

MINISTERIO DE EDUCACION
PUBLICA
Escuela de Servicio Social
Santiago

Contribución del ~~Estado~~ en la
Reeducación ~~de los~~ ~~delincuentes~~

Memoria de prueba para optar
al título de Asistente Social del
Estado

ALICIA VATTUONE LOPEZ

SANTIAGO DE CHILE

1945

Social

3622/1522
3920
MINISTERIO DE EDUCACION
PUBLICA
Escuela de Servicio Social
Santiago



Contribución del Servicio Social en la Reeducación de Inválidos

Memoria de prueba para optar
al título de Asistente Social del
Estado

Esta Memoria fué calificada
con *17* puntos frente a
un máximo de *21* puntos.



ALICIA VATTUONE LOPEZ

REGISTRO N°

SANTIAGO DE CHILE

1945



UTEML50049173

REGISTRO N°

UNIVERSIDAD DE CHILE
SEDE SANTIAGO CENTRAL
BIBLIOTECA CENTRAL

SUMARIO.

INTRODUCCION.-

I CAPITULO.- CONCEPTO Y CLASIFICACION DE INVALIDOS.

- a) Concepto antiguo del inválido.
- b) Concepto actual del inválido.
- c) Clasificación de inválidos.

II CAPITULO.- INVESTIGACION DE LAS APTITUDES DEL INVALIDO.

III CAPITULO.- REEDUCACION DEL INVALIDO.

- a) Orientación profesional.
- b) Ubicación talleres.
- c) Labor de adaptación al trabajo.

IV CAPITULO.- TALLERES DEL HOSPICIO DE SANTIAGO.

- a) Creación de Talleres en el Hospicio.
- b) Organización y funcionamiento.
- c) Objeto y fines.

V CAPITULO.- ACCION DEL SERVICIO SOCIAL EN EL PROBLEMA.

VI CAPITULO.- EXPOSICION DE 10 CASOS.

CONCLUSIONES.-

BIBLIOGRAFIA.-

INDICE.-

INTRODUCCION.



La Reeducación de Inválidos para hacerlos aptos a alguna labor en relación con su capacidad residual, ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia con el progreso de los conocimientos sobre Ortopedia, Cirugía de Guerra, Psico-tecnia, Terapia Ocupacional de alienados, etc.

Al mismo tiempo, los progresos de la Medicina e Higiene Social, en general, que han tenido como resultante el aumento del promedio de longevidad de la masa humana, han hecho variar totalmente los conceptos sobre el porvenir económico, médico y social del anciano, de tal modo que en los últimos años ha nacido una nueva rama de la Medicina que se preocupa de todos los aspectos de atención médica, asistencia social y adaptación de los viejos y que se ha designado con el nombre de "GERIATRIA".

Por otra parte, la aplicación de los métodos de Labor-terapia en el tratamiento de los alienados, tanto crónicos como agudos, que recibieron un impulso decisivo con las experiencias de Simon en el Hospital de Alienados de Gütterloch, (Alemania) iniciadas a comienzos del presente siglo, es otro de los factores que inciden para hacer resaltar cada vez más el interés por este Tema General de la Readaptación y Reeducación de Inválidos.

Este problema tiene, además relación directa con las Cajas de Previsión Social.

Es así como la Readaptación de Inválidos contribuye en la economía de estas Instituciones disminuyendo el número de Pensionados de Invalidez, factor fundamental del desfinanciamiento de ellas. El progreso de los métodos de readaptación, puede permitir reintegrar al trabajo gran número de sujetos incapacitados, en otra labor que sea posible de acuerdo con su capacidad residual, dejando así de ser una carga para la Institución Social en que impone y restituyéndose como elemento productor a la sociedad.

I CAPITULO.

CONCEPTO Y CLASIFICACION DE INVALIDOS.

a) Concepto antiguo del inválido.

A la luz de todos estos hechos el concepto de invalidez ha variado en forma radical.

Hasta entonces, se considera como inválido a la persona que sufría una "deficiencia orgánica o psíquica que le impedía subsistir de acuerdo con la normalidad establecida."

Un individuo en tales condiciones se veía arrastrado a una existencia miserable de achaques y dolores que sólo terminaban con la muerte; era un ser inútil, que vegetaba socialmente como parásito, constituyendo una carga para la familia y para la sociedad en general.

Los inválidos quedaban a merced de su propia suerte; como no podían trabajar se entregaban a la ociosidad y al parasitismo, con la consiguiente relajación de la moral que éstos provocan.

En la Antigüedad algunas ciudades griegas habían, sin embargo, organizado la asistencia de los individuos abrumados por la edad. Es así como en Atenas, los inválidos tenían una indemnización de dos óbolos por día, según los servicios que éstos podían prestar al Estado. No era una ayuda con sentido de solidaridad humana, sino que involucraba un fin utilitario.

En Roma sucedía algo parecido: encontramos las pensio-

nes acordadas a los inválidos que habían prestado servicio al Estado como soldados.

Con la aparición del Cristianismo, fueron las iglesias las encargadas de socorrer a los inválidos, mediante el reparto de dinero y especies. Esto contribuyó en gran parte a la existencia de mendigos y vagabundos, que constituían un peligro público.

La sociedad antigua no solamente se desinteresaba de la suerte de los inválidos, sino que consideraba que su desaparición era un beneficio desde el punto de vista social.

Se consideraba suficiente que éstos fueran admitidos en asilos, para que recibieran la ayuda necesaria a sus necesidades. Pero por espléndidas que fueran las compensaciones materiales que pudiera recibir el inválido, se veía poseído de un sentimiento de inferioridad, exacerbado por la imposibilidad de poder actuar socialmente con plena personalidad y en igualdad de condiciones que los demás.

b) Concepto actual del inválido.

Salvo estas medidas, en esencia de orden caritativo, con que la sociedad mostraba su preocupación por los Inválidos, medidas aisladas que en absoluto se refieren a lo que debe llamarse "ASISTENCIA SOCIAL DEL INVALIDO", no se encuentra en la Literatura otro aspecto que diga relación con el problema, durante siglos.

Sólo a fines del siglo pasado comienza, con la era del liberalismo económico y la aparición de la Industrialización, los primeros esbozos de los múltiples aspectos de la atención del Inválido.

La invalidez de grandes masas de hombres jóvenes provocada por la conflagración mundial de 1914, significa un impulso de primer orden en todo lo referente a la ASISTENCIA SOCIAL Y REHABILITACION de este tipo de enfermos.

El inválido ya no es considerado como un ser inútil ni totalmente incapaz, pues la Reeduación o la Readaptación los puede transformar en un factor útil para sí mismos, para la familia y la sociedad.

La invalidez constituye un problema tanto Médico como Social.

El inválido es acogido por las Leyes Sociales, cuyo objeto es no sólo indemnizar al inválido económicamente otorgándole auxilios en dinero, sino también y mucho más importante, se preocupan de su readaptación y tratamiento. Desde el punto de vista social significa la revalidación de una unidad

productora y desde el punto de vista individual, recobrar la capacidad de trabajo, representa recobrar la alegría de vivir y el sentimiento de la dignidad personal.

En Chile, la ley de Seguro Obligatorio de Enfermedad, Invalidez y Vejez, se promulgó el 8 de Septiembre de 1924, aplicándose desde 1925.

Esta ley considera inválido "al individuo que sufra de una enfermedad crónica que le produzca incapacidad absoluta y permanente para el trabajo. " Pero esta definición excluye a los individuos que a pesar de un estado de invalidez avanzado, son capaces de efectuar algún trabajo por insignificante que sea, es decir que poseen una capacidad residual de trabajo.

Para apreciar la invalidez debe considerarse además del daño físico, la actividad profesional y la capacidad de ganar. La primera se refiere a la lesión que altere una función orgánica, sin considerar las consecuencias económicas de la invalidez. Las otras dos relacionan el estado lesional con la actividad remunerada del individuo, ya sea en relación con el hábito profesional del sujeto o utilizando la capacidad de trabajo que le resta.

En el concepto de invalidez no sólo debe tomarse en cuenta la pérdida o alteración de los órganos, sino también la edad, profesión, etc.

La definición de invalidez aceptada hoy día, es la propuesta por la Oficina Internacional del Trabajo, similar a la del seguro social alemán que establece:

"Se considera inválido al individuo que, a consecuencias de enfermedad, de accidente que no sea del trabajo o que por debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales, esté incapacitado para procurarse, por medio de un trabajo proporcionado a sus actuales fuerzas, capacidad y formación, una remuneración por lo menos equivalente a un tercio del salario habitual que gane un trabajador sano en condiciones análogas de trabajo, y en la misma localidad."

El Social Security Board, considera como inválido a una persona que no es capaz de ejercer un oficio que le produzca una remuneración substancial.

Suelen confundirse los conceptos de invalidez e incapacidad. La incapacidad es la falta de aptitud para desempeñar un trabajo, pero es un hecho transitorio y que puede ser modificado por la terapéutica; en cambio la invalidez es la pérdida de la aptitud para el desempeño de una actividad en forma definitiva o escasamente modificable.

La invalidez es la pérdida permanente en grado absoluto o relativo de la facultad de cumplir un objetivo que asegure una remuneración substancial.

Se consideran dos factores importantes: la calidad y cantidad de la lesión sufrida y las condiciones económico - sociales del medio.

Se considera actualmente que si un individuo está imposibilitado para ganar su sustento y el de su familia, debe sacarse de esta situación de inferioridad respecto de los de-

más, reintegrándolo a una actividad del trabajo, mediante su Reeducación Profesional, estudiando su capacidad residual y adaptándola al trabajo que ella permita. No basta proporcionarle ayuda para que satisfaga sus necesidades materiales, sino también debe evitarse que recuerde en todo momento su inutilidad y le haga sentir la pesadumbre de su situación.

c) Clasificación de inválidos.

Desde el punto de vista médico, la invalidez puede dividirse en:

- a) Invalidez fisiológica, aquella provocada por senilidad, y
- b) Patológica, la producida por enfermedad orgánica o Psíquica, por accidente, lisiación, etc.

Dentro de los sistemas de Seguro Social se considera la senilidad como causa de invalidez, invalidez causada por el desgaste natural del organismo.

La senilidad constituye uno de los rubros importantes de invalidez, pues el anciano, debido principalmente a la disminución de su rendimiento, se ve desalojado de los centros de trabajo. Además especialmente en nuestro medio obrero, la disminución del rinde económico provoca, a menudo, el abandono total del anciano de parte de sus familiares, quedando éste entregado a su propia suerte.

La Conferencia del Trabajo de los Estados de América, celebrada en Santiago de Chile en Enero de 1936, fijó en 60 años la edad mínima necesaria para conceder Pensiones de Vejez.

Entre las principales causas "Patológicas" de invalidez, entre nosotros, tenemos:

- a) La tuberculosis, la enfermedad de mayor repercusión social que afecta a nuestro pueblo como un verdadero azote. La mortalidad por tuberculosis es en Chile, de 4%, una de las cifras más altas del mundo. Fallecen anualmente 20.000 tuber-

culosos, y se ha comprobado estadísticamente que hay 6 enfermos por cada fallecido.

