio que se presta.

2.5.2.2 Establecer el perfil socio-económico de las familias, para determinar la cuota de colaboración con la que participarán de conformidad a arancel de

²⁴ Gaytán Georgina. Departamento de Trabajo Social, División Médica. Benemérito Comité Prociegos y Sordos de Guatemala.

funciones, en el proceso de evaluación diagnóstica y tratamiento de los pacientes.

- 2.5.2.3 Orientar a los pacientes adultos y a los padres de familia en el proceso de atención de sus hijos, tratando de establecer una buena interrelación como miembro enlace del equipo con los padres o encargados.
- 2.5.2.4 Actualizar todos los casos que ya venían siendo atendidos mediante valoración socio-económica, respondiendo a la filosofía del Hospital, “que todos participen contribuyendo de conformidad a sus posibilidades acorde a arancel en funciones”. Para ello se tienen sellos especiales cuya simbología tiene un valor que conocen y manejan en caja.
- 2.5.2.5 Proporcionar orientación y apoyo económico para la realización de exámenes necesarios para llegar a un diagnóstico y tratamiento del paciente (adulto o niño), para el logro de una atención integral del mismo.
- 2.5.2.6 Coordinar toda la referencia intrainstitucional, ordenada por el médico oftalmólogo, pediatra, neurólogo, patólogo y psicólogo consultante, para prestar los servicios requeridos tales como: anteojos, medicina, ultrasonidos, etc., en los cuales Trabajo Social establece cuota de colaboración de conformidad a arancel de contribuciones en función.
- 2.5.2.7 Coordinar la referencia extrainstitucional en procedimientos requeridos por el médico tratante, ejemplo: tomografía, resonancia magnética, electroretinogramas, etc., y gestionar las ayudas económicas necesarias.
- 2.5.2.8 Conocer las necesidades de los pacientes adultos y de los padres de los pacientes menores de edad que proceden del área rural, para considerar su referencia al albergue temporal.
- 2.5.2.9 Atender, orientar, apoyar y establecer cuota de colaboración por cirugía menor ordenada por el médico oftalmólogo.
- 2.5.2.10 Atender, orientar y evaluar mediante estudio socio-económico, cuota de colaboración por cirugía mayor, recomendada por el médico oftalmólogo y todos aquellos procedimientos requeridos.
- 2.5.2.11 Realizar investigaciones sociales, a descartar síndrome de maltrato, de abuso infantil, etc., a solicitud médica.

- 2.5.2.12 Referir a educación especial, todos aquellos casos por recomendación médica, integrándose todas las evaluaciones en un informe específico.
- 2.5.2.13 Participar con el equipo multidisciplinario, en todas aquellas investigaciones que con fines de estudio el Hospital de Ojos y Oídos “Dr. Rodolfo Robles” requiera.
- 2.5.2.14 Crear toda aquella papelería que para la funcionalidad del servicio se requiera.
- 2.5.2.15 Organizar actividades sociales que tiendan a la recreación de los niños y a la cohesión de los programas.
- 2.5.2.16 Extender constancias de asistencia a este Hospital, al paciente adulto o padre del paciente menor de edad que le acompaña a su consulta oftalmológica al Hospital de Ojos y Oídos “Dr. Rodolfo Robles V.” según lo soliciten.
- 2.5.2.17 Elevar control de pacientes adultos y menores de edad, candidatos para transplante de córnea, según orden médica y citarlos cuando se tenga conocimiento de los tejidos, para su respectiva evaluación.
- 2.5.2.18 Realizar trámites por modificación de receta anterior de lentes (error médico), de pacientes adultos y menores de edad, atendidos en el Hospital de Ojos y Oídos “Dr. Rodolfo Robles V.”, así mismo, por error de óptica.
- 2.5.2.19 Realizar visitas domiciliarias una vez por semana, donde se planifica de acuerdo a problemas socio-económicos del paciente y a requerimiento médico de casos especiales.
- 2.5.2.20 Atención y orientación educativa de pacientes en pre-consulta oto-oftalmológico, según calendarización.
- 2.5.2.21 Participar en reunión de supervisión grupal mensual.
- 2.5.2.22 Participar en proyectos e investigaciones del departamento de Trabajo Social.
- 2.5.2.23 Llevar libros de control por procedimientos especiales.
- 2.5.2.24 Presentar informe mensual de trabajo.
- 2.5.2.25 Realizar memoria anual de labores.
- 2.5.2.26 Plan de Trabajo anual.

