

DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL. Nº 11.

Segundo Cuatrimestre 1.997.

EDITA:

Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Málaga.

VOCALÍA DE PUBLICACIONES Y BIBLIOTECA.

C/ Muro de Puerta Nueva, 9, 1º-C

Tlf.: (95) 222 71 60 - Fax: (95) 222 74 31 - E-Mail: cadits@cadits.com
29005 MÁLAGA

Horario: de lunes a viernes (10 - 13 h.)
y de lunes a jueves (18 - 20 h.).

DIRECTOR:

Cristóbal Gil Valenzuela.

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Mari Cruz Parrondo Carretero, Josefa Ríos Ruíz,
Ana Mª Medina Sánchez, Rosario Pavón Miranda,
Villaverde Romero Campano, Mari Luz Burgos Varo,
Dolores Ruíz Segura, Francisco Cosano Rivas y Marisa Taboada González.

CORRESPONSALES:

Beatriz Monteagudo del Riego (Huesca), Ana Rosa Fuentes Martos (Madrid),
Ángela Torrano Fernández (Murcia), Mariano Sánchez Robles (Granada) y
Patricia Ponce (Guipúzcoa).

ENTIDADES COLABORADORAS:

 Excma. Diputación Provincial de Málaga.



EULEN



Excmo. Ayuntamiento de Málaga

REALIZACIÓN:

Diseño y Maquetación:
José Luis Pérez Morales.

ISSN: 1133-6552

IMPRIME: Gráficas ANAROL. Pozos Dulces, 32 - MÁLAGA

Depósito Legal.MA-1126-1993

ÍNDICE

Página

Editorial	5
Diseño de investigación nivel de vacunación “Centro de Salud Palma-Palmilla”. <i>Gloria González, Carmen M^a Moreno Sánchez y Rosario Romero</i>	7
Prevalencia de enfermedades mentales y su distribución por Zonas Básicas de Salud en la comarca de la Axarquía. <i>M^a Dolores López Gutiérrez</i>	17
El trabajo en equipo en las organizaciones. <i>Asun Carretero Jumilla</i>	35
La educación semiformal en el ámbito de los Servicios Sociales: una aplicación libre. <i>M^a Nieves Padilla de la Vega</i>	51
Rehabilitación integral desde la perspectiva de la Administración Pública. <i>Carlota Sedeño Martínez</i>	79
La formación y el nuevo Trabajador Social. <i>Francisco García Fernández</i>	123
Página del lector	135
Indicaciones generales para la presentación de trabajos a la revista Documentos de Trabajo Social	137
Boletín de Suscripción	139
Índice de números publicados	140

EDITORIAL

Coincidiendo con el óptimo momento por el que atraviesa este Colegio, debido tanto a la ejecución de tareas específicas como a la consolidación de proyectos generales, llega ahora a vuestras manos la undécima entrega de **DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL**.

Lógicamente, este giro favorable ha supuesto una profunda reestructuración a todos los niveles en lo relativo al trabajo y la colaboración. Así, desde estas páginas queremos haceros partícipes del esfuerzo y la disposición de cuantos trabajan y colaboran directamente en nuestro Colegio Oficial, personas cuya meta es la superación y el enriquecimiento de la profesión de Trabajador Social, con un modelo integrado y participativo de organización colegial.

Siguiendo la tendencia iniciada en números anteriores, el contenido de este ejemplar de **DTS** es muy variado. Por ejemplo, podréis encontrar artículos interesantes sobre aplicaciones metodológicas en el Área de Salud, experiencias de intervención profesional en Mayores, información sobre modelos de estructura organizativa para la atención al colectivo de los Minusválidos, junto a otros escritos relacionados muy directamente con el quehacer diario, como la formación y rol del Trabajador Social y sus funciones en el trabajo en equipo.

Esperamos que todo ello sea de vuestro interés y que, una vez más, **DTS** sirva como instrumento de reflexión y ánimo a todos los lectores, a la hora de colaborar con sus propias aportaciones, que, en definitiva, es “hacer ciencia”.

Por último, os recordamos que también podéis acceder a los contenidos de **DTS** en la dirección de Internet: <http://www.cadits.com>.

La Vocal de Publicaciones.

**DISEÑO DE INVESTIGACIÓN
NIVEL DE VACUNACIÓN
“CENTRO DE SALUD PALMA-
PALMILLA”.**

Gloria González.

Carmen María Moreno Sánchez.

Rosario Romero Gallardo.

Diplomadas EN Trabajo Social
por la E.U.T.S. de Málaga.

RESUMEN.

La realidad desde la que partimos nos sitúa en la barriada denominada Palma-Palmilla, núcleo conflictivo y peligroso, declarado como zona de actuación preferente por los múltiples problemas de salud, convivencia, inseguridad ..., que padece su población.

Con este trabajo hemos intentado plasmar una visión global del nivel de vacunación de la población infantil (nacidos en 1.993) y conocer las causas o factores condicionantes de los no vacunados.

INTRODUCCIÓN.

De la propia necesidad de conocimiento y aproximación a la realidad del nivel de vacunación de la Zona Básica de Salud Palma-Palmilla, se desprende la realización de un estudio que facilite esta necesidad y además sirva como fuente de datos y consulta.

Se ha pretendido desarrollar una serie de acciones que, concretamente articuladas, potenciarán y ampliarán el nivel de vacunación, así como el conocimiento de la realidad del fenómeno en nuestra zona básica, con el fin de diseñar estrategias fundamentales y eficaces de intervención y prevención.

Nuestro trabajo ha sido realizado en el núcleo urbano Palma-Palmilla, estando situado al norte de Málaga, en la periferia de la ciudad.

Está formada por las siguientes barriadas : 26 de febrero, 720 Viviendas, Virreina, U.V.A. (Unidad Vecinal de Absorción), La Palmilla y Huerto de la Palma.

Entre los principales problemas que existen en la barriada se pueden destacar :

- paro, escasez de recursos.
- drogas, alcohol, SIDA.
- falta de educación para la salud (higiene, alimentación sin control sanitario), lo que provoca enfermedades como pediculosis, sarna, caries, etc...
 - falta de formación : existen grandes tasas de analfabetismo. La mayoría de la población encuadrada dentro del nivel sin estudios.
 - comportamientos antisociales de la población, delincuencia, actitudes ilegales.
- falta vigilancia.
- relaciones sexuales tempranas, embarazos no deseados.
- familias desestructuradas, abandonos.
- falta de equipamiento, hacinamiento.
- prostitución.
- falta cuidado de zonas verdes, limpieza.

Documentos de Trabajo Social

DTS

- barreras arquitectónicas, bloques sin ascensor.
- apatía, escepticismo y desinterés por buscar soluciones.

1. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal descriptivo, mediante la cumplimentación de un cuestionario pasado a los padres de los niños mal vacunados o no iniciados, nacidos en 1.993.

Obtuvimos información sobre el registro de datos en las fichas de vacunación, grado de información sobre la consulta de vacunas ubicada en el Centro de Salud Palma-Palmilla, etnia, nivel económico, carga familiar y laboral, causas por las que los padres no vacunan a sus hijos, nivel de instrucción, opinión de la población sobre las vacunas, etc.

1.1. Objetivos Generales

- Conseguir contactar e informar a las familias con niños mal vacunados o no iniciados en 1.993 de la importancia y necesidad de una correcta vacunación.
- Conocer las causas o factores condicionantes de la no vacunación de estos niños.

1.2. Objetivos Específicos

- Determinar la población infantil que va a ser objeto de nuestro estudio.
- Localizar a los niños con una vacunación incompleta e inexistente.
- Averiguar individualmente si los datos registrados en el calendario de vacunación de la madre, coinciden con los datos registrados en el Centro de Salud.
- Descubrir los motivos y causas específicas (circunstancias sociales, familiares, culturales, sanitarias, ...) que han impedido la correcta vacunación del niño en el Centro de Salud de la Zona Básica de Salud (Z.B.S.).
- Distinguir las características o perfil del grupo de riesgo.

1.3. Actividades Realizadas

Intervinieron en la ejecución del proyecto cuatro trabajadores sociales

con la colaboración de profesionales del Centro de Salud Palma-Palmilla : médicos, enfermeros y pediatras.