En 1939 la tuberculosis ocupó el primer lugar como causa de Pensión de Invalidez de la Caja de Seguro Obrero; en 1940, ocupó el segundo lugar.

- b) Las afecciones cardiovasculares, que junto con la tuberculosis constituye el rubro más alto de invalidez.
- c) El reumatismo crónico que provoca invalidez en sujetos de 45 a 50 años de edad término medio.
- d) Las afecciones del sistema nervioso es otra de las causas patológicas de invalidez de primera importancia.
- e) Los trastornos mentales en general, en los cuales el método de la Terapia Ocupacional rinde marcados beneficios, como ya lo hemos dicho en la Introducción.
- d) Las afecciones quirúrgicas que producen lisiación, etc. ,
etc.

II CAPITULO.

INVESTIGACION DE LAS APTITUDES DEL INVALIDO.

La readaptación de un inválido para una labor útil, precisa desde luego un estudio acucioso de sus antecedentes hereditarios, mórbidos anteriores y clínicos actuales de la enfermedad que provocó la invalidez.

Es necesario también conocer el tipo de trabajo a que éste se dedicaba durante su estado de salud total.

Este historial es de gran importancia para poder juzgar de la capacidad residual que haya dejado la invalidez y poder así, determinar en mejor forma el trabajo que se adapte a ella.

Al preocuparse de la Reeducación Profesional de un inválido lo primero que se precisa investigar, es la posibilidad real de que el inválido pueda efectuar algún trabajo.

Enseguida se estudiarán sus aptitudes remanentes, conforme a las normas fijadas por la Psicotecnia y adaptadas a este tipo de enfermos.

Se trata de que el individuo pueda utilizar su capacidad remanente, sin obligarle a hacer ningún esfuerzo suplementario.

La capacidad residual del inválido será estudiada en cada caso de invalidez, por técnicos en estas disciplinas con la utilización de todos los adelantos que la ciencia Psicotecnia ha alcanzado en los últimos años.

La prótesis es un elemento inseparable de la reeducación. Es un medio de restituir una función perdida gracias a dispositivos que facultan al inválido para efectuar un trabajo productivo.

El antiguo concepto de la prótesis dirigido sólo a disimular un defecto físico, ha sido reemplazado en el sentido de proporcionar al enfermo un elemento mecánico que reemplace la función del miembro perdido.

En lo posible debe orientarse al inválido en su antiguo oficio salvo que posea aptitudes excelentes para otro trabajo. Debe estudiarse la capacidad remanente en el sujeto en relación con la experiencia que éste posea sobre un determinado oficio y la posibilidad de reeducación que pueda dársele, no sólo considerando el punto de vista económico sino también terapéutico.

El individuo que ha sufrido un gran daño que le impida seguir desempeñando su trabajo normal, se considera imposibilitado para cualquier trabajo, pero no piensa que aún le queda su capacidad residual de trabajo que puede aprovechar. Generalmente estos individuos encuentran la negativa de las industrias para proporcionarles trabajo, con la consiguiente desmoralización de éstos.

No debe considerarse al hombre como factor de la vida social solamente sino también como factor económico y desde este punto de vista, obtener el máximo rendimiento de su energía con el mínimo de esfuerzo; para ello debe dársele una orientación técnica racional, de acuerdo con sus aptitudes



somato-psíquicas. El inválido debe sentir de nuevo el gusto por la vida, al considerarse capaz de valerse por sí mismo y dejar de ser una carga para la sociedad.

Una vez conocida la capacidad residual y las aptitudes remanentes se destina el inválido, al taller de aprendizaje más apropiado para él y que ha sido determinado por el estudio preliminar anterior y de lo cual hablaremos en un capítulo posterior.

III CAPITULO.

REEDUCACION DEL INVALIDO.

Desde épocas remotas se consideraba al trabajo como una medida terapéutica, pero no era empleada en forma científica y sistemática como en la actualidad.

En Francia en 1791, Pinel observó con éxito los efectos que ejercía el trabajo en el tratamiento de los enfermos mentales.

En 1815, en varios asilos y hospitales, se demostró que la utilización de los enfermos mentales en las labores del campo y en otras actividades sencillas, constituían el medio más seguro y eficaz para el restablecimiento de estos enfermos. Así en Alemania en 1876, se fundó el manicomio de Altscherbitz, implantando en gran escala la ocupación bienhechora de los enfermos.

Pero la terapéutica por el trabajo, pasó por un largo período de estabilidad de más o menos medio siglo.

Fué preciso que llegara la Guerra del 14 con su producción intensiva de inválidos, para que la preocupación por la terapia ocupacional se hiciera de necesidad imperiosa. Con el gran número de inválidos de guerra y la falta de brazos, hubo necesidad de preocuparse seriamente de su Reeducación y Readaptación funcional para el trabajo, con el apoyo obligado del Estado y particulares.

La labor iniciada en Alemania en 1832, en la educación

profesional de los niños lisiados (institución llamada Krüppelfürsorge) repercutió en todo el mundo y aún cuando en sus principios sólo se redujo a una hospitalización y a una restauración física parcial, fué tomando con el tiempo un aspecto marcadamente de enseñanza profesional e ilustró en una buena proporción abla propia organización d de la Reeducación Profesional de los Inválidos de Guerra. Entre otras instituciones la Escuela de Reeducación de Dusseldorf, orientada francamente para la Reeducación Industrial, las Escuelas Profesionales para inválidos de Nuremberg y otras más.

En Holanda podemos citar el Instituto de Reeducación de Rotterdam, institución de similar estructura a la del Instituto de Madrid, aún cuando no está ideado como éste solamente para inválidos del trabajo, como es la tendencia general de muchas instituciones de reeducación del mundo. También merece citarse la Escuela de Johannastichting en Arnhem, que aunque admite sólo muchachos adolescentes, tiene organizadas sus enseñanzas para los adultos.

Merece atención particular, la labor que efectúa Alemania en favor de los niños lisiados, iniciadas hace unos 100 años y reguladas hoy por disposiciones legales, entre ellas la ley protectora de la infancia, que obliga a la enseñanza de acuerdo con la capacidad mental, física y social.

En Gran Bretaña se creó en 1902, en Liverpool, un taller escuela para inválidos adultos, siendo la más antigua

institución de Reeducción Profesional para adultos.

Existe desde 1919 en este país, un Comité Central de Ayuda a Inválidos y Enfermos que tiene como fin:

- 1) Facilitar el despistaje y el tratamiento inmediato de los niños anormales o con posibilidades de serlo;
- 2) Estudiar los proyectos relacionados con la institución, tratamiento, reaprendizaje, colocación y ayuda para el mejoramiento económico de esta población;
- 3) Propender a la organización de organismos locales que se preocupen de estas cuestiones;
- 4) Investigar las causas de invalidez y las medidas adecuadas para suprimirlas;
- 5) Servir de coordinador entre las organizaciones tanto públicas como privadas que se preocupen de esta materia.

Puede decirse entonces que la Reeducción Profesional ha surgido como consecuencia de los resultados obtenidos con la rehabilitación de los inválidos de la Gran Guerra.

Después de la guerra del año 14, todos los países se preocuparon de esta ciencia, creándose con este objeto una serie de instituciones de reeducación que más tarde, realizada su labor principal con los inválidos de guerra, siguieron ocupándose con los inválidos del trabajo, creándose legislaciones especiales para la Reeducción Profesional del Inválido y los desadaptados a su trabajo en sus variados aspectos.

En Francia esta obra ha sido impulsada por la gravedad del problema existente después de la guerra. La Oficina Nacio-

nal de mutilados de guerra dedicó a la labor rehabilitadora desde 1918, una actividad muy considerable.

Cada industria o establecimiento comercial susceptible de ocupar lisiados, debía obligadamente proporcionarle trabajo a un mínimo de ellos, según la capacidad de la institución.

Las leyes francesas de 1924 y 1930, sobre los inválidos de guerra y del trabajo, han contribuido a formar una red de escuelas de readaptación a través de todo el país.

Actualmente existen en Francia, numerosas escuelas de Reeducación, siendo la más conocida la de Burdeos.

En Bélgica se creó la Escuela de Charleroi, marcando la actividad del país en materia de Reeducación Profesional. En esta escuela eran admitidos toda clase de inválidos, incluso los mentalmente retrasados. Este establecimiento contaba también con clínicas, sala de mecanoterapia y electroterapia, destinadas a inválidos y mutilados de guerra. La escuela de Bramante para lisiados, el laboratorio de Anderlecht que se ocupa especialmente de la colocación de los egresados de las escuelas de reeducación.

En Estados Unidos el programa de rehabilitación profesional comenzó en 1920. En 1919 el Congreso aprobó la ley de Rehabilitación Profesional Civil, por la cual el gobierno federal consignaba un millón de dólares para repartir entre los Estados proporcionalmente a la población de cada uno, con la condición de que cada Estado supliera una cantidad equivalen-

teddólar por dólar durante 5 años.

Vale la pena consignar las conclusiones de la Conferencia regional occidental americana de rehabilitación profesional civil, celebrada en Los Angeles en 1928:

Factores de éxito:

- a) Análisis de todos los elementos subjetivos y objetivos.
- b) Capitalizar la experiencia profesional anterior.
- c) Respetar siempre el punto de vista del individuo.
- d) Perfeccionar la información de colocaciones.
- e) Emplear el método más corto y remunerativo.

Métodos de rehabilitación.

- a) Es mejor la reeducación que la colocación simple.
- b) Excepcionalmente puede admitirse la colocación cuando hay una facilidad de adaptación al trabajo.
- c) El suministro de prótesis por sí sólo no constituye una rehabilitación sin su determinación específica.

Causas de fracaso: selección inadecuada, examen incompleto del sujeto, orientación inadecuada e inspección deficiente de la reeducación.

En Estados Unidos existe el "National Committee for the Disabled", cuyo fin principal es la colocación de los anormales en un trabajo apropiado para sus capacidades; actúa mediante agencias locales que estudian el mercado de trabajo del lugar y las posibilidades de ocupación; en ellas colaboran médicos, educadores y asistentes sociales.

En Dinamarca tenemos una institución para inválidos creada en 1872 por Hans Kudse y subvencionada por el Estado,

aún cuando es de carácter privado.

En Noruega tenemos el Instituto Central de Inválidos de Oslo, creado con el importe del regalo que el pueblo de Noruega hizo a sus reyes con ocasión de su Jubileo.

En el Japón la reeducación también comenzó a introducirse. En 1927 el secretario del Ferrocarril J.M.C.A., señor Masasuke Masutomi, en representación oficial de su gobierno visitó instituciones de reeducación en América y Europa. Hasta entonces sólo se había hecho en Japón labor de reeducación de inválidos procedentes de las Compañías Ferroviarias y en especial en cinco talleres donde los inválidos estaban asilados. El principal oficio que se enseñaba era sastrería.

En lo que se refiere a Italia, el gobierno decretó a principios del año 1929, la creación de un Instituto Nacional para la asistencia a los grandes inválidos del trabajo.