2.5.2.27 Participación en actividades extraordinarias emanadas de la Dirección Médica o de la Institución.

La supervisión de este trabajo está a cargo del Jefe del Departamento de Trabajo Social de la División Médica. La acción profesional ejecutada por Trabajo Social que, como parte integrante del equipo multidisciplinario hospitalario, centra su atención a los factores socio-económicos y emocionales que interfieren en la recuperación y rehabilitación del paciente, apoyando sus capacidades y estimulando su desarrollo para que participe activa y conscientemente en la solución de sus problemas.

CAPÍTULO 3

PROGRAMA DE BAJA VISIÓN

“La población guatemalteca, no se escapa, al igual que el resto del mundo, de padecer enfermedades congénitas (que incapacitan a los niños en su desarrollo físico, mental, cognoscitivo y visual) y en las adquiridas, que pueden limitarle el desarrollo de las actividades diarias.

En nuestro país, se han creado dos grandes grupos de pacientes: Los que ven y puede desarrollar sus actividades diarias sin ningún tipo de ayuda ni orientación y los que no ven, los ciegos, que luego de algún tipo de entrenamiento pueden desarrollarse por sí mismos y aprenden a desenvolverse en la sociedad. En medio de estos dos grupos existe uno el cual en la actualidad va en aumento debido a el incremento de enfermedades degenerativas para el ojo y que provocan daño permanente e irreversible y la incapacidad que provoca se manifiesta en una significativa pérdida visual sin llegar a ser ciegos totalmente y sin tener una visión normal que les permita el desenvolvimiento normal de su vida diaria. Este grupo se denomina el grupo de Baja Visión”²⁵.

El Programa de Baja Visión en Guatemala, se viene visualizando desde hace aproximadamente cinco años y es parte de la proyección del Hospital de Ojos y Oídos “Dr. Rodolfo Robles”.

El Programa de Baja Visión es un centro dedicado al trabajo en equipo que promueve la explotación de la visión residual en los pacientes con baja visión. Está conformado por un equipo multidisciplinario, que ayuda a brindar apoyo a los pacientes con insuficiencia visual y enseñarles cómo hacer el mejor uso de la visión que tienen, para recibir información del medio que le rodea, poder interpretar

²⁵ Polanco Byron, Programa de Baja Visión, Hospital Dr. Rodolfo Robles.

esta para movilizarse, para realizar tareas de la vida diaria, para la alfabetización y para el placer. Busca mejorar la calidad de vida de las personas.

La finalidad del Programa de Baja Visión es lograr la rehabilitación visual y la integración de la persona a la sociedad.

3.1 Procedimiento de Atención al Paciente Dentro del Programa de Baja Visión

3.1.1 "Evaluación de pacientes referidos de Clínicas del Hospital Rodolfo Robles y/o Centros o Clínicas externas al hospital.

3.1.2 Evaluación inicial por Oftalmólogo. Se detectan las necesidades actuales del paciente de Baja Visión (en su diario vivir), se realiza la evaluación oftalmológica completa enfocando la evaluación a encontrar la Visión Funcional que el paciente tenga además de clasificar al paciente según el grupo funcional al que pertenezca. Se adaptan los anteojos que sean necesarios al paciente, además de calcular la magnificación necesaria para lejos y/o cerca que deba utilizar el paciente para su diario vivir. Se hacen los exámenes complementarios necesarios para completar el caso y se prescriben las ayudas. Se cita al paciente con sus ayudas para corroborar que sea lo indicado. Luego se refiere a la rehabilitadora o estimuladora visual. Es de hacer notar que para recibir su terapia de rehabilitación, no es necesario las evaluaciones previas por internista y laboratorios (a no ser que se considere necesario). Cada paciente es evaluado por Trabajo Social (una parte fundamental del proceso) de la Clínica de Baja Visión.