Tomamos las fichas de vacunas de los niños nacidos en el 93 (enero-noviembre) e hicimos las clasificaciones siguientes : separamos los bien vacunados de los mal vacunados, centrándonos en este último grupo, el cual estaba subordinado en iniciados (vacunación incompleta) y no iniciados (ninguna vacuna). El total de niños incluidos en esta clasificación fue de 92.

El segundo paso fue confeccionar una lista de las visitas domiciliarias a realizar.

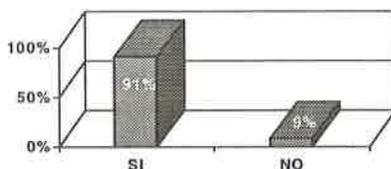
Una tercera actividad consistió en completar los datos incorrectos o inexistentes en las fichas de vacunación de los niños objeto de nuestro estudio (datos personales, teléfono, dirección, ...).

El proyecto fue evaluado a través del análisis de datos obtenidos de los cuestionarios y entrevistas realizadas.

2. RESULTADOS

En principio la población estudiada era de 92 niños, pero por diversos motivos sólo hemos podido contactar con 58, a los cuales se les realizó la visita domiciliaria correspondiente y se pasó el cuestionario a sus padres obteniendo los siguientes resultados :

Conocimiento de la Vacunación



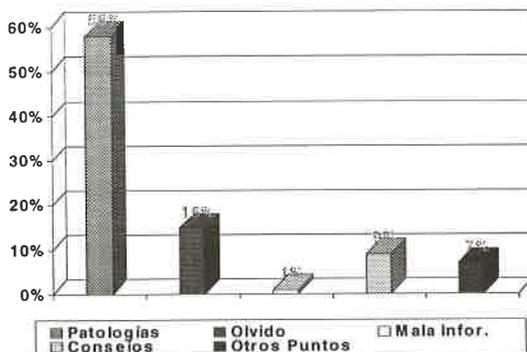
- 91% tiene información sobre la asistencia y ubicación del punto de vacunación de la zona.

Documentos de Trabajo Social

DTS

- 9% restante desconoce su existencia.

Causas de No Vacunación

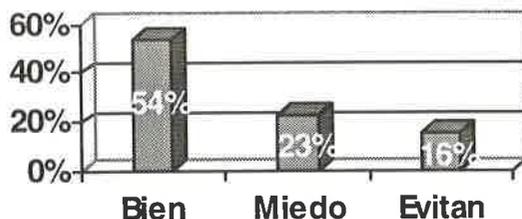


- 58% alegan que sus hijos padecen diversas patologías (resfriados, bronquitis, ...).
- 15% por olvido.
- 1% mala información sobre la necesidad e importancia de las vacunaciones y su utilidad.
- 9% por consejos y/o mensajes negativos sobre la vacunación (abuelos, vecinos, familiares, ...).
- 7% vacunan a sus hijos en otro punto de vacunación.

Opinión de la Población Encuestada sobre las Vacunas

- 54% respondieron "bien" (sin más explicaciones).
- 23% les tienen "miedo" a las vacunas.
- 16% opinan que evitan enfermedades.

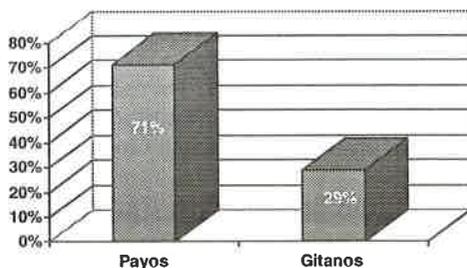
UBICACIÓN DE LA POBLACIÓN DE RIESGO



**Diseño de investigación. Nivel de vacunación
“Centro de Salud Palma - Palmilla”.**

Barriadas	Mal Vacunados	Bien Vacunados	Total Niños	% Mal Vacunados	% Bien Vacunados
26 de Febrero	11	14	25	44%	56%
Virreina	4	22	26	15%	85%
720 Viviendas	10	17	27	17%	27%
Palma	52	145	197	26%	74%
Palmilla	15	17	33	47%	53%

Perfil del grupo de riesgo estudiado



- 71% de las familias eran payos.
- 29% de las familias eran gitanos. Esta población se caracteriza por un nivel de instrucción y económico bajo, dotado de escasa cualificación profesional perteneciendo en su mayoría a familias extensas.

Documentos de Trabajo Social

DTS

3. DISCUSIÓN

El diseño de investigación planteado ha sido bastante apropiado para conseguir los objetivos propuestos. Aunque hemos de destacar que con respecto al objetivo: "Conseguir contactar e informar a las familias con niños mal vacunados o no iniciados nacidos en 1.993 de la importancia de una correcta vacunación", sólo hemos contactado con 58 familias de las 92 que pretendíamos, debido a diversos motivos. El principal ha sido :

- Mal registro de datos en la ficha de vacunación, ; para evitar esto proponemos que desde el Centro de Salud se completen y verifiquen los datos que no figuren en la ficha de vacunación.

Al detectar que una parte de la población no vacuna a sus hijos alegando falta de información sobre las vacunas y su utilidad, prejuicios, miedo y olvido, creemos que se debería informar a la población a través de los medios de comunicación puesto que por medio de los profesionales, trópticos, folletos informativos, etc. se ha conseguido mucho, pero no lo suficiente.

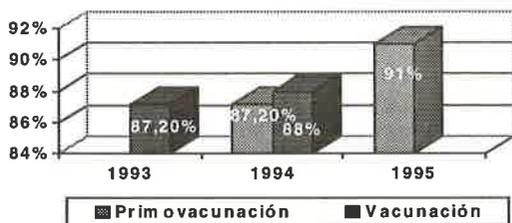
Notificar a los pediatras los niños mal vacunados o no iniciados con el fin de captarlos en la respectiva consulta e intentar comunicar a las madres la importancia de las vacunas.

Además de estas medidas correctoras, señaladas anteriormente, vemos la necesidad de que haya un seguimiento individualizado y continuado de cada familia. Una de las medidas a seguir sería la revisión mensual del estado de vacunación de los niños, elaborando un listado e identificando a los niños con una vacunación incorrecta y localización de los mismos por teléfono o visita domiciliaria.

Entendemos que en la realización de estas actividades debe implicarse todo el equipo (pediatras, enfermeros, trabajadores sociales, ...) ya que hay una labor de información, captación, seguimiento y una actuación comunitaria en la que deben participar todos los profesionales.

Diseño de investigación. Nivel de vacunación
"Centro de Salud Palma - Palmilla".

En años posteriores a nuestro estudio hemos podido comprobar que se pusieron en práctica las propuestas y alternativas señaladas anteriormente, como medidas correctivas, para intentar aumentar el grado de cobertura de vacunación. Los principales resultados obtenidos en los siguientes años (94,95,96) han sido :



- 87,2% de los nacidos en el 94 y el 91% de los del año 95 completaron la primovacunaación.
- 87,2% de los nacidos en el 93 y el 88% de los del año 94 completaron la vacunaación.

Finalmente podemos afirmar que la presencia de determinados juicios y terrores en los padres sigue siendo causa de no vacunaación. La aplicación de medidas correctoras ha producido un aumento de la cobertura vacunal.

Documentos de Trabajo Social

DTS

4. BIBLIOGRAFÍA

CANO PÉREZ, J.F.

“Manual de Atención Primaria. Organización y Pautas de Actuación en la Consulta”.

Ediciones Doyma, S.A. Barcelona 1.987

JUNTA DE ANDALUCÍA. CONSEJERÍA DE SALUD.

“Programa de Vacunaciones. Cuadernos de Salud”.

1ª Edición, 1990

JUNTA DE ANDALUCÍA. CONSEJERÍA DE SALUD.

“Vacunas Sistemáticas”.

1ª Edición, 1988

JUNTA DE ANDALUCÍA. CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO.

“Guía de los Programas para la Salud de Andalucía”.

1ª Edición, Mayo 1986

VV.AA.

“Paradigma Ecológico en las Prácticas de Trabajo Social : Una Propuesta Alternativa”.

EUTS de Málaga

1ª Edición, Enero 1994

**PREVALENCIA DE
ENFERMEDADES MENTALES
Y SU DISTRIBUCIÓN POR
ZONAS BÁSICAS DE SALUD
EN LA COMARCA DE LA
AXARQUÍA**

María Dolores López Gutiérrez
E.S.M.D. Axarquía - T. Social

Resumen

Estudio descriptivo sobre la prevalencia de los problemas de Salud Mental en la Axarquía y su distribución por Zonas Básicas de Salud, así como su asociación con las características socio-económicas de la población.