En España, la reforma de la ley de Accidentes del Trabajo de 30 de Enero 1900, por la de 10 Enero de 1922 introdujo en su artículo 23, la novedad de obligar al Ministerio de Trabajo a organizar un servicio de reeducación de inválidos del trabajo. Se creó como consecuencia por Decreto de 4 de Marzo 1922, el Instituto de Reeducación Profesional de Inválidos del Trabajo.

El Instituto de Reeducación Profesional de Madrid, comienza a funcionar con todos sus servicios organizados desde 1926 y desde entonces su organización fundamental se mantiene en normal desenvolvimiento .

Los talleres que posee el Instituto son los siguientes; taller mecánico, eléctrico, carpintería y ebanistería, taller de confecciones y sastrería, zapatería, taller de mecánica ortopédica, encuadernación, taller de dibujo artístico, etc.

El Instituto tiene una Escuela de Orientación Profesional y un servicio de colocación que funcionan anexos a él. En Barcelona está el Instituto de Reeduación de Inválidos, anexo al Instituto de Orientación Profesional.

En nuestro país, tenemos en materia de reeducación: los talleres del Hospicio, el Manicomio, efectuada en este establecimiento en forma de terapéutica, y algunas instituciones fiscales como el Taller del Lisiado, de vida efímera, y Talleres Pedro Aguirre Cerda de la Dirección General de Auxilio Social.

"Por Reeduación Profesional de los inválidos del trabajo, entendemos la capacitación o formación en un oficio nuevo, profesión u ocupación de aquellos individuos válidos o inválidos, que por cualquier circunstancia, propia o ajena, a ellos mismos, con ocasión del trabajo o fuera de él, se ven en la imposibilidad de dar un rendimiento económico en su oficio, profesión u ocupación, por haber perdido el hábito o la facultad de efectuar el trabajo, como hasta entonces lo venían haciendo." (Madariaga)

"Reeduación" es la dotación al inválido de una nueva capacidad que le permita desenvolverse hasta la obtención de una actividad de ganancia substancial.

El concepto de "rehabilitación" es más genérico que el

de "reeducación" que debiera comprender sólo los casos en que hay necesidad de un aprendizaje nuevo, mientras que la rehabilitación comprende todos estos casos y, además, los de readaptación, ocupación, protetización y hasta los de una simple colocación. Se emplea sin embargo, la palabra reeducación por ser la sancionada por la costumbre.

En el aspecto del trabajo, se entiende por reeducación todo esfuerzo que tienda a proporcionar al individuo una nueva actividad, de acuerdo con su actual estado psico-físico, para el desempeño de sus funciones.

La Reeducación de Inválidos, trata de utilizar a los individuos sin obligarlos a ningún esfuerzo suplementario, aprovechando lo que les resta de su capacidad residual de trabajo.

El Dr. Herbert J. Hall, define la Terapia Ocupacional como: "La ciencia del trabajo organizado para los inválidos."

El Dr. H.A. Pattison la define diciendo: "LA Terapia del Trabajo puede describirse, como cualquiera actividad, mental o física, definitivamente prescrita y dirigida con el propósito de contribuir a acelerar la mejoría de una enfermedad."

a) Orientación profesional del inválido.

"La orientación profesional—dice Bogen—debe elegir entre todas las profesiones la adecuada para cada hombre, por lo que el profesiograma elaborado con este objeto debe fundarse en primer lugar en las funciones y características de aquel en relación con su naturaleza y conveniencias, y sólo después de esto en los factores económicos."

Oller, define la orientación profesional como: "El estudio del individuo en su aspecto fisiológico, intelectual y manual, con el objeto de dirigirlo a una profesión u oficio, para el que tenga mayores condiciones."

Perret-Mazel dice que: "Orientar es poner a un individuo en equilibrio entre sus medios y su acción profesional."

La orientación profesional constituye el factor más importante para obtener el máximo rendimiento profesional.

Como se desprende de la definición la orientación profesional, tiene al sujeto como punto básico de su finalidad. Hay que basarse en la persona y en sus características particulares, de las que hay que partir, para hallar la profesión adecuada.

La orientación profesional que se hacía en un comienzo era más bien un examen fisiológico, un estudio de la fatigabilidad, etc., del que se deducía una serie de consejos más o menos empíricos. Pero el fin social de la reeducación y su objetivo humano obligan a utilizar los métodos más

rigurosamente científicos, en la orientación profesional.

Para reeducar al inválido se debe estudiar, sus aptitudes fisiológicas y mentales residuales, también su conducta moral y para ello debe aplicarse el rigor científico, pues no hay que olvidar que el inválido posee posibilidades distintas de trabajo, en una Escuela de Reeduación Profesional, cuyo centro de las funciones técnicas es la Oficina de Orientación Profesional.

En líneas generales, el inválido al que se trata de orientar profesionalmente en relación con las condiciones antedichas, se le somete a 5 exámenes, a saber: informativo, fisiológico, psicológico, psicotécnico y global.

El examen informativo: comprende las investigaciones e informes que dicen relación con sus antecedentes profesionales y su pasado patológicos.

La información que se puede recoger en la orientación de los inválidos no ofrece tanta garantía, ni utilidad como en la orientación de los jóvenes. Tenemos que la orientación del niño se basa en:

- 1° El conocimiento del sujeto por la escuela.
- 2° El conocimiento del sujeto por la familia.
- 3° Conocimiento del sujeto por sí mismo.
- 4° La opinión del orientador después de un cuestionario verbal o escrito y de una entrevista con el orientado.

En nuestro medio obrero, que proporciona la mayor parte del material de inválidos, para nuestro Servicio Social,

los 3 primeros puntos adquieren escaso relieve. Habitualmente vemos que éste no ha pasado por la escuela, por lo tanto toda información se obtiene directamente del propio inválido, ofreciendo poco valor, pues el adulto tiene prejuicios y celos que le impiden ser sincero con el orientador. No es rara también una falsa valorización de los hechos; la situación moral del sujeto y su aptitud ante el examen orientador hacen alterar la garantía del testimonio.

La información de la familia tampoco tiene gran valor, pues el adulto se halla alejado de su familia, y aún cuando éstos vivan junto al sujeto examinado, desconocerán detalles y circunstancias sobre la vida profesional anterior.

La información que presenta gran interés y utilidad en la orientación del inválido, es la que se puede recoger entre los compañeros de trabajo y entre los patronos o jefes de empresa.

Se ha comprobado que la información indirecta respecto al sujeto no puede suministrar gran cantidad de datos útiles, por lo tanto no puede aplicarse como única norma de orientación.

Además del examen de las aptitudes que posea el inválido, se debe considerar también y es de gran importancia, la vocación previa o adquirida, o sea la atracción o adaptación fácil que arrastra hacia un cierto oficio al individuo.

En el examen informativo, que es una fase muy importan-

te de la orientación, se emplea el sistema de cuestionarios y entrevistas y todos los datos que puedan recogerse y que sean de importancia para la orientación profesional.

En este aspecto la acción de la Asistente Social es de primera importancia, como se desprende de la relación que antecede.

El orientador con estos datos podrá estudiar y apreciar las aptitudes del sujeto, como también el gusto que éste tenga por un determinado oficio o profesión.

Estas informaciones pueden obtenerse mediante un simple cuestionario, pero es más eficaz a pesar de ser más difícil, recoger personalmente los datos.

El examen fisiológico del orientado:

Este examen es muy importante en la orientación profesional del inválido, pues según este examen se colocará a los individuos en trabajos de acuerdo con su capacidad residual.

Desde el punto de vista fisiológico como también desde el punto de vista psicológico, interesa hacer bien la distinción entre los diferentes tipos de trabajo que un inválido puede desarrollar, pues habrá de tratarse siempre que se pueda, de buscar una suplencia funcional parcial para recobrar la misma actividad profesional u otra de ambiente y condiciones similares.

El orientador puede explorar al sujeto y deducir una

13454

buena cantidad de conclusiones en relación no sólo con las aptitudes físicas remanentes, sino también con las circunstancias de la propia invalidez. En el examen fisiológico, el orientador profesional estudiará la capacidad remanente del sujeto en relación con la experiencia y posibilidad de reeducación que puede proporcionársele.

El examen psicológico en la orientación del inválido:

Es muy importante pues muestra la influencia de las aptitudes y disposiciones mentales en el rendimiento del trabajo. Este examen no sólo orienta las disposiciones del inválido con la alteración fisiológica, sino también logra inculcar el optimismo y estímulo necesario para poder emprender una rehabilitación que llegue a compensar la deficiencia física.

Debe preocuparse el orientador profesional, de aportar estímulos y optimismo a los inválidos, dándoles de este modo una sensación de seguridad, sin que se sientan tutelados.

El examen psicotécnico del inválido:

Este examen es imprescindible en la orientación del inválido, está destinado a investigar la actitud específica que para determinados movimientos y reacciones profesionales presenta el inválido que ha de ser orientado.

El examen psicotécnico tiene por objeto buscar la relación entre la personalidad biológica y las exigencias de determinados trabajos profesionales. El estudio de los movimientos

y de las resoluciones es lo esencial de este examen.

Es necesario estudiar cada oficio psicotécnicamente, para preparar el camino a una reeducación satisfactoria.

El examen global en la orientación del inválido:

En este examen global se hace un resumen de los diferentes exámenes de acuerdo con los puntos de vista de los examinadores en una reunión especial de coordinación. En este examen se recogen los resultados obtenidos en la orientación, estudiando la correlación entre la práctica del trabajo y la reeducación, tratando de perfeccionar y corregir los errores que se hubieran manifestado.

Normas generales para la Orientación Profesional del Inválido.

La orientación profesional debe ser imprescindible en toda reeducación; se hará la orientación siempre sobre una base psicotécnica, deberá hacerse con la idea de asegurar una formación adecuada y completa del inválido, huyendo todo lo posible del trabajo especializado, salvo en los casos de grandes incapacidades y más como medida terapéutica, física y mental.

Debe tratarse de reorientar al inválido en su antiguo oficio o derivación cercana, salvo que haya que hacerse una reeducación muy lenta o cuando tenga aptitudes excelentes para otro trabajo, o si los conocimientos del primer oficio no eran muy profundos, o cuando la incapacidad dificulte el ejercicio del oficio anterior.

Es importante una investigación discreta y cuidadosa



del medio familiar y social en que se desarrolla la vida del individuo, como factor para orientar su reeducación.

Se procurará aprovechar las aptitudes físicas remanentes del inválido, sin tratar de imponer a éste algún oficio superior a sus esfuerzos.

Hay que tratar que el inválido llegue a poder fijar sus gustos y aficiones en contacto con el propio trabajo, para lo cual es esencial que pase por un período de reaprendizaje en el que ensayará diversos trabajos entre el grupo de los indicados como favorables.

El orientador ubicará al inválido en un oficio considerando el punto de vista de la terapéutica, o sea que el oficio escogido esté de acuerdo con las aptitudes físicas y psíquicas del individuo, antes que considerar solamente las garantías económicas que éste puede ofrecerle.

Es de suma importancia en la orientación, volver al inválido a su vida normal, o sea sacarlo de la depresión moral que ha experimentado al quedar inválido, infundiéndole ánimo y optimismo para que pueda sentirse un ser útil a la colectividad y un elemento productor a la Economía Nacional.

b) Ubicación en talleres.