3.1.3 La rehabilitación visual tiene la finalidad de elaborar los procesos encaminados a obtener el máximo aprovechamiento posible del resto visual que posee una persona en baja visión.

3.1.4 De acuerdo a sus necesidades, los pacientes se refieren a otros servicios de rehabilitación.

Las metas del trabajo en la clínica de baja visión con cada paciente son: Independencia, competitividad, autosuficiencia y mejorar la calidad de vida.

Para lograr estas metas se necesita complementar el trabajo de equipo multidisciplinario de atención a los pacientes de baja visión, teniendo la apertura del área de rehabilitación y educación proporcionando como recursos independientes lo que son: actividades, de la vida diaria, orientación y movilidad, Braille y/o Ábaco.

La clínica de baja visión tiene 3 grupos importantes de pacientes: niños, adultos y ancianos:

Para el primer grupo de niños, se trabaja de dos formas. Se da estimulación visual desde el nacimiento, hasta los 6 años de edad. Luego se inicia la rehabilitación visual encaminada a mejorar el rendimiento escolar y mejorar todas las actividades necesarias, para que las bases de aprendizaje sean las más adecuadas. Debemos complementar esta actividad con mejorar las condiciones de educación, poniéndolos al nivel de los colegios de educación regular. (Se analiza esto como parte del Consejo Técnico de Integración Escolar). Y esto debe ser supervisado por Integración Escolar.

Para el segundo y tercer grupo de pacientes, se da la rehabilitación visual, encaminada a elaborar los procesos para obtener el máximo aprovechamiento posible del resto visual que posee una persona en baja visión. Para mejorar la parte de funcionalidad del paciente en su diario vivir, se le refiere a los programas de rehabilitación donde se les brinda cursos sobre las actividades de la vida diaria, orientación y movilidad, Braille y ábaco”²⁶.

El tratamiento de baja visión facilita la educación de los niños, mantiene independencia y mejora la calidad de vida. A través de las ayudas ópticas, las personas pueden obtener una importante mejoría.

²⁶ *Ibíd.*

Después de un proceso de rehabilitación y con las ayudas ópticas, una persona de baja visión, puede llegar a tener una mejor calidad de vida.

Durante la experiencia se pudo observar el cambio de actitud de los pacientes beneficiados en este programa. Un ejemplo de ello, es la señorita Aura Marina Campos Corona, quien fue rehabilitada y actualmente trabaja como secretaria, siendo parte del equipo multidisciplinario del Programa de Baja Visión.

Hay un refrán que dice: “podemos consolar en lo que hemos sido consolados” y la actitud de Aury es apoyar a los pacientes, los anima y les comparte su experiencia, lo que indudablemente fortalece a las personas que la escuchan.

3.2 Funciones Actuales del Trabajo Social en el Programa de Baja Visión

3.2.1 “Orientar a pacientes y su familia sobre el plan educacional del Programa de Baja Visión.

3.2.2 Realizar entrevistas y visitas domiciliarias a pacientes que asisten al Programa de Baja Visión (rehabilitación o estimulación visual), para establecer el perfil socioeconómico, mediante evaluación que permita asignar cuotas de contribución por servicio, prescrita por médico tratante.

3.2.3 Coordinar intra y extra-institucionalmente las referencias de exámenes, procedimientos y tratamiento que requieren los pacientes atendidos en el Programa de Baja Visión, para obtener los resultados a la menor brevedad posible.

3.2.4 Orientar y apoyar a pacientes y familiares que son referidos por orden médica a los diferentes programas de educación y rehabilitación con los que cuentan el Comité.

3.2.5 Elaborar ficha de pacientes referidos a programas de rehabilitación integral, que implica estudio socioeconómico, revisión completa de expediente médico para la integración de diagnósticos y recomendaciones del equipo multidisciplinario que evaluó, con la debida supervisión de la jefatura de trabajo social médico y luego referido a la Dirección General de Educación y Rehabilitación para su aprobación.