I. ANTECEDENTES Y SITUACION DEL TEMA

A pesar de los grandes esfuerzos realizados en los últimos treinta años tanto en EE.UU. como en otros países, el progreso de la epidemiología psiquiátrica ha sido lento ha razón de diversos problemas metodológicos que están empezando a ser superados.

La epidemiología psiquiátrica es el estudio de la distribución de las enfermedades mentales en poblaciones. La disciplina toma su nombre de la palabra *epidémico*, palabra que procede del griego que literalmente significa *en la gente*. Gran parte del trabajo en epidemiología psiquiátrica precisa el localizar y estudiar las variables en sus ambientes naturales. Por ello, con frecuencia, los lugares de investigación son amplios, limitados solo por los conceptos de una población de personas que residen en un lugar particular.

La epidemiología hoy va más allá del estudio de los brotes de las enfermedades infecciosas en las poblaciones (MacMahon y Puch, 1970).

Las investigaciones han estudiado todas las categorías de la enfermedad incluyendo enfermedades crónicas y enfermedades que tienen causas múltiples. Cada vez más, los principios epidemiológicos se utilizan en estudios clínicos para valorar la eficacia de varios tratamientos e intervenciones.

No obstante sin olvidar sus orígenes en la Salud Pública, la epidemiología psiquiátrica es un campo de investigación cuyo principal objetivo es aprender a PREVENIR los trastornos mentales. Dado que la disciplina tiene que ver con el conjunto de personas, depende de técnicas cuantitativas en las cuales la enumeración juega un papel central.

En epidemiología son básicos los conceptos de tasa de prevalencia y tasa de incidencia. La prevalencia hace referencia a la proporción de la población afectada por un trastorno en un momento dado en el tiempo (prevalencia puntual) o durante un periodo tal como seis meses

Documentos de Trabajo Social

DTS

o un año (prevalencia periódica).

La prevalencia no tiene en cuenta el inicio de los trastornos y está constituida indiscriminadamente por casos nuevos, crónicos y recurrentes, siempre y cuando se hagan evidentes en el momento de la enumeración. La tasa de prevalencia es útil para describir y comparar poblaciones especialmente cuando el objetivo es planificar o evaluar servicios. La tasa de prevalencia se calcula de la siguiente manera:

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{casos en la poblacion}}{\text{poblacion total}}$$

II. DESCRIPCION GEOGRAFICA DE LA ZONA

La Axarquía es una comarca situada en la zona oriental de la provincia de Málaga, con Vélez-Málaga, como centro de la misma y habitada por unas 113.617 hab. Según datos del último censo año 93.

En ella hay dos zonas claramente diferenciadas: la franja costera, con mayores recursos económicos por los cultivos extratempranos y el turismo; y el interior que sufre una honda recesión económica con abandono de tierras y envejecimiento de la población.

III. FUNDAMENTACION

Esta comarca fue designada como una de las zonas pilotos para el desarrollo e implementación de la Atención Primaria (A.P.) de Salud en Andalucía. Actualmente y en el orden sanitario está configurada como un Distrito Sanitario que oferta los siguientes servicios:

- Siete Zonas Básicas de Salud en funcionamiento:

- Vélez-Málaga (Norte)

Prevalencia de enfermedades mentales y su distribución por zonas básicas de salud en la comarca de la axarquía

- Vélez-Málaga (Sur)
- Torre del Mar
- Nerja
- Torroz
- Benamargosa
- Viñuela

- Un Hospital Comarcal con 212 camas, que presta asistencia sanitaria a todo el Distrito.

- El Equipo de Salud Mental (E.S.M.D.) que da cobertura asistencial a todo el Distrito.

El ESMD comienza su andadura en la zona en el 1979, coincidiendo con el programa de desinstitucionalización y desmantelamiento del Hospital Psiquiátrico Provincial y desde entonces ha tenido diferentes composiciones. En la actualidad está formado por:

- dos administrativos
- un auxiliar psiquiátrico
- dos DUE
- tres psiquiatras
- un psicólogo
- una Trabajadora Social

En estos momentos el Centro tiene abiertas unas 7.191 historias (hasta Dic. -93), sobre el total de la población (113.617 hab.), habiéndose disparado la demanda asistencial en estos cinco últimos años ya que en el año 89 había registrados tan sólo 3.500 historias.

Comparativamente con otras zonas de la provincia de Málaga, la Axarquía tiene un número elevado de personas registradas que están o han acudido al servicio. Exactamente en el mes de Diciembre del mismo año el número de peticiones de asistencia por primera vez en este Centro eran 35,6 diarias, situándonos a la cabecera con respecto al resto de la provincia, y quedando en segunda posición con respecto a Málaga capital:

Documentos de Trabajo Social

DTS

- Málaga Norte..... 68,9
- Málaga Guadalmedina37,6
- Málaga Oeste..... 76,0

para una población de 600.000 habitantes.

Evidentemente habría que estudiar la gravedad de las patologías que presentan así como el lugar de pertenencia para determinar geográficamente una zona objeto del presente estudio-investigación

Según T.S. Eimer, podemos definir la investigación como una “curiosidad estructurada”, es algo más que recoger y almacenar información, nos permite conocer, para la aplicación práctica de programas/proyectos, según su finalidad, ¿qué pretendemos con la presente investigación? Es decir ¿cuál es su finalidad?

Con el presente estudio se pretende calificar como Zona Preferencial de Actuación (Z.P.A.), basándonos en el número de casos registrados por Salud Mental (S.M.) y su prevalencia en el medio. Esta delimitación geográfica nos permitiría conjuntamente con el Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP) de la zona a la que pertenezca un mayor acercamiento y conocimiento de la población en cuestión (características sociales, culturales y familiares, que posibiliten la determinación de variables causales-intervinientes en la S.M. de la población, así como sus efectos más inmediatos, objeto de otra investigación.).

Por ello vemos de suma importancia enmarcar la zona como preferente tras las conclusiones del presente estudio para dar paso a intervenciones más efectivas. Como afirma Blasco, la determinación de prioridades debe compaginar el mundo de la ciencia, que tienen su propio sistema de valores, con la sociedad teniendo como finalidad intentar comprender la causa de los fenómenos asociados con el enfermar pero con un objetivo muy claro: “intervención”.

IV. OBJETIVOS

- GENERAL: Delimitar una zona geográfica y declararla como Z.P.A. por S.M.
- ESPECIFICOS:
 - a) Proporcionalidad de tasas de prevalencia.
 - b) Caracterizar y cuantificar patologías por segmentos de población.

V. METODOLOGIA

Tipo de estudio Observacional Transversal de carácter descriptivo de población institucional con historia clínica abierta en el E.S.M.D., con fecha de iniciación en el 79. Se compone de 7.191 historias clínicas. Las variables a estudiar de dichas historias, se extraen de los datos de la “hoja básica de datos”, aplicada en el servicio desde el año 87 - 90. De esta hoja sólo nos interesan las variables:

- Edad
- Sexo
- Lugar de nacimiento
- Lugar de residencia
- Estado civil:
 - soltero
 - casado / en pareja
 - separado / divorciado
 - religioso
 - viudo
 - ns / nc
- Nivel de instrucción:
 - educación especial
 - analfabeto
 - leer y escribir
 - estudios primarios
 - bach. Elemental / EGB / FP -1
 - bach. Superior / BUP / FP -2

Documentos de Trabajo Social

DTS

- PREU / COU
 - titulación media
 - titulación superior
 - ns / nc
- Profesión:
- Obrero sin cualificar
 - Obrero cualificado
 - Pequeños propietarios
 - Cuadros medios
 - Cuadros superiores
 - Grandes empresarios
 - Estudiante
 - Ama de casa
 - ns / nc
- Situación laboral:
- Nunca ha trabajado
 - Trabajo eventual
 - Trabajo fijo
 - Parado sin subsidio
 - Parado con subsidio
 - Incapacidad Laboral Temporal (I.L.T.)
 - Incapacidad Laboral Parcial (I.L.P.)
 - Incapacidad Laboral Temporal Total (I.L.T.T.)
 - ns / nc
- Diagnósticos (DSM - III- R)
- Observaciones:
- Enfermedad somática
 - Minusvalías físicas
 - Incapacidad psíquica

A continuación se toma la muestra de 1.591 historias, un 22,14 % representativo del universo (7.191), mediante Muestreo Aleatorio proporcional con afijación simple.