El individuo sometido al régimen de terapia por el trabajo, es estudiado desde el punto de vista de sus aptitudes psico-físicas y se le destina al taller que más se acomode a ellas, con el fin de obtener una mejoría de los órganos enfermos mediante el ejercicio y contribuyendo también a elevar su nivel moral por intermedio del estímulo que significa el trabajo.

Para asignar a cada individuo un determinado trabajo deben ser tenidas en cuenta y aprovechadas las capacidades y conocimientos especializados que los inválidos aportan y utilizarlos en sentido terapéutico.

Se procurará por todos los medios posibles desarrollar las aptitudes reveladas por el individuo para llevarle hacia la profesión que más provecho pueda producirle, como también el método de reeducación no debe estar en pugna con los gustos y aficiones del individuo.

Al ubicar al inválido en los talleres, se enfrenta éste con la vida real y con el nuevo ambiente de trabajo, creándole relaciones que puedan coadyuvar eficazmente a su colocación.

El hecho de colocar a un individuo en el oficio para el que está física e intelectualmente capacitado, trae como consecuencias: Bienestar en el trabajo, mayor facilidad para desempeñarlo y obtención de mayor rendimiento.

La orientación profesional se encarga de descubrir las

aficiones, conocimientos y aptitudes especiales que poseen los inválidos, para aconsejarles el oficio que puedan desempeñar.

A pesar de los consejos de orientación profesional y del dictamen médico sobre la capacidad física, nunca se obliga a nadie en los talleres a que trabaje en un determinado oficio, hay completa libertad, lo cual sirve para persuadir a un individuo de la imposibilidad de seguir un oficio elegido por obstinación y que no esté de acuerdo con sus capacidades tanto físicas como mentales.

Los talleres han de funcionar con un cierto número de profesionales y con el maestro correspondiente,

Los talleres estarán a cargo de un jefe que llevará la marcha industrial del taller, distribuirá libremente el trabajo y tendrá la responsabilidad tanto del funcionamiento como de la reeducación.

Hay un gran peligro cuando por interés de mostrar buenos resultados industriales se descuida el trabajo de la reeducación. Para evitar esto es imprescindible que haya junto al jefe de talleres, un inspector de laborterapia, quien debe observar el trabajo y progreso de los reeducandos.

El inspector de laborterapia debe ser un profesional con conocimientos prácticos de los oficios, poseer un carácter especial que le permita actuar como consejero y guía del reeducando.

La enseñanza se ha de dar preferentemente en la mañana, para que las condiciones mentales y físicas del inválido sean más favorables.

Periódicamente se someterá al inválido a un examen médico, para investigar la marcha del aprendizaje sobre el organismo en general.

Se ha de tener presente antes de la designación de oficio, la probabilidad de colocación del inválido. Labor que está en manos de la Asistente Social.

Entre las causas que dificultan la colocación del inválido reeducado, son las más importantes: la creencia de un rendimiento deficiente, la de un mayor riesgo y la de una perturbación en la organización del trabajo.

Todas estas causas contribuyen a la negativa de las industrias para emplear inválidos; especialmente el temor al riesgo es el principal obstáculo que el industrial ve en el inválido al reintegrarse al trabajo, que puede ocasionar un nuevo mal y una carga suplementaria para el industrial.

Las entidades industriales y comerciales deben cooperar con la reeducación profesional, manteniendo un cierto número de plazas disponibles para los inválidos reeducados y compatibles con su nueva capacidad de trabajo.

Ford dice al respecto: "El reglamento de mis talleres indica que nadie puede ser despedido por defectos físicos. Una industria debidamente desarrollada es capaz de proporcionar trabajo íntegramente pagado a un crecido número de inválidos."

En las fábricas de Ford, en 1923, sobre 30.000 obreros había 9.563 inválidos, o sea, un 32%. En las fábricas Siemens

y Schukert, en Alemania se readapta a todos los obreros que se accidentan en el trabajo.

En una Conferencia Técnica Internacional, en Ginebra en 1924, a la que asistieron representantes de Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Italia, Gran Bretaña y Checoslovaquia, reconocieron todos el derecho al trabajo de los inválidos y la necesidad de su colocación.

c) Labor de Adaptación al Trabajo.

Una vez ubicado el inválido en los talleres, se procederá a la labor de adaptación al trabajo.

Hay que llevar a la reeducación la idea de que el inválido no es un incapaz, sino que es un verdadero desadaptado a la forma ordinaria de trabajo. Por eso es de gran interés investigar las aptitudes remanentes del individuo, como también se puede contar con las circunstancias favorables del hábito del trabajo, de la experiencia y disciplina de la vida profesional anterior, para guiar la reeducación y obtener de este modo un rendimiento óptimo, que no sólo puede ser igual al normal, sino que puede superarlo.

La reeducación de un antiguo asilado ofrece siempre grandes dificultades, pues ha perdido el hábito del trabajo o no ha trabajado nunca, esta vida de ociosidad prolongada, de dependencia económica, de falta de entrenamiento, son

obstáculos para preparar una buena reeducación.

Debe aprovecharse los momentos de ociosidad forzosa y de sensibilidad más apropiada para introducir el convencimiento de una necesidad de reeducación en el ánimo del inválido. Se le dará a conocer que este aprovechamiento de energía humana no es guiado por ningún principio egoísta, sino que es el propio interesado quien recibe el beneficio.

No hay que olvidar que el inválido es un individuo que bruscamente ha perdido facultades físicas, pero que una vez pasado el período agudo y la conmoción material y moral del accidente, mantiene por regla general su pleno vigor potencial; por eso mientras no pueda actuar socialmente con plena personalidad y en igualdad de condiciones que los demás, recordará en todo momento su inutilidad y le harán sentirse inferior.

En la reeducación tiene gran importancia la psicología y la moral del inválido.

El inválido inicia generalmente la reeducación en condiciones morales de una depresión extraordinaria. Es preciso entonces preocuparse de él, de su progreso, de la constante aportación de estímulos, infundirle ánimo y fuerza de voluntad para que pueda vencer los obstáculos que presente el trabajo al que se le adaptará. Se debe ejercer una acción de verdadera sugestión sobre el inválido, ofrecerle los estímulos suficientes, hacerle sentir el interés por el trabajo, dar le a conocer que a pesar de su invalidez la reeducación lo transformará en un ser útil a la sociedad y capaz de ganar su sub-

tento y el de su familia.

Se velará en todo momento por el buen trato dentro del taller, preocupándose especialmente de esto la Asistente Social; los reeducadores deberán disimular las molestias que puedan producir las condiciones de temperamento y carácter del inválido. Debe tratarse de hacerle la vida agradable y llevadera para que se dedique con entusiasmo y optimismo a la reeducación profesional.

Un individuo que realiza un trabajo superior a su capacidad, experimentará consecuencias penosas y desagradables, descontento, cansancio, irritación y desmoralización. En cambio un trabajo efectuado con éxito engendra de un modo plenamente fisiológico, satisfacción, realza la personalidad y estimula la conciencia del propio valer.

La reeducación profesional hará que el incapacitado se sienta en igualdad de condiciones con los demás elementos activos de la producción, podrá dedicar libremente sus esfuerzos aislados, su inteligencia y sus facultades ocultas u oprimidas, a los trabajos de calidad o de íntima satisfacción que le estaban vedados, y podrá tener conciencia de que actúa como un valor real y no como una carga para los demás.

Cuatro características esenciales hay que tener en cuenta, para la formación profesional de los incapacitados:

- 1°. Ha de efectuarse en el menor tiempo posible,
- 2°. Por regla general, será preciso un subsidio especial de reeducación.

3°. Habrá de contarse con ciertas garantías de una colocación, mediante la creación de Bolsas del Trabajo dependientes ya sea del Seguro Obligatorio o del Departamento de Auxilio Social.

4°. Hay que supeditar la reeducación a las características especiales del reeducado.

Cuanto menos tiempo se invierta en el aprendizaje de un oficio, tanto mejor, siempre que no sufra mucho la calidad o eficiencia del mismo.

Se tratará de orientar al inválido en un oficio que conduzca rápidamente a un resultado práctico, que exija del individuo el mínimo de sacrificio actual y futuro.

En la reeducación debe administrarse el tratamiento bajo constante vigilancia médica y de acuerdo con la capacidad y con los intereses del individuo.

Como la capacidad del inválido va aumentando es necesario regular y graduar el tipo y capacidad de trabajo.

El doctor Dunton hace las siguientes observaciones en el tratamiento de la terapia ocupacional:

- a) El trabajo debe ser guiado con el objetivo de la cura.
- b) El trabajo debe ser interesante.
- c) El paciente debe ser cuidadosamente estudiado.
- d) El trabajo debe ser llevado hasta no fatigar al paciente.
- e) El tratamiento debe tener un fin práctico.
- f) Debe preferirse enseñar al paciente para que aumente sus conocimientos.

- g) El método debe emplearse en grupo.
- h) Debe aprovecharse todo estímulo en beneficio del trabajador.
- i) Que el trabajo resulte pobre o mediocre no importa, es preferible a la ociosidad.

Uno de los rubros más importantes de sujetos abandonados y susceptibles de realizar alguna labor útil, está constituido por el extenso grupo de los eligofrénicos y psicópatas.

Desde muy antiguo la ocupación regulada de los enfermos constituye un importante medio curativo en las afecciones mentales.

En toda terapéutica se entabla una verdadera lucha, no contra el enfermo sino contra lo patológico, contra aquello que pueda dañarle. Para lograr este fin es necesario que el médico no vea únicamente lo patológico, sino también y ante todo la parte de personalidad todavía sana y utilizable del enfermo. Su misión terapéutica consistirá en oponerse al desarrollo de lo patológico valiéndose de todos los recursos de que disponga, fomentando por otra parte todas las manifestaciones vitales sanas.

En general los enfermos mentales oponen pocas dificultades a la ocupación, si se resisten se les aclara la situación, demostrándoles que la ocupación es un medio apropiado para conservar su capacidad de trabajo y que sirve por consiguiente a sus intereses.

El trabajo de cada enfermo debe mantenerse dentro de

los límites de su capacidad, en casi todos los enfermos psíquicos la capacidad de trabajo se ~~haya~~ disminuída por la lesión cerebral existente; el pensamiento es más o menos oscuro, alterado en su coherencia, la iniciativa reducida, y en muchos casos, la capacidad de trabajo del enfermo es muy modesta .

En la adaptación al trabajo del enfermo mental debe irse elevando a grados superiores de trabajo, a medida que aumente su capacidad.

Los tres grandes males que amenazan a nuestros enfermos mentales reclusos son: la inactividad, el desfavorable medio manicomial y la irresponsabilidad del alienado.

La ociosidad no sólo es el comienzo de todos los vicios, sino también de la demencia; las fuerzas que no son empleadas disminuyen y desaparecen, la agilidad mental de la que depende todo rendimiento sólo se conserva a fuerza de ocupación.