- 3.2.6 Coordinar soporte psicológico a paciente y familia que lo amerite.
- 3.2.7 Participar en actividades académicas relacionadas con el trabajo que se realiza en el Programa de Baja Visión, para lograr una mejor intervención profesional.
- 3.2.8 Elaboración de estadísticas de los pacientes atendidos.
- 3.2.9 Gestionar ayuda económica a pacientes según el caso lo amerite.
- 3.2.10 Participar en reunión bimensual de trabajo social con fines de coordinación y crecimiento profesional.
- 3.2.11 Presentación de informe mensual de actividades.
- 3.2.12 Presentación de memoria anual²⁷.

El rol que juega el Trabajador Social como parte del equipo multidisciplinario del Programa de Baja Visión es fundamental en la orientación y apoyo de los pacientes y sus familias, sus valores se basan en el respeto a la dignidad e igualdad de todas las personas.

Se aplican los objetivos y funciones de Trabajo Social, tomando en cuenta que con tratar de que las personas recuperen su visión, estamos defendiendo un derecho humano como lo es la salud, se fomenta su desarrollo social, se determina la problemática para buscar su solución.

²⁷ Gaytán Georgina. Departamento de Trabajo Social, División Médica. Benemérito Comité Prociegos y Sordos de Guatemala.

CAPÍTULO 4

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS DE INVESTIGACIÓN DE CAMPO

En este capítulo, se presenta el análisis de los datos del trabajo de investigación de campo, realizado a una muestra de 50 pacientes con diagnóstico de baja visión, que asisten al Programa de Baja Visión del Hospital de Ojos y Oídos “Dr. Rodolfo Robles”, en el período comprendido de mayo – junio del 2009.

Se utilizó la técnica de observación y entrevista y, como instrumento para la recabación de la información de campo, la boleta de encuesta con preguntas abiertas y cerradas.

CUADRO 1
EDAD
(en años)

Variante	Frecuencia	%
1 - 5	21	42
6 – 10	11	22
11 – 15	6	12
16 – 20	2	4
21 – 25	1	2
26 – 30	1	2
31 – 35	2	4
36 - más	6	12
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo mayo – junio 2009

El presente cuadro, refleja que el mayor porcentaje se encuentra en el intervalo “1-5”; sin embargo, su valor no es representativo estadísticamente, pero al reagruparlo con

la frecuencia del intervalo “6-10” se obtiene el 64% para un intervalo de “1-10”.

Por su corta edad, existe dependencia hacia los padres, lo que puede aprovecharse para orientar su organización hacia el mediano y largo plazo, que empleen para su vida diaria el remanente visual que poseen.

CUADRO 2
SEXO
(Según la población encuestada)

Variante	Frecuencia	%
Femenino	20	40
Masculino	30	60
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo mayo – junio 2009

En este cuadro el mayor porcentaje, se localiza en la variante “masculino”, por lo que se hace necesario capacitarlos, ya que más adelante se convertirán en jefes de familia.

CUADRO 3
ESCOLARIDAD
(Según la población encuestada)

Variante	Frecuencia	%
Ninguna	2	4
Pre-escolares	25	50
Primaria	16	32
Secundaria	6	12
Universitaria	1	2
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo mayo – junio 2009

En este cuadro, el mayor porcentaje de los pacientes entrevistados están localizados en la variante “pre-escolar” asociada a su edad.

CUADRO 4
INTEGRACIÓN DEL HOGAR
(Según la población encuestada)

Variante	Frecuencia	%
Hogar Integrado	34	68
Hogar Desintegrado	16	32
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo mayo – junio 2009

Es evidente que el mayor porcentaje, viven en un hogar integrado. Se asume que existe una buena relación intrafamiliar, lo que significa que los padres de familia, constituyen un recurso insustituible.

CUADRO 5
PROFESIÓN, OCUPACIÓN U OFICIO
(De los padres de familia)

Variante	Frecuencia	%
Ama de casa	14	28
Albañil	2	4
Mensajero	4	8
Agricultor	19	38
Mecánico	5	10
Mesera	2	4
Sastre	2	4
Maestro de Educación	2	4
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo mayo – junio 2009

En este cuadro, el mayor porcentaje se localiza en la variante “agricultor”. Esto refleja que la mayoría de los padres se encuentran laborando en condiciones poco favorables, con bajo salario.