Quedando la muestra estratificada sobre el total de la población de la manera en que aparece en la tabla de la página siguiente.

Prevalencia de enfermedades mentales y su distribución por zonas básicas de salud en la comarca de la axarquía

	<u>MUESTRAS</u>	<u>Nº POBLACION</u>
Arenas (Dahimalos)	38	1.264
Cútar	7	624
Cómpeta	20	2.474
Nerja (Maro)	151	14.491
Sayalonga	13	1.056
C. Aceituno	28	2.785
Almachar	29	2.040
Benjarafe	52	2.387
Frigiliana	17	2.171
Algarrobo	39	4.710
Almayate	34	2.600
Benamargosa	44	1.649
El Borge	18	1.065
Periana	42	3.435
Comares	13	1.461
Archez	12	331
Sedella	4	459
Torrox	118	10.746
Torre del Mar	242	27.533
Vélez-Málaga	569	57.959
Salares	7	234
Corumbela	2	300
Viñuela	23	1.181
Benamocarra	32	2.804
Alcaucín	13	1.402
C. Albaidas	17	657
Iznate	8	758

La fuente de datos se extrajo como hemos comentado anteriormente de las historias clínicas abiertas, reflejada en la hoja básica, volcándose los datos en una plantilla de forma sistemática.

Documentos de Trabajo Social

DTS

VI. PROCEDIMIENTO ESTADISTICO

En términos generales obtenemos que de los 1.591 casos presentan el siguiente porcentaje en cuanto a las variables de:

— ESTADO CIVIL:

- Casados50,53 %
- Solteros40,98 %
- Viudos 6,41 %
- Separados 1,89 %

— EDAD:

- Menores de 10 años 5,85 %
- Entre 10 y 20 años 14,58 %
- Entre 20 y 30 años 14,27 %
- Entre 30 y 40 años 16,84 %
- Entre 40 y 50 años 14,02 %
- Entre 50 y 60 años 15,52 %
- Entre 60 y 70 años 11,69 %
- De 70 años en adelante 7,23 %

— SEXO:

- Hombres que consultan 41,29 %
- Mujeres que consultan 58,57 %

— ZONA DE NACIMIENTO de los que demandaron consultas en poblaciones tales como:

- Benamargosa 6,28 %
- Nerja 6,22 %
- Torre del Mar 7,67 %
- Torrox 5,46 %
- Vélez-Málaga 24,91 %
- Viñuela 7,10 %
- Málaga 8,53 %
- Andalucía 6,28 %
- fuera de Andalucía 8,23 %

Prevalencia de enfermedades mentales y su distribución por zonas básicas de salud en la comarca de la axarquía

— ZONA DE RESIDENCIA:

- Benamargosa 10,05 %
- Nerja 10,43 %
- Torre del Mar 23,75 %
- Torrox 7,54 %
- Vélez-Málaga 40,66 %
- Viñuela 7,42 %
- Málaga 0,06 %
- fuera de Andalucía 0,06 %

— SITUACION LABORAL:

- Nunca han trabajado 44,56 %
- Trabajo eventual 18,85 %
- Trabajo fijo 9,42 %
- Paro sin desempleo 7,67 %
- Paro con desempleo 2,58 %
- Jubilados sin pensión 0,69 %
- Jubilados con pensión 7,10 %
- Incapacidad laboral T..... 2,95 %
- Incapacidad laboral P. 5,47 %
- Incapacidad laboral T.T. 0,25 %

— PROFESION:

- Ninguna..... 55,93 %
- Obrero sin cualificar 43,75 %
- Obrero cualificado 0,06 %
- Cuadros superiores 0,06 %
- Grupos empresarios 0,06 %

— NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

- Educación especial 0,25 %
- Analfabetos 18,35 %

Documentos de Trabajo Social

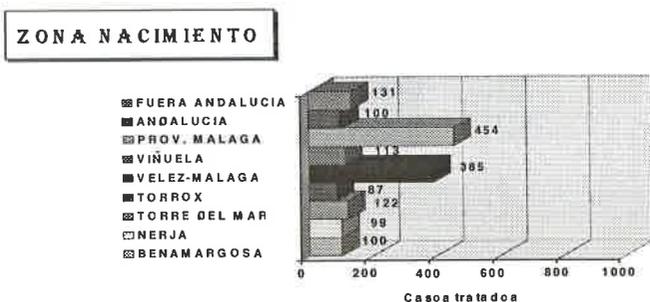
DTS

- Leer y escribir 32,80 %
- Primaria 14,58 %
- E.G.B. 23,63 %
- B.U.P. 3,96 %
- C.O.U. 1,32 %
- Escuelas Técnicas 1,75 %
- Facultad 1,06 %
- Otros 1,63 %
- ns / nc 0,18 %

— DIAGNOSTICOS, en cuanto a patologías que presentan se podrían calificar en:

- Trastornos orgánicos 3,77 %
- Trastornos delirantes 0,69 %
- Esquizofrenia 3,77 %
- Trastornos afectivos 2,89 %
- Neurosis 58,89 %
- Trastornos infantiles 7,54 %
- Otros 13,45 %
- No psiquiátricos 8,99 %

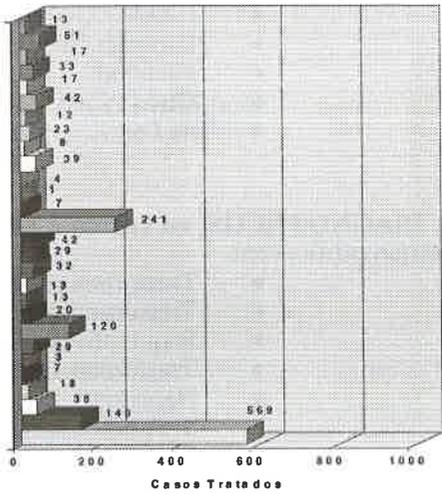
— Por ZONAS BASICAS DE SALUD, quedaría de la forma que se muestra en las gráficas anexas.



Prevalencia de enfermedades mentales y su distribución por zonas básicas de salud en la comarca de la axarquía

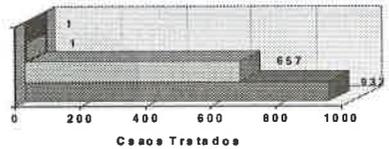
LUGAR DE RESIDENCIA

- ALCAUCIN
- COMARES
- FRIGILIANA
- ALMAYATE
- CAN ALB
- PERIANA
- ARCHEZ
- VIÑUELA
- IZNATE
- ALGARROBO
- SEDELLA
- MALAGA
- CUTAR
- TORRE DEL MAR
- BENAMARGOSA
- ALMACHAR
- BENAMOCARRA
- SATALON
- COMARES
- COMPETA
- TORROX
- CANILLAS DE ACEITUNO
- CORUMBE
- SALARES
- BORGE
- ARENAS
- NERJA
- VELEZ



SEXO

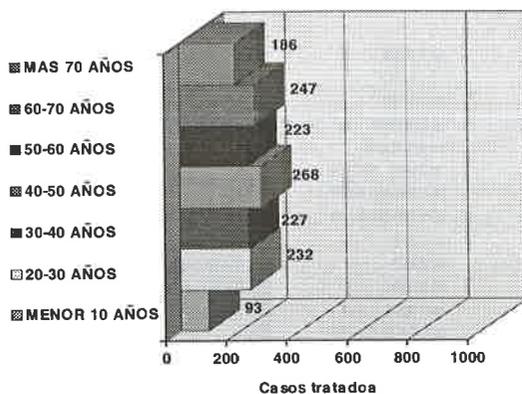
- 6.00
- 20.00
- HOMBRE
- MUJER



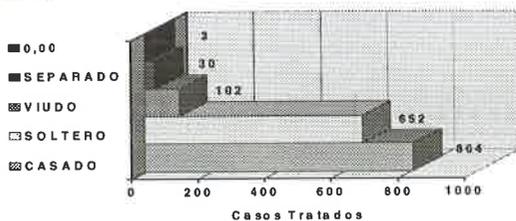
Documentos de Trabajo Social

DTS

EDAD



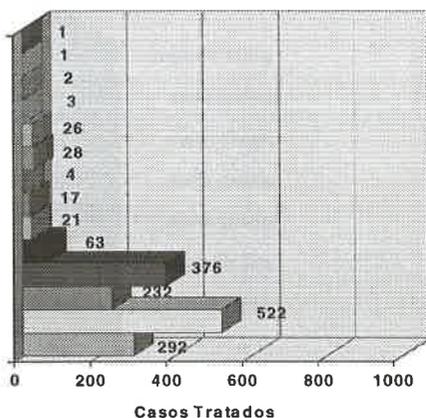
ESTADO CIVIL



Prevalencia de enfermedades mentales y su distribución por zonas básicas de salud en la comarca de la axarquía