La disposición hereditaria desempeña un papel muy decisivo en el proceso de adaptación, que se suma a la experiencia, los hábitos y la educación. Sólo puede ser adaptado lo que existe desde el nacimiento, y el resultado es siempre relativo,

La asistencia terapéutica no puede reducirse a eliminar sólo los factores ambientales más nocivos, sino que debe atender principalmente a los enfermos que todavía no son insociables. Estos enfermos serán objeto de una detenida exploración, es necesario un conocimiento sobre constitución, herencia, hábitos de vida, enfermedades anteriores, comienzo de la afección

actual, etc.

El remedio preventivo y curativo más importante para los enfermos mentales es la ocupación regular, lo más extensa posible.

Con los enfermos excitados no debe emplearse métodos represivos, sino al contrario, se consigue más de ellos mediante una fuerza realmente superior, con calma, dominio de sí mismo, y sobre todo con un plan consecuente, el educador no tardará mucho en dominar incluso psíquicamente al enfermo reacio. El empleo de la violencia intensifica casi siempre al negativismo.

La vigilancia siempre efectiva y constante, ha de ejercerse del modo menos llamativo posible, pues de otra manera serviría para intensificar la actitud hostil de los enfermos.

El objetivo principal de la terapéutica es que los enfermos tengan ocupada su mente por medio de la actividad, utilizando las facultades que les restan, para proporcionárles una vida más independiente.

IV CAPITULO.

TALLERES DEL HOSPICIO DE SANTIAGO.

Breve reseña histórica del Hospicio.

El Hospicio con sus características actuales se hizo realidad sólo tardíamente entre nosotros. En los comienzos, el problema asistencial del anciano se involucraba a otros múltiples aspectos sociales, endémicos en nuestro país, la mendicidad, el huérfano, el niño abandonado, las mujeres de vida libre, etc.

Esta complejidad de enfoque unida a la falta de medios económicos, postergó su materialización, que fué aplazada siempre ante problemas que requerían una más pronta solución.

No obstante, aunque de vida efímera el Hospicio surge esporádicamente, gracias unas veces a la iniciativa y generosidad privada, y otras, debido a la intervención gubernativa.

Así, hacia el año 1761, el Marqués de Montepío funda el Hospicio y Casa de Expósitos y que en verdad sólo logra desarrollar esta última función.

Por su parte el Gobierno de España, durante los últimos 30 años del siglo 18, recomienda encarecida y reiteradamente la creación de Hospicios, dando amplísimas instrucciones teóricas sobre su funcionamiento y fin: instrucciones que sólo logran ser llevadas a la práctica en 1802, bajo la presidencia de Muñoz Guzmán, quien designa a Don Manuel de Salas

para que proceda, predio informe, a instalar el Hospicio en la Chacra de la Ollería, ubicación que conserva hasta hoy.

Desde este momento, puede decirse que la suerte del Hospicio está asegurada. Su historia se identifica a la persona de Don Manuel de Salas, hombre visionario de amplio criterio y decidido propulsor de toda obra de bien público, que lucha incansable y tesoneramente tras largos años, hasta incorporarlo a nuestra realidad social.

Eleva al Gobierno un extenso y brillante trabajo en el que expone en forma acuciosa el rol y funcionamiento del Hospicio y los medios de proveer a su mantención. Lo organiza como un establecimiento para ancianos que no pueden vivir de su trabajo y para jóvenes que ejercen mendicidad, a los que someterá a un régimen de reeducación. Trata hacer de los jóvenes, elementos productivos que puedan reintegrarse a la vida social y que los ancianos sean una menor carga para la sociedad.

El éxito lo acompaña. El año 1804 el Hospicio abre sus puertas e inicia su labor bajo la dirección de una Junta asesorada de una Hermandad de Caridad Laica. En la práctica el dinamismo de Don Manuel de Salas lo lleva a absorber la totalidad de sus funciones.

Años más tarde por razones principalmente políticas el Hospicio cesa en sus funciones.

Don Manuel de Salas renueva sus esfuerzos y varias veces se reabren sus puertas, pero en forma transitoria.

El Hospicio vive precariamente hasta 1844, en que el Gobierno dicta el reglamento del Hospicio de Pobres y lo incorpora a la Junta Directora de Establecimientos de Beneficencia, regularizando definitivamente su situación económica y por lo tanto su existencia.

En sesión del 17 de Febrero de 1845 la Junta propuso al Supremo Gobierno la designación de Don Miguel Gilemes como Administrador.

Desde entonces el Hospicio presta sus servicios en forma ininterrumpida hasta nuestros días.

a) Creación de Talleres en el Hospicio.

Podemos decir que el origen de los Talleres del Hospicio lo encontramos aunque en forma muy precaria, en tiempos de Don Manuel de Salas, quien mediante préstamos adquiere cincuenta telares para instalar una fábrica de tejidos de bayeta, donde se logró dar trabajo hasta 400 personas entre hombres, mujeres y niños.

Estableció además la industria de hilados de cáñamo y lino, y la extracción de aceite de linaza,

Director Técnico fué contratado Don Santiago Heitz, en sus manos se organiza la explotación de las diversas industrias, con un criterio comercial que lleva al Hospicio a un estado floreciente. Pero la ausencia de Don Manuel de Salas repercute desfavorablemente en la marcha del establecimiento, pierde el sentido dinámico que le imprimiera para convertirse en un refugio de última instancia, carácter que conserva hasta época reciente.

Sólo en 1940 el Departamento Médico de la Dirección General de Beneficencia, empieza a inquietarse y a vislumbrar la posibilidad de estructurar el Hospicio en un sentido moderno. Utilizar el material humano con un sentido económico, reducir al enfermo que sufre de alguna invalidez aprovechando su capacidad residual y someter al senil a un régimen de terapia-ocupacional.

Así en 1941, se solicita del Médico Jefe del Estable-

cimiento, cargo que desempeñaba el Director actual, Doctor Luis Dreckmann, un plan de organización del Hospicio que tuviera por base esta nueva orientación.

El informe puede resumirse en los puntos siguientes:

- 1° El Hospicio será un Establecimiento para ancianos, enfermos crónicos, niños deficitarios psíquicos y físicos.
- 2° El inválido y el enfermo crónico será sometido a un régimen de reeducación.
- 3° Se organizará el sistema de terapia-ocupacional para los seniles.
- 4° A los niños se les orientará hacia un oficio productivo.
- 5° Se estructura el Servicio Médico que se complementa con dos especialistas Neuro-psiquiatras, que señalen los que fijen la clase de trabajo que puedan desarrollar los individuos, tomando en consideración su capacidad residual.
- 6° Se crea el Servicio Social para seleccionar los nuevos ingresos y desempeñe las múltiples funciones inherentes, tan útiles como imprescindibles en estos Establecimientos.

Este plan aceptado por la Dirección General de Beneficencia, no ^{se} pudo llevar a cabo hasta el 14 de Marzo de 1942, bajo la dirección del Doctor Luis Dreckmann.

Durante el año 1942, sólo se pudo someter a terapia ocupacional cierto número de enfermos debido a la necesidad de instalar previamente los talleres adecuados; esta labor se ha desarrollado con gran rapidez si se toma en cuenta los medios económicos de que se dispuso, como también dado el

entorpecimiento de esta labor debido al hábito inveterado a la ociosidad de la gran mayoría de los asilados.

b) Organización y funcionamiento de los Talleres.

Para instalar los talleres se utilizaron toda clase de locales: corredores abiertos y cerrados, se improvisaron galpones, etc. Se exigía que tuvieran como condición la amplitud y la posibilidad de restarlos del uso corriente sin lesionar los servicios.

Se adquirieron algunos talleres como Alfarería, Telares, Cestería y Sección Avícola en la Casa Nacional del Niño, donde se pensaba suprimirlos por no corresponder a las necesidades de la enseñanza de ese Establecimiento y además porque todos ellos dejaban pérdidas.

Se aprovechó material en desuso para la confección de elementos de trabajo: máquinas para pelar varillas, tornos de alfarería, etc. que fueron ejecutados por los asilados.

Se contrató personal técnico para la enseñanza en algunos talleres, pero se dejó bajo la dirección de asilados que estaban capacitados para ello.

Se estimuló a la población hospiciaria para sacarla de su inveterada ociosidad ofreciéndole, aparte de la remuneración de su trabajo, algunas garantías, mejor alimentación, facilidades para salir diariamente, etc.

Se cuenta en el presente con quince talleres, sin considerar la Lavandería y Ropería Central, que a pesar de su reciente funcionamiento ha adquirido gran auge.

Los talleres del Hospicio son los siguientes:

ALFARERIA:

Este taller se inauguró en Agosto de 1942, está a cargo de un maestro y trabajan en él 8 asiáticos.

Está destinado a fabricar maceteros de los distintos tipos que existen en plaza y además varios otros artículos de greda de uso doméstico.

El costo de producción es muy bajo, porque la materia prima se encuentra en el mismo establecimiento.

Para instalarlo se construyó un galpón, se fabricaron cinco tornos y dos hornos para cocer los utensilios de greda.

AVICULTURA.

La sección de Avicultura fué trasladada de la Casa Nacional del Niño, porque en ese establecimiento producía pérdidas.

Se inició la explotación con un grupo de 250 gallinas.

Actualmente surte el Hospicio a casi todos los establecimientos hospitalarios de la capital.

Los gallineros están a cargo de enfermos del Establecimientos supervisados directamente por la Dirección.

CARPINTERIA.

Existía este taller en el establecimiento, pero sus

finalidades eran dedicarse al trabajo de utilidad interna.

Este taller está dirigido por un maestro y trabajan en él asilados y externos.

Inició su trabajo en Diciembre de 1942. Se elaboran diversos artículos, muebles de todas clases, etc.

GESTERIA.

Comenzó a funcionar en Julio de 1942, para ello se adaptó un corredor y una bodega a la cual fué necesario hacerle piso entablado, puertas y ventanas. Se hizo un pozo de 2 m. de profundidad para mantener fresca la varilla de mimbre. Se construyeron bateas de cemento y madera para remojar el material y doce máquinas para el arreglo de la varilla de mimbre, todas fabricadas en el taller de Herrería.

Actualmente cuenta este taller con un local nuevo que reúne toda clase de condiciones de higiene.

Está a cargo de un maestro y trabajan en él 40 asilados. Este taller elabora canastos de todos los tipos y usos, muebles de mimbre y una cantidad de objetos de ese mismo material de uso corriente.

ESCOBAS:

Existía una máquina para la elaboración de escobas que estaba paralizada y que trabajaba esporádicamente cuando faltaba ese producto en plaza, contratándose en esa ocasión un maestro para que efectuara el trabajo.

Existía un pequeño local, fué extendido y ampliado.

Se compraron 4 máquinas para tejer y coser escobas, se construyó un pozo en la tierra y el maderamen necesario para azufrar la rama de curagüilla.

El taller se inauguró en Julio de 1942, está dirigido y actualmente trabajan 30 asilados y 3 externos.

La producción diaria llega generalmente a 180 escobas.

HERRERIA.

Funcionaba a cargo de empleados del establecimiento, se reorganizó entonces para servir las finalidades de terapia ocupacional.

Se efectúan en él trabajos que se necesitan en el establecimiento, incluso las maquinarias de algunos talleres.

Trabajan en él 8 asilados.

HILANDERIA.