CUADRO 6

CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA (Según estatus socioeconómico)

Variante	Frecuencia	%
Extrema Pobreza	15	30
Pobreza	27	54
Media	8	16
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo mayo – junio 2009

En este cuadro el mayor porcentaje se localiza en la variante “Pobreza”, debido a que los jefes de familia se dedican principalmente en la agricultura asociado al cuadro anterior, donde no se logra satisfacer las necesidades básicas.

CUADRO 7

PROCEDENCIA (Según la población encuestada)

Variante	Frecuencia	%
Urbana	15	30
Rural	32	64
Marginal	3	6
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo mayo – junio 2009

Este cuadro muestra que la mayoría de la población procede del área rural (Quiché, Baja Verapaz, Alta Verapaz, Izabal, Guastatoya, Escuintla, Jutiapa).

Este factor es limitante, ya que el desplazamiento para acudir a su tratamiento implica gasto de transporte para: exámenes previos a su diagnóstico de baja visión y tratamiento médico, orientación y educación, lo que obliga a ser referidos al albergue temporal del hospital.

CUADRO 8
TENENCIA DE LA VIVIENDA
(Según la población encuestada)

Variante	Frecuencia	%
Propia	37	74
Alquilada	5	10
Usufructo	1	2
Otros	7	14
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo mayo – junio 2009

Este cuadro muestra que el mayor porcentaje de la población entrevistada cuenta con casa “propia”, condición asociada a que proceden del área rural, donde cuentan con el apoyo familiar.

CUADRO 9
CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD
(según la población encuestada)

Variante	Frecuencia	%
SÍ	48	96
No	2	4
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo mayo – junio 2009

En este cuadro, la frecuencia modal, se localiza en la variante “Si”.

Sin embargo, se detectó durante la investigación, que el conocimiento que tienen sobre la baja visión, en el caso de los niños, “creen que se va a curar”.

CUADRO 10
CÓMO AFRONTA LA FAMILIA LA ENFERMEDAD
(Según la población encuestada)

Variante	Frecuencia	%
Aceptación	40	80
No aceptación	10	20
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo mayo – junio 2009

Este cuadro refleja que el mayor porcentaje recae en el rubro “aceptación”.

Este ha sido un proceso, ya que a un inicio la noticia fue impactante, de preocupación y dolor, pero con el tiempo ha ido superando con la orientación y apoyo que le proporciona el equipo multidisciplinario de baja visión.

CUADRO 11
RECIBE REHABILITACION VISUAL
(Según la población encuestada)

Variante	Frecuencia	%
SÍ	48	96
No	2	4
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo mayo – junio 2009

En este cuadro la frecuencia modal se localiza en el rubro “SÍ”.

Se considera que esta condición puede permitir reuniones con los pacientes del programa tanto para reforzar su participación individual como colectiva, para unificar esfuerzos en la búsqueda de satisfactores, para disfrutar de una vida digna.

CUADRO 12
USO DE AYUDA ÓPTICA
(Según la población encuestada)

Variante	Frecuencia	%
SÍ	6	12
No	44	88
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo mayo – junio 2009

Este cuadro refleja que el mayor porcentaje se localiza en la variante “NO”.

Se asume que no cuentan con ayudas ópticas, debido a que son infantes y los padres carecen de los recursos económicos.

CUADRO 13
PARTICIPACIÓN EN REUNIONES
(Según opinión de los padres familia)

Variante	Frecuencia	%
SÍ	38	76
No	12	24
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo mayo – junio 2009

El mayor porcentaje se localiza en el rubro “SÍ”, esto muestra el interés de los padres de familia en participar en reuniones con el propósito de ser orientados.