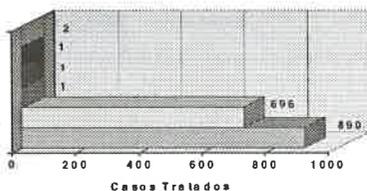
NIVEL DE INSTRUCCION

- 40.00
- 13.00
- ▨ 12.00
- ▩ NS/NC
- ▧ OTROS
- ▦ ESC. TECN.
- ▥ EDUC. ESP.
- ▤ FACULTAD
- ▣ COU
- ▢ BUP
- EGB
- PRIMARIA
- ▨ LEER-ESCR.
- ▧ ANALABETOS



PROFESION

- NADA
- GRAN EMPRESA
- ▨ CUADRO SUPERIOR
- ▩ OBRERO CUALIF.
- ▧ OBRERO SIN CUALIF.
- ▦ AMA DE CASA

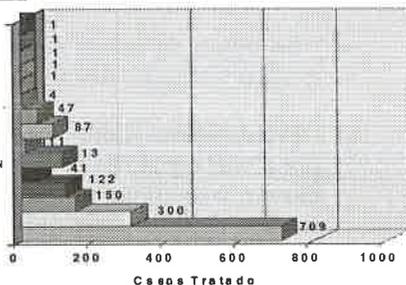


Documentos de Trabajo Social

DTS

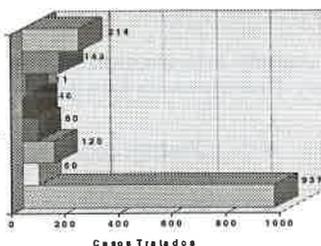
SITUACION LABORAL

- 90.00
- 31.00
- 30.00
- 13.00
- 0.00
- INCAP. LAB. TEMP. TOT.
- INCAP. LAB. TEMPORAL
- INCAP. LAB. PARCIAL
- JUBILADO SIN PENSION
- JUBILADO CON PENSION
- PARO CON PREST.
- PARO SIN PREST.
- FIJO
- EVENTUAL
- NUNCA TRABAJO



DIAGNOSTICO

- OTROS
- NO PSIQUIATR.
- TRANST. DELIR.
- TRANST. AFECT.
- TRANST. ORGAN.
- TRANST. INFANT.
- ESQUIZOFRENIA
- NEUROSIAS



VII. CONCLUSIONES

A la vista del análisis realizado por los datos obtenidos decir que la demanda realizada a S.M. es mayoritariamente del colectivo de mujeres representado por un 58,58 %, de edad comprendida entre 30 y 40 años; de estado civil casada con bajo nivel de instrucción y con la profesión de amas de casa. Todo este perfil entraría de lleno con los grupos de discusión que hay en este centro, y que han ido implantándose en las distintas zonas básicas de salud como son la de Torrox, Torre del Mar, y Vélez-Málaga. (Sur-Norte).

Sin embargo en las zonas del interior es donde existe un mayor

riesgo tanto por los problemas sociales, económicos y de comunicación y transporte que sufren. Podríamos destacar a todas ellas características tales como:

- Se tratan de zonas eminentemente rurales en las que existen viviendas diseminadas.
- Problemas de comunicación de acceso al Centro de Salud por el mal estado de las carreteras presentando numerosas curvas, y en algunos casos no estando asfaltado y falta de medios de transporte que comuniquen el interior con la costa.
- En relación a las viviendas no existen construcciones de viviendas de protección oficial en ninguno de los pueblos, por lo que muchas parejas cuando se casan o unen han de quedarse en la vivienda de los padres, con la problemática que ello conlleva.
- En cuanto a la economía depende exclusivamente del campo. Los ingresos familiares son bajos y proceden del:
 - Trabajo por cuenta ajena o propia
 - P.E.R.
 - Pensiones
- Existe una amplia población inactiva económicamente (60,74 %) pensiones, invalideces, estudiantes,; de la población activa que se encuentra en situación de desempleo laboral un 20,80 %; sólo un 16,87 % está ocupada.
- Por otra parte existe un alto grado de analfabetismo y un nivel de instrucción muy bajo (el 61,89 % de la población es analfabeta o analfabeta funcional).
- Por otro lado, en los municipios del interior, Sayalonga, Competa, C. Albaidas y Archez, el principal problema que presenta es el alto consumo de alcohol. En estos pueblos el vino es de fabricación casera y suele consumirse

Documentos de Trabajo Social

DTS

diariamente con las comidas. Además la

forma de relación social de los hombres es reuniéndose en bares, donde se consume desde por la mañana. Es frecuente encontrar mujeres con síntomas de ansiedad y depresión, en muchos de los casos motivados por las situaciones familiares que se viven a causa del alcoholismo del marido.

Por todo ello, y a la luz de los datos reflejados declararía de Z.P.A. (Zona Preferencial de Actuación) a dichas Zonas Básicas de Salud de la Viñuela y Benamargosa y a poblaciones como Canillas de Albaidas, Archez, para intervenir conjuntamente con A.P. en la creación y puesta en marcha de Grupos de Discusión de Amas de Casa, que entraría dentro de una intervención futura a medio plazo.

AGRADECIMIENTOS

Desde estas líneas agradezco la colaboración del epidemiólogo del Distrito Sanitario Axarquía D. José Andrés Salazar, tanto por su participación como por la supervisión del trabajo realizado. Así como a todo el ESMD-Axarquía por su apoyo prestado.

BIBLIOGRAFIA

“Tratado de Psiquiatría” Tomo II

Harold I. Kaplan

Banjamin J. Sadock

“The New Harvard Guide to Psychic try”

Ming T. Tsnang

“O.M.S. Epidemiología de los trastornos mentales.”

Ginebra. 1960

“I.A.S.A.M. La reforma psiquiátrica en Andalucía.”

Instituto Andaluz de S.M. Sevilla 1988.

“Revista de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría.”

Anexo 1. Núm. 0, Febrero 1991.

“Manual del Residente de Médico de Familia y Comunitaria.”

F.J. Gallo Vallejo y Coles

“EL TRABAJO EN EQUIPO EN LAS ORGANIZACIONES”.

Asun Carretero Jumilla.
Trabajadora Social

Resumen

“Se está pasando del predominio del modelo piramidal de gestión basado en el principio de jerarquía, a una profunda transformación de las organizaciones, estructuras en forma de red, en las que lo más valorado es el equipo de trabajo”.

El presente artículo hace un recorrido sobre lo que significa trabajar en equipo, proponiendo un modelo de participación, distintas tipologías de equipos, así como claves de funcionamiento.

Dada la importancia que en Trabajo Social tiene el trabajo en equipo, y por el Análisis que la autora realiza del tema, nos será de gran utilidad en la Práctica Profesional.

“El mundo se está volviendo tan complejo que casi todo lo que uno hace es como una rueda cuyos rayos llegan a todas las áreas funcionales” (Thomas Tusher).

0. INTRODUCCIÓN:

La complejidad socioeconómica, y tecnológica de la sociedad actual ha generado fuerte interdependencia entre los técnicos de los diferentes saberes que requieren, para su abordaje global, de consultas recíprocas. De igual modo, los repentinos y espectaculares cambios, que confunden a muchas organizaciones, gobernadas por ideas y normas (“espectros del pasado”), que han sobrevivido a su utilidad, pero con tanta influencia en nuestros comportamientos como si estuvieran vivas: ideas de: H. Ford (que consideraba al trabajador como máquina de herramienta de propósito único), F. Taylor (con sus estudios de tiempos/movimientos y recomendaciones de que las organizaciones debían programar a sus trabajadores) y Max Weber (la organización como pirámide jerárquica/burocrática), forman nuestras mentes durante más de un siglo, con un paradigma de dirección y gestión opuesto al cambio e innovación.