Empezó a trabajar en Diciembre de 1942, se instaló en una galería. Se hicieron en el establecimiento husos y se compraron máquinas de pié para hilar.

Como es una labor sencilla, trabajan en este taller ancianas, ya que no demanda gran esfuerzo físico.

Todos estos hilados pasan enseguida a los telares para la confección de frazadas u otros artículos de hilo.

JABONERIA.

Existía una pequeña industria de jabón que no satisfacía las necesidades internas. Ha sido ampliada y hoy se ven-

de este producto a la Central de Compras de Beneficencia, Hospitales y al público.

Trabajan en este taller 3 asilados.

JARDINERIA.

En los diversos jardines de ornamentación del Establecimiento y en la quinta que se le ha dado un carácter comercial, se han ocupado enfermos aptos para esta clase de trabajo.

Actualmente son 7 los asilados que se dedican a esta labor.

JUGUETERIA DE MADERAS.

Este taller se ha establecido con el traspaso que hizo el Gobierno, del Taller de Lisiados. Sin este requisito no habría sido posible crearlo por carecer de la maquinaria para este objeto.

Se inauguró en Diciembre de 1942. Lo dirige el jefe de carpintería a cuyo taller se ha anexado.

TELARES.

Se instaló con los telares recibidos del Taller del Lisiado y 7 más adquiridos en el Taller de Tejidos que dejó de funcionar en la Casa Nacional del Niño.

En un principio funcionó en una galería, a cargo de una profesora. Hoy se cuenta con dos secciones: una de hombres a cargo de un profesor y de 14 asilados, funciona en un local

construido especialmente para ello, y la sección mujeres con 12 asiladas, dirigidas por una profesora.

Se elabora ropa de cama y de abrigo, alfombras, chalets, etc., etc.

JUGUETERIA EN TRAJOS.

Está a cargo de la misma profesora que dirige los telares. Trabajan en él niñas lisiadas y retardadas mentales.

Se elabora muñecas y toda clase de juguetes en trapo, teniendo gran aceptación en el comercio.

PANADERIA.

Existía una panadería para satisfacer los consumos internos del establecimiento que elaboraba 7 quintales de pan al día.

Hoy la producción de la panadería alcanza a surtir a diversos hospitales de Beneficencia, a los Servicios de Auxilio Social y a todos los Restaurantes Populares de Santiago.

ZAPATERIA.

Se contaba con un taller que no satisfacía las necesidades de la casa, hoy no se adquiere calzado en el comercio; su producción es suficiente para el consumo del establecimiento.

Trabajan en este taller 4 asilados y 2 lisiados que son externos; los dirige un asilado que dada su capacidad fué nombrado funcionario de planta.

Se hace todo el calzado nuevo y se repara el usado.

FABRICACION DE CHUÑO.

Se fabrica chuño tanto para el uso del establecimiento, como para el comercio, teniendo gran aceptación. La materia prima que se usa es la que se obtiene del pelado de la papa.

Trabajan en él 4 asilados.

TALLER DE COSTURA

Existían talleres de costura en todos los pabellones. Fueron centralizados permitiendo con ello el control directo y efectivo sobre los géneros a confeccionar y tipos de ropa confeccionados.

Se construyó para el funcionamiento de este taller una galería cerrada que cuenta con todas las condiciones higiénicas requeridas.

Comenzó a funcionar con dos máquinas de pié y algunas de mano; su papel principal era la reparación y confección de la ropa de los asilados.

Actualmente cuenta con 45 máquinas de pié y 10 máquinas eléctricas. Trabajan en él 85 asiladas de las cuales 25 son ancianas y el resto muchachas retardadas mentales.

El taller está dirigido por una monja del Establecimiento.

Tiene por objeto la confección y reparación de la ropa del establecimiento y demás instituciones de Beneficencia, como también la confección de colchones, cuya producción



alcanza a ser vendida al público en el almacén de venta con que cuenta el establecimiento.

En 1944 se confeccionaron más o menos 700 colchones.

c) Objeto y fines de los Talleres.

Los talleres tienen por objeto proporcionar a los asilados un trabajo que los dignifique y que esté de acuerdo con sus condiciones físicas y psíquicas, para tratar de mantenerlos entretenidos, evitando la ociosidad que es el comienzo de todos los vicios.

Tienen como fin lograr la reeducación de los asilados, obteniendo el desarrollo de sus capacidades residuales, para que puedan desempeñar una actividad que les permita llevar una vida normal.

Tiene gran importancia la terapia ocupacional tanto en el orden médico social como en el económico.

Produce bienestar general en el asilado, tranquilidad y alegría al saberse un elemento útil a la sociedad y sentirse capaz de efectuar un trabajo.

Se procura despertar la curiosidad para dedicarse a un trabajo útil, evitando el ocio, el hastio y sobre todo se le hace olvidar la preocupación de su enfermedad o incapacidad.

Enfermos que estaban condenados a pasar toda su vida en el Establecimiento, ahora al ser readaptados en los Talleres del Hospicio para efectuar un oficio remunerativo, se encuentran capacitados para trabajar independientemente y reintegrarse a la vida social.

El individuo encuentra un fortalecimiento moral en la independización de su vida privada. Nada hay más deprimente

como tener que depender de otra persona para las necesidades más privadas y sentir en todo momento la sensación de inferioridad física y la necesidad de tener que recurrir a la ayuda ajena.

Se ha observado que los individuos sometidos al régimen de terapia ocupacional han mejorado notablemente en sus condiciones psico-físicas a tal punto, que el trabajo constituye la terapéutica de fondo para nuestros enfermos.

Como se les mantiene en una actividad mental constante, unido a un gesto permanente de energía, el ambiente general se ha beneficiado porque el asilado amplió su radio de preocupaciones, saliendo de su órbita personalista, hacia horizontes más positivos.

En el terreno económico, el trabajo contribuye a abastecer en parte sus necesidades y deja al Establecimiento un margen de ganancias que se invierte en mejorar sus condiciones de vida.

A pesar de tratarse de una experiencia nueva, porque es la primera vez que en nuestro país, incluso en Sud-América, se realiza una empresa de esta índole en Hospicios y de contar en sus comienzos con múltiples escollos, en la actualidad el Servicio de Reeducación y Laborterapia está en marcha y tiene asegurado su futuro.

V CAPITULO.

ACCION DEL SERVICIO SOCIAL EN EL PROBLEMA.

La intervención de la Asistente Social es imprescindible en la Reeducación de los Inválidos.

La Asistente Social trabaja conjuntamente con el inspector de laborterapia, es la encargada de investigar los antecedentes económicos y sociales, historia del trabajo del individuo y demás datos de importancia para la Reeducación.

Al hablar en el capítulo de Orientación, del examen informativo, vimos que éste está casi totalmente en manos de la Asistente, quien deberá hacer una investigación del medio familiar y social en que se desarrolla la vida del individuo, obtener datos de la profesión anteriormente ejercida, de su vocación, obtener informes de sus patronos, de sus compañeros de trabajo, etc.

Será el reeducando quien manifestará sus gustos y aficiones por un determinado oficio; generalmente elige uno superior a su capacidad, por eso es preciso aconsejarle un trabajo que esté de acuerdo con su capacidad residual y que además de ello le demande una ganancia máxima con un mínimo de esfuerzo.

Ante todo debe contarse con la voluntad del sujeto para someterse a la terapia ocupacional, pues de otra manera sería inútil intentar su revalidación.

Se le dará a conocer los beneficios de la reeducación, beneficios que no son inspirados en un principio egoísta sino en bien de ellos mismos, para alejarlos de la ociosidad y tentaciones y para convertirlos en seres útiles, capaces de ganar su propio sustento.

Ya hemos dicho anteriormente la gran importancia que tiene en la Reeducación, la psicología y moral del sujeto.

La conmoción moral experimentada por un individuo que ha quedado invalidado, no sólo afecta la vida profesional del mismo, sino también a su vida privada y social.

Será necesario hacer una labor para levantar su moral, hacerle comprender que no es un incapacitado sino que mediante la Reeducación Profesional podrá convertirse en un ser capaz de desempeñar un trabajo igual o mejor que un individuo normal. Darle a conocer que la ocupación es un medio para conservar su capacidad de trabajo, inculcarle el optimismo, el interés por el trabajo, darle toda clase de estímulos, de confianza en sí mismo para alcanzar con éxito la Reeducación.

Además de proporcionarle un trabajo adecuado, se procurará que el inválido se sienta bien, tratando de hacerle agradable el ambiente dentro del establecimiento; velar por el buen trato de éste en los talleres, preocuparse del progreso de su trabajo. Hacer desaparecer el aburrimiento, la monotonía y el pesimismo de una vida que contempla las limitaciones que le impone la invalidez.

La Asistente Social velará por la salubridad



talleres, los que deben estar contruídos de acuerdo con las más estrictas reglas de higiene: orientación, ventilación, cubaje de aire, calefacción, etc, etc.

Se preocupára de divulgar las leyes sociales para que el interesado las conozca y participe de ellas.

Además de velar por el bienestar del asilado, se velará también por el de su familia. Se debe tratar de solucionar en lo posible los problemas familiares que constituyen para el asilado una preocupación constante.

Se facilita a la familia las posibilidades de mejorar su situación económica y social, mediante ayudas y consejos. La Asistente atenderá a la familia del enfermo para que nada le falte y éste pueda recobrar la tranquilidad.

La Asistente Social será un lazo constante entre el asilado y su familia, se preocupará que está lo visite periódicamente.

Se debe ejercer sobre el inválido una acción intensa de elevación moral y cultural, como complemento indispensable de la obra de Reeduación Profesional y de Rehabilitación Social.

Será imprescindible entonces la organización de bibliotecas en estos establecimientos, pues la lectura no sólo ha de ser una ocupación intelectual, sino también un recreo espiritual.

Será de enorme utilidad la abundancia de libros sobre

descripciones de viaje, narraciones históricas, ciencias naturales, libros que traten sobre la técnica de las diferentes carreras y profesiones, revistas ilustradas, etc.

En el Hospicio se está organizando una biblioteca, sala de entretenciones, pequeñas orquestas, etc. Además se fomenta el ahorro.

Al egresar el inválido reeducado del taller, es la Asistente quien trata de ubicarlo fuera del establecimiento en una ocupación de acuerdo con su preparación y condiciones físicas.

VI CAPITULO

EXPOSICION DE 10 CASOS.

CASO SOCIAL N° 1.

NOMBRE: E.I.A.

N° FICHA: 1249.

RESEÑA DEL CASO:

E.I.A. nació en San Carlos en 1900, hijo legítimo. Casado, sin hijos, instrucción primaria, profesión agricultor, asegurado ley 4054.

E. se accidentó en 1934, al caer del techo de su casa, fracturándose la pierna izquierda. Se vino a Santiago para ser operado en el Hospital San Vicente. La pierna no le fué amputada, quedando con una invalidez relativa. Como carecía de parientes en Santiago y de recursos económicos, fué enviado del hospital al Hospicio.

Su esposa permanece en San Carlos al lado del padre del cliente.

SITUACION ACTUAL.