CUADRO 14
ACTIVIDADES PROPUESTAS
(según la opinión de los padres)

Variante	Frecuencia	%
Elaboración de material para estimulación visual	1	2.5
Pláticas sobre cómo sus hijos pueden aprovechar sus ayudas ópticas	1	2.5
Proyección del Programa de Baja Visión	1	2.5
Enseñarles como tener paciencia con los hijos	2	5
Pláticas sobre como acercarse a sus hijos	1	2.5
Pláticas sobre la educación de los hijos	25	67.5
Pláticas sobre etapas de crecimiento de los hijos	1	2.5
Pláticas sobre la unidad familiar	1	2.5
Pláticas sobre disciplina-sobreprotección de los hijos	1	2.5
Intercambiar experiencias	2	5
Pláticas sobre la administración económica	1	2.5
Actividades musicales	1	2.5

Fuente: Investigación de Campo mayo – junio 2009

Este cuadro muestra que el mayor porcentaje de la población se localiza en la variante “Pláticas sobre la educación de los hijos”, mostrando la necesidad que tienen de ser orientados y capacitados en ésta área familiar.

CUADRO 15
DÍAS DE PREFERENCIA PARA REUNIÓN
(Según opinión de los padres)

Variante	Frecuencia	%
Lunes	1	2.5
Martes	1	2.5
Miércoles	2	5
Viernes	14	37
Cualquier día	20	53
TOTAL	38	100

Fuente: Investigación de Campo mayo – junio 2009

En este cuadro la frecuencia modal se localiza en la variante “cualquier día de la semana”, por lo que se asume que los padres tienen la disposición de participar en las reuniones.

CUADRO 16
HORARIO DE PREFERENCIA
(Según la opinión de los padres)

Variante	Frecuencia	%
Mañana	34	89
Tarde	4	11
TOTAL	38	100

Fuente: Investigación de Campo mayo – junio 2009

Este cuadro refleja que el mayor porcentaje se localiza en la variante “mañana”, debido a que la mayoría se desplaza del interior, lo cual les permite retornar el mismo día.

CAPÍTULO 5

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en el trabajo de investigación, la presente propuesta de trabajo social es una alternativa cuyo objetivo es organizar al grupo de padres de familia y pacientes del Programa de Baja Visión, tomando en cuenta sus intereses y necesidades. Para la ejecución de estas actividades se contará con la participación del equipo multidisciplinario del Programa de Baja Visión del hospital de ojos y oídos “Dr. Rodolfo Robles”

5.1 Identificación del Proyecto

Nombre del Proyecto: “Organización del Grupo de Padres de Familia y Pacientes del Programa de Baja Visión”.

Lugar: Hospital de Ojos y Oídos “Dr. Rodolfo Robles”

Duración: Un año

Coordinador: Trabajadora Social del Programa de Baja Visión.

Naturaleza: Organizar al grupo de padres de familia y pacientes del Programa de baja Visión.

5.2 Justificación

Se considera necesario ejecutar este proyecto con el propósito de orientar y apoyar a los padres de familia y pacientes que asisten al Programa de Baja Visión, para que adquieran más conocimientos al respecto de la enfermedad ocular y para que aprendan a organizarse para tomar decisiones en grupo.

Esta propuesta pretende responder a lo establecido en el artículo 82 de la Constitución Política de la República de Guatemala, que dice: “La Universidad de San Carlos de Guatemala... promoverá por todos los medios a su alcance la investigación en todas las áreas del saber humano y cooperará al estudio y solución de los problemas nacionales”.

La investigación, además de describir la realidad, debe de generar posibilidades y soluciones para que las personas puedan vivir mejor.

Además, dicha propuesta se fundamenta en los objetivos que se ha trazado el Departamento de Trabajo Social de la División Médica, específicamente a lo que se refiere a: “Promover la integración de grupos de orientación y apoyo por patologías”

Se aprovecharán las reuniones para que la capacitación se imparta en forma constante, la misma será mensual y los temas serán de acuerdo a las necesidades e intereses del grupo.

5.3 Objetivos

5.3.1 General

Organizar el grupo de padres de familia y pacientes del Programa de Baja Visión para enfrentar colectivamente las limitantes socioeconómicas y de capacitación.

5.3.2 Específicos

5.3.2.1 Lograr la participación activa de los padres de familia y pacientes del Programa de Baja Visión en las reuniones del grupo.