Se está pasando del predominio del modelo piramidal de gestión, basado en el principio de jerarquía y protagonismo del jefe (órdenes transmitidas desde la cúspide), a una profunda transformación de las organizaciones (consecuencia de las presiones del entorno): estructuras en forma de red en que lo más valorado es el **equipo de trabajo** (por conjuntar y aglutinar: conocimientos, destrezas, motivación, técnicas e información para satisfacer necesidades existentes y solucionar problemas).

Frente a la rigidez y lentitud del modelo burocrático, esta estructura de red permite a las organizaciones, responder con mayor flexibilidad y rapidez a una doble exigencia: complejidad y cambios del entorno y necesidades de las organizaciones y sus miembros. A menudo el mejor razonamiento, para resolver problemas cambiantes, es el resultado del **esfuerzo y sabiduría colectiva**: los grupos suelen ser mejores que los individuos que lo componen.

I. DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Documentos de Trabajo Social

DTS

“Una de las primeras lecciones que un ejecutivo aprende mientras progresa hacia las alturas de la empresa es lo poco que puede seguir confiando sólo en su propia inteligencia. Cuanto más alto es el nivel que alcanza un individuo en la organización más evidente resulta que un directivo es bueno en la medida que lo es el grupo que le rodea” (SHAPIRO).

Un equipo de trabajo es:

1. Un **sistema** con: entrada (input): recursos, información; salida (output): mejor atención, prevención; retroalimentación (Feedback); estructura organizativa determinada y proceso plural (GILMORE).
2. “Un **grupo de profesionales** que comparten un propósito y una responsabilidad, entendiendo claramente su función y la de los demás, de forma que todos reúnan sus técnicas y conocimientos para suministrar servicios efectivos de atención”.¹
3. “Conjunto de personas directamente relacionadas entre sí y con un cierto grado de **interdependencia**, que trabajan para conseguir un objetivo común con la convicción de que juntos pueden alcanzar el objetivo mejor que individualmente”.²
4. Una unidad operacional básica para ciertas tareas que posibilitan la comunicación, cooperación y participación en la toma de decisiones; una red de **lazos vivos**, en cuyos miembros existe cierta **conciencia de pertenencia** y cierta forma de **cultura común**.³

Formar un equipo es una acción deliberada para: identificar y eliminar las dificultades; sustituir actuaciones inadecuadas y cumplir una serie de **circunstancias** que lo configuren como tal, más allá de los límites del simple grupo:

a) El nº de miembros, para su mayor eficacia, debe ser reducido (3-7), “no más de ocho o diez personas, para discutir un problema y sugerir soluciones alternativas.”⁴

b) **Lazos interpersonales cualitativos**, con frecuentes

interacciones mutuas, que provoca un estado trascendente de **sinergia**⁵ que excede a la contribución de cualquier miembro y de su suma.

c) Estructura participativa (**implicación personal** como compromiso, comunidad de acción) y proceso plural (cada miembro aporta conocimientos, destrezas, valores y motivaciones).

d) Intención común de caminar hacia una meta: existencia de **un objetivo colectivo** que, según GILMORE, une y guía las acciones (**tarea común acordada**).

e) Existencia de **límites y obligaciones** implícitos para sus miembros: renunciar a cierto grado de libertad; aceptar intereses y tácticas comunes; comprender las funciones y roles (propios y de los demás), etc., para alcanzar el objetivo colectivo.

f) **Organización** según: tipo de acción, objetivos, contexto, liderazgo (diferentes estilos directivos, en función de los modos de mando, transacción y animación), etc.

II.- HACIA UN MODELO DE PARTICIPACIÓN DEL EQUIPO:

Desde el TS, se potencia la participación⁶ en equipo, por: generar mayor: flujo de ideas y perspectivas, efectividad; ser la clave para resolver los problemas de las organizaciones; “pretender que las personas dejen de ser consideradas objeto de decisiones provenientes desde arriba y tengan la posibilidad efectiva de tomar decisiones en las cosas que les afectan o conciernen, como individuo, grupo, ciudadano de un Estado o miembro de una sociedad” (ANDER-EGG).

Pero no basta con desealarla: se deben crear las **condiciones** para que resulte efectiva:

Documentos de Trabajo Social

DTS

* Las presiones que inducen a la conformidad en el grupo (las normas informales, que regulan las relaciones en un grupo, pueden ser contrarias a la participación). Existe mayor probabilidad de adaptarse a lo que se espera de ellos que afrontar el riesgo a ser considerado problemático o inadaptado, por una independencia que los deje fuera de control.

* El modo de ejercitar la autoridad en el equipo (algunos suprimen la participación y otros la liberan).⁷

El modelo de participación del equipo, incluye:

1. La toma de decisiones: el dilema al que se enfrentan a diario los directivos de las organizaciones es cómo **tomar las decisiones:** en solitario o con participación de otras personas, porque, en última instancia, como indica P. DRUCKER, “todo lo que hace un directivo es tomar decisiones” para lograr las metas de la organización.

En el método clásico de tomar decisiones, el responsable de la decisión, sigue el proceso, en sus diferentes fases:

1ª) Definir los términos del problema o necesidad existente (difícil en la práctica, por precisar de información, intuición y objetivación).

2ª) Identificar las posibles alternativas que puedan solucionar al problema o satisfacer la necesidad.

3ª) Enumerar y valorar brevemente las posibles alternativas que puedan ayudar a resolver el problema y clasificarlas según su idoneidad (en atención a sus ventajas, inconvenientes, etc.).

4ª) Elección de una alternativa -renunciando a las demás- y su puesta en práctica. De no ser así, es decisión inútil (se adoptan para cumplirlas) y requiere comunicación correcta a quienes deban ejecutarla, desarrollando acciones y correcciones necesarias.

Este método, elaborado por los economistas para optimizar el rendimiento personal, debe adecuarse a la compleja y dinámica

realidad. Los individuos difícilmente son capaces por sí solos de formular los problemas claramente (por: sus limitaciones y carencia de información) e identificar y valorar objetivamente las alternativas existentes (con riesgos por: la posibilidad de errores personales en la valoración; insuficiencia de los datos disponibles; colisión entre valores y objetivos personales y los de la organización). No obstante, ha servido para reforzar la importancia del trabajo en grupo, confirmándose la superioridad de los equipos sobre la actuación individual, a partir de la demostración de que la suma de los esfuerzos de un equipo es superior a la suma de los esfuerzos de las personas actuando por separado.

La toma de decisiones es un proceso complejo que implica: aprender técnicas que posibiliten decidir lo más pertinente en cada momento; consensuar, para que la vinculación con la decisión sea elevada y la responsabilidad compartida; capacidad de adoptar alguna de las diversas posturas que presenta la situación, etc.

2. Objetivos colectivos: hacia los que encaminar los esfuerzos individuales: las actividades desplegadas para su logro están dotadas de propósito y dirección. No se trabaja según el status quo, haciendo lo que se les manda o repitiendo el ayer, conocen lo que el equipo desea lograr y consiguen mejores contribuciones y mayores satisfacciones.

3. Coordinación: cuando los miembros del equipo demuestran la capacidad de aunar los esfuerzos de modo válido, puntual e interdependiente, incluso cuando les presionan para obtener resultados.

4. Comunicación clara y sincera: entre los miembros del equipo, esencial para: intercambiar datos, opiniones, puntos de vista; debatir las soluciones alcanzadas, etc.

5. Crítica: implica aceptar la responsabilidad de compartir: ideas, opiniones, dudas, esperanzas, aspiraciones, etc. previa y posterior a las actuaciones (evaluación), para que produzca el máximo de beneficio posible.

Documentos de Trabajo Social

DTS

6. Cualidades interpersonales claves:

6.1. Cualidades: de **percepción y empatía** (capacidad de captar pistas no verbales; de colocarse en el lugar del otro y comprender sus sentimientos) y de **saber escuchar** (prestar atención a lo que dicen los demás y cómo lo dicen, dejando que expresen sus ideas).