E.I.A. asilado en el Hospicio desde Enero de 1944, con el fin de una reeducación profesional en los Talleres del Establecimiento, para su incapacidad parcial. Carece de recursos económicos y de parientes en Santiago.



DIAGNOSTICO SOCIAL.

- Problema de orden Moral: Disgregación de parientes.
Problema de orden Médico: Fractura pierna izquierda.
Problema de orden Económico: Falta de readaptación profesional.
Falta de entradas.
Problema de orden Jurídico: Tramitación de pensión de invalidez en la Caja de Seguro Obligatorio.

LABOR SOCIAL EFECTUADA:

El problema de disgregación de parientes no se podrá solucionar hasta que E.I.A. esté en condiciones de volver a su hogar, una vez que haya obtenido su rehabilitación profesional.

Para el problema médico, el cliente fué sometido a tratamiento médico quedando con una incapacidad relativa.

Para el, problema económico, se encauzó al cliente en el oficio de cestería, logrando éxito en este trabajo. Gana mensualmente de \$150 a \$200 con casa y comida. Con este dinero puede satisfacer sus necesidades personales y enviar mensualmente dinero a su esposa.

Como ya sabe bien cestería se le aconseja regrese a su hogar, donde puede trabajar en este oficio. Como necesita un pequeño capital para establecerse (alrededor de \$1.500), se obtiene del Director del Hospicio la autorización para que trabaje como vendedor ambulante dentro del mismo establecimiento.

Ha tenido bastante éxito, porque en un corto tiempo ha

logrado reunir \$800. Las ganancias que obtiene las deposita en la Oficina de Servicio Social, envía siempre dinero a su esposa. Pronto podrá volver a su hogar y con el dinero reunido establecer un taller de cestería.

Para el problema jurídico, se trató de obtener pensión de invalidez, pero la solicitud fué rechazada por estar el interesado en condiciones de poder trabajar dada su invalidez relativa.

CASO SOCIAL N° 2.

NOMBRE: J.G.F.

FICHA N°: 014.

RESEÑA DEL CASO.

J.G.F. soltero, nació en Santiago en 1928, hijo ilegítimo, padres fallecidos; no está inscrito en el Registro Civil, instrucción primaria, carece de profesión, no es asegurado.

v Ingresó a Casa Nacional del Niño, al fallecer su madre de tuberculosis, en 1930, con su hermano menor.

En Diciembre de 1939 fué enviado al Hospicio con el siguiente diagnóstico: Secuelas de poliomielitis y retardo mental.

SITUACION ACTUAL.

J.G.F. asilado en el Hospicio desde 1939.

Tiene dos hermanos, uno que es sastre, casado, y es el único

que lo visita; del otro ignora su paradero. Carece de recursos económicos y de orientación profesional.

DIAGNOSTICO SOCIAL:

Problema de orden Moral: Ignora el paradero de su hermano menor.

Problema de orden Médico: Secuelas de poliomielitis.
Retardo mental.

Problema de orden Económico: Falta orientación profesional.
Falta de entradas.
Gesantía de su cuñada.

Problema de orden Jurídico: Falta inscripción civil del cliente y de carnet de identidad.

LABOR SOCIAL EFECTUADA.

Para el problema moral, se logró ubicar a su hermano menor, quien se encuentra en la Escuela Experimental de Desarrollo, donde fué colocado por la Casa Nacional del Niño. Actualmente lo visita periódicamente.

Para el problema médico, el retardo mental, se ha adaptado a un oficio de acuerdo con su capacidad.

Para el problema económico, dada su capacidad pragmática y su vocación, se ubicó en el taller de pintura, donde gana \$80 mensuales, casa y comida. Ahorra todos los meses la cantidad de \$10.

Como su cuñada se encontraba sin ocupación, se le consigue trabajo en la Lavandería del Establecimiento.

Para el problema jurídico, se inscribe judicialmente en el Registro Civil y se orienta para que saque carnet.

CASO SOCIAL N°3.

NOMBRE: V.R.Z.

FICHA N°: 580.

RESEÑA DEL CASO:

V.R.Z. nació en Santiago en 1926, hijo legítimo, padre fallecido; su madre trabaja como empleada doméstica, tiene 3 hermanos, todos de apariencia sana. Soltero, instrucción primaria, carece de profesión, no es asegurado.

V. es retardado mental, motivo por el cual fué traído al Hospicio.

SITUACION ACTUAL.

V.R.Z. débil mental, asilado en el Hospicio desde Diciembre de 1942. Falta de orientación profesional.

DIAGNOSTICO SOCIAL:

Problema de orden Médico: Debilidad mental del cliente.

Problema de orden Económico: Falta de entradas.

Falta de orientación profesional.

Problema de orden Jurídico: Carece de carnet de identidad.

LABOR EFECTUADA:

Para el problema médico, se hizo trabajar al cliente en diversos talleres del Establecimiento, pudiendo comprobarse que poseía aptitudes para el taller de escobas.

Después de un tiempo se ha observado con éxito los resultados de la laborterapia. El cliente ha mejorado notablemente y ha manifestado un rendimiento sorprendente. Confecciona de 30 a 50 escobas diarias, ganando \$300 y \$400 mensual-

mente. Con este dinero ayuda a su madre y hermanos y ahorra \$50 todos los meses. Con esto se ha solucionado también el problema económico.

Para el problema jurídico, se le sacó su certificado de inscripción y se le indicó la forma como sacara carnet de identidad.

CASO SOCIAL N° 4.

NOMBRE: C.G.R.

FICHA N°: 015.

RESEÑA DEL CASO:

C.G.R. nació en Neblinto en 1901, hija legítima, padres fallecidos. Soltera, analfabeta, costurera, no es asegurada.

Desde la edad de 25 años padece de reumatismo a las piernas. Estaba asilada en el Hospicio de Chillán, siendo trasladada al Hospicio de Santiago después del terremoto de 1939. Junto con ella estaba en el Hospicio una sobrina de 7 años, que a pesar de ser sana, la tenía en este establecimiento pues la había criado desde pequeña. Al llegar a Santiago no supo más de ella ignobando la suerte que ha corrido.

Tiene dos hermanas en Coihueco, pero no sabe de ellas hace años.

SITUACION ACTUAL.

C.G.R. asilada en el Hospicio porque padece

de reumatismo crónico. Desconoce el paradero de su sobrina, lo que la tiene muy alarmada.

DIAGNOSTICO SOCIAL:

Problema de orden Moral: Alejamiento de parientes.

Ignorancia del sitio en que se encuentra su sobrina.

Problema de orden Médico: Reumatismo crónico de la cliente.

Problema de orden económico: Entradas insuficientes.

LABOR SOCIAL EFECTUADA:

Para el problema moral se escribe a las hermanas de la cliente a Coihueco, para ponerlas en comunicación con su hermana y también para averiguar de la niña. Contestan a G. pero dicen ignorar donde se encuentra su sobrina. Se escribe a la Asistente Social del Hospicio de Chillán, por si habían dejado constancia en ese establecimiento, de la institución donde habían enviado a las niñas después del terremoto, pero dicha Asistente manifiesta que se ignora todo dato al respecto.

Se procede entonces a buscar a la sobrina de la cliente en Casa Nacional del Niño, Consejo de Defensa y en todos los hogares de monjas de la capital, (sería largo enumerar todos los hogares visitados) encontrándose por fin en el Hogar Hermanas de la Caridad, ubicado en calle Dieciocho N° 161.

Desde entonces se ha llevado a la niña a visitar a su tía periódicamente. En la actualidad cuenta con 12 años.

Para el problema médico, como el reumatismo crónico no tiene mejoría, se ha adaptado a la cliente en el taller de costura, en el que trabaja en la confección de colchones. Actualmente desempeña el puesto de jefe de esta sección y gana de \$400 a \$500 mensuales. Con lo que se ha solucionado también el problema económico.



CASO SOCIAL N° 5.

NOMBRE: C.C.F.

FIGHA N°: 016.

RESEÑA DEL CASO:

C.C.F. nació en Colina en 1906, hijo ilegítimo, soltero, analfabeto, sin profesión, no es asegurado. Carece de familiares.

C. ingresó al Hospicio en 1917, se ignora mayores datos, pues el cliente no sabe proporcionarlos. Se presume que sus padres hayan fallecido.

SITUACIÓN ACTUAL.

C.C.F. se encuentra aislado en el Hospicio, desde 1917, debido a su debilidad mental. Carece de recursos económicos, no está inscrito en el Registro Civil y no tiene carnet de identidad.

DIAGNOSTICO SOCIAL:

PROblema de orden Médico: Debilidad mental del cliente.

Problema de orden Económico: Falta de recursos.

Falta de orientación profesional.

Problema de orden Jurídico: Falta inscripción civil del cliente y de carnet de identidad.

Problema de orden Educacional: Analfabetismo del cliente.

LABOR EFECTUADA:

Para el problema médico se ha tratado de ubicar al cliente en un oficio de acuerdo con su capacidad mental.

Como trabajaba en los jardines del Establecimiento, se trató de ubicarlo en algún taller que tuviera mayor actividad y al mismo tiempo mayor remuneración. Se logró ubicarlo en Panadería, donde puede también continuar en su anterior oficio. Los resultados han sido muy favorables, gana \$30 por el trabajo de los jardines y \$40 en Panadería, mensuales.

Se buscó su inscripción civil pero no se encontró, motivo por el cual se procede a inscribirlo con orden judicial.

Se acompañó, dada su debilidad mental, a sacar carnet de identidad.

Para el problema educacional, se matriculó en los cursos que existen en el establecimiento, pero no se tuvo éxito en este problema.

CASO SOCIAL N° 6.

NOMBRE: C.C.O.

FICHA N°: 939.

RESERVA DEL CASO:

C.C.O., soltera, nació en Santiago, en 1923, hija

legítima, padre fallecido; instrucción primaria, sin profesión, no es asegurada.

C, padece de ataques de epilepsia, motivo por el cual su madre la internó en el Manicomio en 1940, fué trasladada al Hospicio en Julio de 1943.

SITUACION ACTUAL.

C.C.O. asilada en el Hospicio porque padece de ataques de epilepsia. Tiene 4 hermanos, uno de ellos también está en el Hospicio por ser débil mental, de los otros 3 ignora donde se encuentren, pues su madre hace un año que no la visita. Carece de entradas personales pues no sabe ninguna profesión.

DIAGNOSTICO SOCIAL.

Problema de orden Moral: Falta absoluta de responsabilidad de la madre.

Alejamiento de parientes.

Problema de orden Médico: Epilepsia de la cliente.

Debilidad mental de su hermana.

Problema de orden Económico: Falta de orientación de la cliente en un oficio de acuerdo con su capacidad.

Falta de entradas personales.

LABOR SOCIAL EFECTUADA:

Para el problema moral: se trató de ubicar a la madre por intermedio del diario y de la radio, y además por informaciones dadas por la cliente. Se visitó a

una tía materna, quien tampoco sabe de ella. Lo único que se sabe es que sus hermanitos fueron internados por la madre, ignorándose en que establecimiento.

Se trató de ubicar a sus hermanos, uno de ellos se encuentra en la Ciudad del Niño, otro en las Creches y el mayorcito de allegado en casa de una señora que lo encontró en la calle, al ser abandonado por su madre.