5.3.2.2 Involucrar al equipo multidisciplinario del Programa de Baja Visión en el proceso de capacitación básica.

5.3.2.3 Organizar a los padres de familia y pacientes para gestionar y canalizar los recursos requeridos para los pacientes del Programa de Baja Visión.

5.4 Metas

5.4.1 Lograr que el 100% de los padres de familia y pacientes que asisten al Programa de Baja Visión se involucren en el proyecto.

5.4.2 Realizar una actividad mensual con una duración de 2 horas, en las instalaciones del auditorium del hospital de ojos y oídos “Dr. Rodolfo Robles”.

5.4.3 Contar con la participación de todo el equipo multidisciplinario del Programa de Baja Visión en el transcurso de las reuniones programadas.

5.5 Metodología

El trabajador social apoyará y orientará a los padres de familia y pacientes del Programa de Baja Visión a identificar y desarrollar sus capacidades, así como valorar la importancia de participar en familia, comprometiéndose en el proceso de rehabilitación e integración de los pacientes como personas útiles a la sociedad, y esto tenga un efecto multiplicador en todos los miembros de la familia. Se aplicará el método de trabajo social de grupos para organizar a los padres de familia y pacientes en actividades grupales.

Se utilizarán las técnicas: observación, entrevista, reunión y los instrumentos requeridos para aplicar las técnicas, serán: las guías, boletas, agendas, calendarización y materiales audiovisuales.

5.6 Recursos

5.6.1 Humanos

- Trabajadora Social
- Oftalmólogo de Programa de Baja Visión
- Rehabilitadora Visual
- Estimuladora Visual
- Psicóloga
- Secretaria
- Profesionales Invitados
- Otros

5.6.2 Materiales

- Equipo audiovisual
- Equipo de oficina

5.6.3 Financieros

El presupuesto de gastos se canalizarán desde las siguientes instancias:

- Benemérito Comité Prociegos y Sordos de Guatemala.
- Hospital de Ojos y Oídos “Dr. Rodolfo Robles”
- Programa de Baja Visión
- Padres de Familia del Programa.

5.7 Evaluación

Se evaluará parcialmente al final de cada reunión tomando en cuenta el logro de los objetivos, recursos, el tiempo y el espacio.

La evaluación final se realizará al finalizar este proyecto tomando en cuenta el logro de los objetivos, recursos, el tiempo y el espacio.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de la población que asiste al Programa de Baja Visión, está constituida por infantes comprendidos entre las edades de 1 a 10 años. Por su corta edad, existe dependencia hacia los padres quienes deben ser capacitados para que orienten a sus hijos hacia la forma de utilizar el remanente visual que poseen para desempeñarse en su vida diaria.
2. La mayoría de pacientes viven en un hogar integrado, por lo que se asume que existe una buena relación intrafamiliar, lo que implica que los padres de familia constituyen un recurso insustituible.
3. Las familias de los pacientes proceden del área rural, factor limitante, ya que el desplazamiento para asistir a su tratamiento, orientación y educación implica gastos de transporte y uso de albergue temporal.
4. La situación económica de la mayoría de las familias están en la categoría de “pobreza” debido a que los jefes de familia se dedican, principalmente a la actividad agrícola de autoconsumo.
5. La mayoría de la población cuenta con “casa propia”, condición asociada a que proceden del área rural, donde cuentan con el apoyo familiar.
6. El conocimiento que tienen los padres de familia sobre la baja visión de sus hijos creen que se “curarán”.
7. Afrontar la baja visión con “aceptación” ha sido un proceso, ya que a un inicio fue impactante, de preocupación y dolor, pero con la orientación que le proporciona el equipo multidisciplinario del Programa de Baja Visión, han ido superándolo.

8. La mayoría de pacientes que asisten al Programa de Baja Visión no cuentan con ayudas ópticas, debido principalmente a que son infantes y que sus padres carecen de los recursos económicos para obtenerlos.
9. Los padres de familia están dispuestos a participar en reuniones grupales cualquier día de la semana por la mañana.
10. El rol que juega el Trabajador Social como parte del equipo multidisciplinario del Programa de Baja Visión es fundamental en la orientación, organización y apoyo de los pacientes y sus familias.
11. El profesional de Trabajo Social del Programa de Baja Visión, es el indicado para coordinar la capacitación de los padres de familia contando con el apoyo del equipo multidisciplinario.
12. El Benemérito Comité Pro-ciegos y Sordos de Guatemala, es la única institución, que con un equipo multidisciplinario, atiende a la población con diagnóstico de baja visión.