6.2. **Autenticidad:** desarrollar una relación personal con los otros. Compartir datos personales sobre uno mismo y estimular a los demás a hacerlo. En general, una participación es auténtica, “cuando se realiza una acción personal y original que responde a la exigencia de la propia conciencia y expresa las propias convicciones” (GINER). De lo contrario, corre el peligro de caer en “manipulación enmascarada, montada artificialmente por una minoría (...) implica no sólo estar en algo sino decidir como derecho(...)” (N. KISNERMAN).

6.3. **Expresión de sentimientos:** sintonizar los propios sentimientos con las condiciones ambientales que los originan; expresarlos para reforzar la comunicación y observar las reacciones emocionales de los otros.

6.4. Comprender el impacto de la propia conducta sobre los demás (reconocer cómo le ven a uno los demás y las consecuencias de las propias acciones sobre las relaciones) y uso del feedback para modificar la propia conducta.

III. CLASIFICACIÓN: Entre otras tipologías, destacamos:

1. Equipo sinérgico:

Trabajo en equipo inteligente que ofrece a las organizaciones la posibilidad de: mejorar su eficacia mediante movilización de los recursos humanos; obtener el máximo beneficio de: la dedicación, participación, iniciativa, información, resolución de conflictos, soluciones congruentes y uso de la crítica.

La sinergia es un concepto teóricamente atrayente, pero son las

experiencias de aprendizaje en las que esta se logra, las que refuerzan el convencimiento y la capacidad de los miembros del equipo para lograrla realmente (aparece cuando: el interés por el resultado del equipo se combina con la confianza, apoyo mutuo y participación de sus miembros).

2. Equipo “ad hoc”:

Frente a la burocracia, determinada por su estructura y capacidad de repetición (que: pierde oportunidades; deja problemas importantes sin resolver y elimina de raíz el germen del cambio), la adhocracia es, por naturaleza, invertebrada; florece en un ambiente que desaliente el exceso burocrático pero que use de su fuerza para estructurar los equipos. Su punto de partida, son las expresiones explícitas (de las creencias/valores de la organización) e implícitas (las personas de diferentes campos trabajan conjuntamente para el bien de todos) y sus atributos la convierten en la organización ideal para el cambio por: atravesar las líneas y fronteras convencionales y estar diseñada para hacer que el cambio tenga lugar (resuelve el problema de gestión más importante: grandes estrategias con pobres ejecuciones).

WARREN BENNIS, académico de la gestión de empresas, abogaba en los años 60, por “sistemas adaptativos y temporales destinados a resolver problemas mediante especialistas en diversos campos vinculados entre sí (...) en un flujo orgánico”.

Exige amplia participación, vital para introducir innovaciones: que toda la organización se involucre para obtener una comprensión profunda de las decisiones adoptadas. Los miembros del equipo: impulsan las ideas; transmiten las decisiones y sus motivos; aseguran una intervención armoniosa de las mismas, etc.

Como valores fundamentales se deben potenciar: la integridad, equidad, ética, moral, entusiasmo, respeto, sinceridad y confianza (es un imperativo: sin ella no hay equipo; “la ausencia de confianza inhibe todo tipo de desarrollo” según N.K.J. Arrow -economista y premio

Documentos de Trabajo Social

DTS

nobel-). La clave es crear un ambiente en el que la gente se respete y tenga confianza entre sí. La sinceridad es condición esencial para discutir de forma abierta y franca las cuestiones del trabajo en equipo. Se desarrolla con mayor facilidad en un entorno “neutral”, en que uno se siente libre de decir la verdad sin temor a repercusiones posteriores.

Los equipos deben ser, al mismo tiempo, lo suficientemente: grandes (para representar a todas las partes de la burocracia que estarán afectadas) y pequeños (para cumplir su cometido con eficiencia). Divide los grandes en grupos pequeños (3-7 personas) con funciones diferenciadas y dedicación total. Su composición es tan importante como su tamaño. La regla es acomodar el equipo al asunto de que se trate: elegir sus miembros (-de todos los niveles jerárquicos y funcionales de la organización-, de modo que, en conjunto, reflejen la naturaleza, alcance y complejidad del problema). Su líder no debe ser un experto en el área a analizar ni un miembro de la alta dirección, por ser un serio experimento para el propósito global de la adhocracia. El mejor líder es la persona con quien es agradable estar y apreciada por los miembros del grupo.

La capacidad de conducir el proceso es tan importante como conocer el problema. Esta se resume en: dirigir eficazmente una reunión; fijar plazos de ejecución; mantener los asuntos en el cauce previsto; asegurar la realización del trabajo; consultar y escuchar a todo el equipo (y no sólo a los miembros dominantes).

3. Equipo interdisciplinar:

* “Conjunto de profesionales diferentes con objetivo colectivo, igualados al realizar sus aportaciones y diferenciados en su intervención” (V. pr.).

* Intercambio mutuos e integración armónica, de funciones y actividades desarrolladas por diversas personas a través de una unidad (conceptual, técnica, interna y administrativa) para alcanzar objetivos definidos, que “(...) rompe la estructura de cada disciplina para

construir una axiomática nueva y común a todas ellas con el fin de dar una visión unitaria de un sector del saber”.⁸

Hay interdisciplinariedad cuando se fijan objetivos comunes y específicos que pretenden resolver problemas cuya solución se encuentra en el seno del equipo y cuya base es la comunicación.

4. Equipo multidisciplinar (pluridisciplinar):

* “Interacción existente entre dos o más disciplinas que puede ir desde la simple comunicación de ideas hasta la integración mutua de: conceptos, epistemología, terminología, metodología, procedimientos, y enseñanzas correspondientes”.⁹

* Profesionales diferentes que participan en un programa planificado con objetivos colectivos e intervención conjunta, manteniendo cada uno sus especificidades (V. pr.).

5. Equipo transdisciplinar:

Sucesión de relaciones interdisciplinarias integradas de modo que el sistema resultante no tendría fronteras sólidas entre las disciplinas, basado en que “la naturaleza es única y se la intenta conocer prescindiendo de las divisiones introducidas en la Ciencia por el hombre” (SOLER).

Incluye, en opinión de PIAGET, “estructuras operativas, estructuras regulatorias y sistemas probabilísticos y que uniría estas diversas posibilidades por medio de transformaciones reguladas y definidas”.¹⁰

III.- FUNCIONAMIENTO: para que un equipo funcione con pertenencia, coherencia e identificación, se **requiere:**

1. Consolidar un grupo de trabajo con tareas de: rendimiento (información, opinión, decisión, acción, revisión..), mantenimiento

Documentos de Trabajo Social

DTS

(solidaridad, aceptación mutua, relación, relajación..) y reforzamiento (responder a dudas básicas -identidad, finalidad, organización..-).

2. Procurar niveles de eficacia en la acción: dimensión productiva (creativa, personal y social).

3. Potenciar la comunicación: simétrica y complementaria; flexibilidad de roles; “líder transformador”, centro de información; usar el feedback.

4. Realizar acciones concretas: alcanzables, medibles, gratificantes, etc.

IV. EFECTOS, VENTAJAS Y DIFICULTADES:

El trabajo en equipo tiene **efectos** en tres áreas de resultados: productividad, creatividad y satisfacción. Los aspectos importantes del éxito son:

a) **Contenido:** aquello a lo que el equipo aplica sus esfuerzos (acumular conocimientos, técnicas, información e intuición que el equipo utiliza para alcanzar sus resultados).

b) **Proceso:** modo cómo el equipo usa su contenido; dinámica que se desarrolla en: el establecimiento de normas de rendimiento; compartición de responsabilidades; determinación de objetivos; división de esfuerzos; las interacciones; revisión de las consecuencias de sus acciones, etc.

La sabiduría convencional sugiere que la eficacia se logra con: un líder “transformador”; misión clara; expertos competentes y con **reuniones** (instrumento básico de coordinación de las acciones de un equipo). Estas son: su esencia, foro de debate, búsqueda de perspectivas alternativas de intervención, etc. Deben ser: establecidas de forma periódica para: analizar (problemas, normas de trabajo, mecanismos de coordinación, criterios o cualquier tema relevante); cortas, operativas y con orden del día abierto.