La tía de la cliente la visita ahora constantemente. No puede tener a su lado al hermano de la cliente que se encuentra de allegado, por ser viuda con cinco hijos menores.

Después de buscar vacante en varias instituciones, se logró internar al niño en la Ciudad del Niño del Consejo de Defensa, quedando así junto con su otro hermano.

Para el problema económico: se ubica a la cliente en el taller de juguetería, donde aprende la confección de juguetes de género, gana mensualmente \$60 y ahora \$10.-

Su hermana también trabaja en el Establecimiento en el taller de costura, gana \$70 mensuales.

CASO SOCIAL N°7.

NOMBRE: F.R.G.

FICHA N°: 351.-

RESEÑA DEL CASO:

F.R.G., soltero, nació en Santiago en 1893, hijo legítimo, padres fallecidos. Instrucción primaria, de profesión carpintero, asegurado ley 4054.

Estuvo hospitalizado en San Vicente por espacio de año y medio a consecuencias de un Flegmón de la pierna izquierda. Debido a esta enfermedad está incapacitado para trabajar en su oficio, siendo trasladado al Hospicio en Agosto en 1942.

SITUACION ACTUAL:

F.R.G. aislado en el Hospicio, con el objeto de una reeducación profesional en los Talleres del Establecimiento, pues ha quedado incapacitado para trabajar en el oficio que ejercía. Sin parientes. Carece de recursos económicos.

DIAGNOSTICO SOCIAL:

Problema de orden médico: Flegmón pierna izquierda.

Problema de orden económico: Falta de rehabilitación profesional y de entradas económicas.

Problema de orden jurídico: Tramitación de pensión de invalidez.

LABOR SOCIAL EFECTUADA:

Para el problema médico, sin solución, pues su afección es incurable.

Para el problema económico, se trató de adaptar al cliente a un oficio de acuerdo con su invalidez. Se ubicó en el taller de carpintería, teniendo en cuenta que era el oficio que ejercía anteriormente a su enfermedad, pero no dió resultado por tener que permanecer de pie. Se colocó entonces en el taller de cestería, dando un espléndido resultado, pues es un oficio

que puede desempeñar sentado. Gana \$80 mensuales. Próximamente comenzará a ahorrar para poder llegar a trabajar independientemente.

Para el problema jurídico, se tramitó pensión de invalidez, obteniendo una renta de \$103, mensuales.

CASO SOCIAL N° 8.

NOMBRE: F.T.M.

FICHA N° 376.

RESEÑA DEL CASO:

F.T.M., nació en Santiago en 1929, hija legítima, madre fallecida. Soltera, inscrita en el Registro Civil, instrucción primaria, sin profesión, no es asegurada.

En 1937, después de la muerte de su madre, fué internada con una hermana en el Hogar Lo Valdivieso. Como sufría de ataques epilépticos fué trasladada al Hospicio, en 1942. Su hermana mayor es casada y además tiene un hermano que vive con el padre.

SITUACION ACTUAL:

F.T.M. epiléptica, asilada en el Hospicio, abandonada por su padre. Carece de orientación profesional.

La única persona que la visita es su hermana casada.

DIAGNOSTICO SOCIAL.

Problema de orden moral: Abandono moral del padre de la cliente.

Problema de orden médico: Epilepsia de la cliente.

Problema de orden económico: Falta de orientación profesional.

Falta de recursos.

Problema educacional: Analfabetismo de su hermano menor.

LABOR SOCIAL EFECTUADA:

Para el problema de orden moral, se habló con el padre de la cliente haciéndole ver sus deberes para su hija. Promete visitarla. Pasa el tiempo y no cumple lo prometido. Se visita repetidas veces sin encontrarlo, pues es vendedor ambulante y regresa a su casa en la noche. El hermano menor de la cliente, de 11 años, pasa sólo todo el día y se alimenta con lo que le proporcionan las vecinas; no asiste a la escuela. Se logra hablar con el padre a quien se le dice, que si no visita y no se preocupa de su hija, será devuelta a su hogar. Ante esta decisión del Establecimiento, se ha logrado que visite a su hija todos los meses.

Para el problema económico, se ubicó a la cliente en el taller de juguetería, en la confección de juguetes de género, ganando \$40 mensuales. Se le sacó libreta de ahorro.

Para el problema educacional, se colocó al hermano de la cliente en un Centro de Defensa, cercano a su domicilio, donde pasa todo el día hasta que su padre lo lleva a su hogar todas las tardes. El Centro se encarga de enviarlo a la Escuela del barrio.

CASO SOCIAL N° 9.

NOMBRE: F.R.N.

FICHA N°: 021.

RESUMEN DEL CASO:

F.R.N. nació en Chillán en 1876, hijo legítimo, viudo, instrucción primaria, empleado, no es asegurado.

F. ingresó al Hospicio en 1939, por encontrarse inválido. Se accidentó en 1908 a consecuencias de una caída, teniendo que amputar la pierna derecha.

Tiene 6 hijos no lo visitan.

SITUACION ACTUAL.

F.R.N. asilado en el Hospicio por amputación pierna derecha/Tiene hijos, pero no lo visitan. Carece de entradas y de una rehabilitación profesional.

DIAGNOSTICO SOCIAL:

Problema de orden moral: Abandono moral de sus hijos.

Alejamiento de parientes.

Problema médico: Amputación pierna derecha.

Problema de orden económico: Falta de rehabilitación profesional y de entradas.

LABOR SOCIAL EFECTUADA:

Para el problema moral, se ubicó a sus hijos y se consiguió que lo visitaran todos los meses.

Para solucionar el problema médico y económico, se sometió al cliente a un régimen de laborterapia, adaptándolo al taller de juguetería, en el que ha dado muy buenos resultados.

Gana \$80 mensuales y además recibe ayuda de sus hijos.

CASO SOCIAL N° 10.

NOMBRE: J.L.G.

FIGHA N°: 020.

RESEÑA DEL CASO:

J.L.G. nació en Colina en 1925, hijo ilegítimo, abandonado por sus padres. Soltero, no está inscrito en el Registro Civil, instrucción primaria, carece de profesión, no es asegurado.

J. ingresó al Establecimiento a los 4 años de edad, al ser abandonado por sus padres. Tiene 2 hermanos, uno mayor y otro menor, con los que se visita constantemente.

SITUACIÓN ACTUAL:

J.L.G. asilado en el Hospicio por ser débil mental; carece de recursos económicos y de orientación profesional.

DIAGNOSTICO SOCIAL:

Problema de orden moral: Abandono por parte de los padres .

Problema de orden médico: Debilidad mental del cliente.

Problema de orden económico: Falta de orientación profesional y de entradas.

Problema de orden jurídico: Falta inscripción civil del cliente y de uno de sus hermanos.

LABOR SOCIAL EFECTUADA:

Para el problema moral, se trató de ubicar a sus padres, pero sin ningún resultado.

Para el problema médico, como es un retardo mental ligero el que sufre el cliente, se ha colocado en la Sección Panadería. Oficio por el que ha demostrado interés, obteniéndose de él un gran rendimiento. Como se logró plenamente su reeducación tanto desde el punto médico como social y económico, se le nombró como empleado de planta del Establecimiento, gana \$500, mensualmente con casa y comida.

Para el problema jurídico, se inscribe judicialmente al cliente y a su hermano.

Se le saca libreta de seguro para el desempeño de su puesto.

CONCLUSIONES.

- 1.- La Reeducación de los Inválidos tiene una importancia de primer orden en la Rehabilitación Social, Económica y Moral de este grupo de enfermos.
 - 2.- Debe ser orientada en forma científica de acuerdo con las reglas psicotécnicas y usando los métodos que recomienda la Geriatria.
 - 3.- Su aplicación debe estar bajo la tuición directa de un neuro-psiquiatra especializado.
 - 4.- Contribuye efectivamente a la economía de los fondos destinados a Pensiones de Invalidez de las Cajas de Previsión que previene este riesgo.
 - 5.- La Asistente Social debe desarrollar una acción múltiple y su colaboración es indispensable en toda Institución que se preocupe de este problema.
 - 6.- Es indispensable la creación de Institutos de Reeducación Profesional.
-

BIBLIOGRAFIA.

- Alonso di Piero, Dr. Fioravanti....."De la Reeducación y Readaptación de los Inválidos", Santiago-Chile, Revista de Asistencia Social, 1942.
- Avendaño M. Dr. Oscar..... "La Invalidez en la Caja de Seguro Obligatorio de Enfermedad e Invalidez". Caja de Seguro, Santiago 1942.
- Bustos. Dr. Julio..... "La Seguridad Social", Santiago de Chile, 1942.
- Dreckmann W. Dr. Luis..... "Reestructuración del Hospicio de Stgo." Revista de Beneficencia N° 2-VII-43. (Santiago de Chile, Organos de los Funcionarios Técnicos y Administrativos de la Dirección Gral. de Beneficencia y sus Instituciones Año I-1943.
- Gebauer. Dr. Teodoro..... "Reeducación Profesional de Inválidos del Trabajo", Folleto N° 43 de Publicaciones de la A. Ch. de A. Social. (Santiago-1935).
- Lavel M. Dr. Enrique..... "Fundación del Hospicio de Santiago" Folleto N° 88 de Publicaciones de la A. Ch. de A. Social. (Santiago de Chile 1938).

Madariaga César....."La Reeducación Profesional"
(Madrid, Editor M. Aguilar, 1931)

Mira y López....."Conferencia sobre Orientación Profesional". Boletín Médico Social, N° 89-90, XI-XII-1941.
Caja de Seguro Obligatorio.

Rodríguez, Dr. Germinal....."La Invalidez", Buenos Aires. (Editores Fontana y Traverso 1934.)

Simon. Dr. Hermann....."Tratamiento Ocupacional de los Enfermos Mentales". (Barcelona-Buenos Aires-Salvat Editores, S.A. 1937)

Vizcarra. Dr. J....."Seguro Social de Invalidez" Valparaíso-Chile, Caja de Seguro Obligatorio, 1942.

"Occupational Therapy and Rehabilitation".

The Official Organ of the American Therapy Association, Edited by M.R. Dunton, Jr, M.D. 33 North Symington Road, Catonsville Md. Volume 20-1940 and 1941.-

Boletín Médico Social, Chile 1942, Caja de Seguro Obligatorio N° 91 y 92.

INDICE.

INTRODUCCION.....1
I CAPITULO.-CONCEPTO Y CLASIFICACION DE INVALIDOS..... 3
II CAPITULO.-INVESTIGACION DE LAS APTITUDES DEL INVALIDO...11
III CAPITULO.- REEDUCACION DEL INVALIDO.....14
IV CAPITULO.-TALLERES DEL HOSPICIO DE SANTIAGO.....39.
V CAPITULO.-ACCION DEL SERVICIO SOCIAL EN EL PROBLEMA.....54
VI CAPITULO.-EXPOSICION DE 10 CASOS..... 58
CONCLUSIONES.....75
BIBLIOGRAFIA.

UNIVERSIDAD DE CHILE
SEDE SANTIAGO ORIENTE
BIBLIOTECA CENTRAL