RECOMENDACIONES

1. La mayoría de la población que asiste al Programa de Baja Visión son infantes, por lo tanto dependen de sus padres, lo cual debe de aprovecharse para orientar su organización hacia el mediano y largo plazo.
2. El Programa de Baja Visión se encuentra ubicado en la ciudad Capital, lo constituye un factor limitante para los pacientes que acuden del área rural, por lo que es necesaria su regionalización para facilitar el acceso al tratamiento.
3. Que el Programa de Baja Visión implemente la venta de ayudas ópticas, a un costo al alcance de los pacientes.
4. Estando la mayor parte de la población en situación de pobreza y extrema pobreza, buscar ayuda internacional que apoye el programa (donaciones), principalmente para adquirir ayudas ópticas.
5. Hacer mayor divulgación para dar a conocer el programa de baja visión.
6. Que el programa de baja visión incorpore y aplique la propuesta de intervención profesional de esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ander Egg, Ezequiel. Diccionario del Trabajo Social, Editorial del Sur, Buenos Aires, Argentina, 1992.
2. Ander-Egg, Ezequiel. Diccionario del Trabajador Social, Editorial El Ateneo, S.A. Vigésima primera edición, México, D.F., 1998.
3. Arditi A.&B. Rosenthal. *Developing an Objective Definition o Visual Impairment*. New York : Arlene R. Gordon Research Institute. The Lighthouse Inc., 1996.
4. Asociación Nacional de Escuelas de Trabajo Social, ANETS, El Trabajo Social de Guatemala frente al Nuevo Milenio. Informe del 4to. Congreso de Trabajo Social, Guatemala 1999.
5. Boletín Informativo. Escuela de Trabajo Social. Área de Formación Profesional Específica. Guatemala, Septiembre de 1999.
6. Calderón, Felipe, Consideraciones Generales sobre Capacitación de Grupos. Escuela de Trabajo Social, USAC, 3era. Edición, Guatemala, 1987.
7. CASP-CELATS Colegio de Asistentes Sociales del Perú y Centro Latinoamericano de Trabajo Social, Perfil Profesional y diseño curricular de Trabajo Social, Lima, Perú 1987.
8. El Ojo y su Visión, Archur H. Keeny, Presidente del Comité Oftalmológico Consultor de NAVH, 1978 N.Y, USA
9. Enciclopedia Wikipedia
10. Folleto de la Asociación de Estudiantes de Trabajo Social, Escuela de Trabajo

- Social, USAC. 1982.
11. Folleto del Curso del Desarrollo de la Comunidad II, Escuela de Trabajo Social, USAC. 1982.
 12. Gaytán, Georgina. Manual del Departamento de Trabajo Social, División Médica. Benemérito Comité Prociegos y Sordos de Guatemala, s/datos.
 13. Health System, University of Virginia, s/ datos.
 14. Informe de crímenes contra las mujeres en Guatemala, Amnistía Internacional, s/datos.
 15. Kisnerman Natalio. *Pensar el trabajo social*. Segunda Edición. Editorial Lumen, 2005.
 16. Kisnerman, Natalio, Servicio Social de Grupos, Editorial Hymanitas, Buenos Aires, Argentina, 1983.
 17. Memoria de Labores 2008, Benemérito Comité Prociegos y Sordos de Guatemala.
 18. Noticiero Oftalmológico Panamericano, vol.18, No.2, 2001.
 19. Polanco Byron, Programa de Baja Visión, Hospital Dr. Rodolfo Robles.
 20. Polanco, Byron, Proyecto Clínica de Baja Visión, Hospital Dr. Rodolfo Robles.
 21. Portal IPS Universitaria – Programa de Salud Visual <http://ips.udea.edu.co>