*** Ventajas:**

1. La atención prestada por un equipo es mayor que la suma de atenciones individuales.
2. La influencia mutua y el aprendizaje informal en el grupo, elevan: los niveles (de atención y satisfacción en el trabajo) y el status del equipo.
3. Favorecer las comunicaciones libres y abiertas, que permiten compartir información esencial para solucionar problemas complejos, al potenciar al máximo: conocimientos y perspectivas ante las situaciones; técnicas y recursos, etc.
4. Satisfacer aspiraciones de los expertos en una mayor integración y al sentimiento de realización personal (LODEN: 55).
5. La efectividad del equipo se relaciona con su habilidad para: llevar a cabo el trabajo y organizarse como grupo autónomo (para tomar decisiones y llevarlas a cabo). Todos comparten la responsabilidad de los resultados.
6. Asegurar que las decisiones importantes tengan el apoyo del personal clave, por haber formado parte del proceso de planificación directiva.
7. Disminuir la importancia del cargo jerárquico: las soluciones a los problemas pueden proceder de cualquier miembro del equipo con independencia de su posición o nivel.

*** Dificultades:** Motivadas por:

- * Ambigüedad de roles y carencia de objetivos concretos.
- * Improvisación, desorientación y frustración.
- * Facilidad de crítica negativa. y escasa visibilidad de resultados.

Documentos de Trabajo Social

DTS

* Dificultad de realizar un trabajo diferente al que se aprende durante los diferentes estudios académicos.

* Contraste entre los requerimientos creativos y la falta de imaginación, audacia y flexibilidad de las organizaciones.

¹ MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: Guía de funcionamiento del Equipo de Atención Primaria. DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN SANITARIA, Madrid, 1.984.

² G. BERZOSA: Curso de Formación de Formadores, PROMOCIÓN Y DESARROLLO, Madrid, 1.991.

³ J. VALERO: El trabajo en equipo.

⁴ W.G. OUCHI, Citado por M. LODEN: "Dirección femenina", Hispano europea, Barcelona 1.987, pág. 55.

⁵ Del gr. "synergos", trabajar unidos (de "synergúa", cooperación -de "sýn", con, y "érgon", trabajo-. En general: propiedad que muestran los efectos combinados de partes, órganos, etc. al exceder la suma de los efectos individuales; efecto causado por la combinación de elementos en sistemas compatibles (R. B. FULLER); conjunto de fuerzas, factores o medios que concurriendo a un mismo fin generan una acción superior a la de la mera suma de sus componentes. En dinámica de grupos, "cantidad de energía individual que cada persona aporta al grupo. Esta energía trata de mantener la cohesión grupal (sinergia de mantenimiento) y de alcanzar los objetivos colectivos para los que fue creado el grupo -sinergia efectiva-" (R.B. CATTELL).

⁶ Del lat. "participare", compuesto de "pars", parte, y "capere", tomar, tener parte). Tomar parte en una cosa, proceso o acontecimiento exterior a uno mismo" (ANDER-EGG).

⁷ "El líder transformador del equipo, descubre las necesidades, impulsa las aspiraciones y ayuda a dar forma a las cualidades". Este genera: productividad colectiva; creatividad e innovación y satisfacción de los miembros del equipo; es el responsable del triunfo (J. MAC GREGO BURNS: Citado en Dirección femenina, pág. 60).

⁸ SOLER: Citado por A. PORCEL en "Interdisciplinariedad" REVISTA DE TRABAJO SOCIAL nº 97, del Colegio Oficial de Diplomados en T.S. y AA.SS., Barcelona, marzo 1.985, pág. 12.

⁹ A. PORCEL: Op. cit., pág. 13.

¹⁰ Citado por A. PORCEL: Op. cit., pág. 13.

Documentos de Trabajo Social

DTS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ANDER-EGG (1981): Diccionario de Trabajo Social, Humanitas, Buenos Aires
- G. BERZOSA (1991): Curso de Formación de Formadores, PROMOCIÓN Y DESARROLLO, Madrid.
- BIBLIOTECA DEUSTO DE DESARROLLO PERSONAL (1991): El trabajo en equipo: Qué es y cómo se hace, Deusto, Bilbao.
- R. BUCKMINSTER FULLER: Citado por C. JOHSON en Diccionario verde.
- R. JHONSON (1991): La dirección de personal, DEUSTO, Bilbao.
- M. LODEN (1981): Dirección femenina, Hispano europea, Barcelona.
- Mº DE SANIDAD Y CONSUMO (1984): Guía de funcionamiento del Equipo de Atención Primaria. DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN SANITARIA, Madrid.
- I.S. SHAPIRO: La 3ª revolución americana.
- SOLER (1985): Citado por A. PORCEL en “Interdisciplinariedad”, RTS nº 97, del Colegio Oficial de Diplomados en TS y AASS, Barcelona.
- R.H. WATERMAN (1993): Adhocracia, Ed. ariel sociedad económica, Barcelona.

LA EDUCACIÓN SEMIFORMAL EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS SOCIALES: UNA APLICACIÓN LIBRE.

M. Nieves Padilla de la Vega.

Psicóloga funcionaria de la Administración de la Junta de Andalucía, Trabajadora Social funcionaria en excedencia de la misma Admón.

RESUMEN

En el presente análisis nos hemos planteado abordar los servicios sociales desde una dimensión socioeducativa, intentando conocer los parámetros que pondrían en evidencia la existencia de los rasgos, que como característicos de un proceso educativo, se han tomado como modelo. Para ello nos hemos servido de dos áreas de actuación, por una parte de la animación sociocultural, atendiendo a las características específicas de los contenidos educativos y por otra, del colectivo de Personas Mayores, en función de las características de los sujetos o población receptora-emisora del proceso, y como instrumento, los Centros de Día de Mayores, lugar donde poder conjugar cada uno de los parámetros de análisis. No obstante, el estudio aporta perfiles que podrían ser aplicados a otras intervenciones que se producen en el ámbito de los servicios sociales.

INTRODUCCIÓN.-

En la actualidad es un hecho reconocido que la función educativa no se encuentra estrictamente circunscrita al ámbito escolar. La institución escolar, de entre todos los aspectos formativos de la persona, ha privilegiado el intelectual, pero es antigua la exigencia pedagógica de una educación integral que no descuide facetas del ser humano y que potencie armónicamente todas. Diversos son los contextos en los que la educación se desarrolla al margen del ámbito citado, desde las asociaciones, medios de comunicación y la familia, hasta las escuelas y universidades, no quedando excluida la dimensionalidad de la interacción en los servicios sociales. Más que la asistencia a los necesitados en una sociedad industrial, todos los ciudadanos pueden requerir muy diversos servicios sociales, para poder resolver su capacidad productiva y alcanzar y mantener un nivel deseable de bienestar.

Los problemas sociales hunden muchas veces sus raíces más en la propia estructura social que en los mismos individuos y serán acciones sociales las que irán dando respuestas a una posible presencia de elementos que conformen un hecho educativo.

El medio en el que se va a desarrollar vendrá determinado por un conjunto de elementos que interaccionan entre ellos y el educando y que presentan una mínima unidad estructural educativamente significativa. Medio es pues la familia, la escuela, y cualquier otra institución educativa, pero también un grupo en el seno de una institución, o el barrio, pueblo o ciudad. El medio será educativo si los procesos que genera son consecuencia de la acción entre los diferentes elementos que lo forman.

Al trasladar nuestro análisis desde el contexto educativo al ámbito de los servicios sociales, vemos que se hace necesario arbitrar mecanismos que evidencien estas presencias para así poder enriquecer su propia estructuración teórico-metodológica. El abanico

Documentos de Trabajo Social

DTS

es amplio, desde el conocimiento de los distintos campos y contextos hasta la concreción de planificaciones más cercanas a este tipo de intervenciones. En este sentido podríamos señalar los siguientes elementos de estudio:

1. - Concretar diferentes intervenciones sociales en donde pueden estar realizándose actividades educativas no formales importantes, tanto públicas como privadas, conocer sus objetivos, organización y metodología.
2. - Conocer los sectores poblacionales a los que se dirigen, así como los posibles sectores potenciales.
3. - Delimitar el campo de aplicación de los grupos a los que se destina, diferencias y semejanzas entre ellos.
4. - Estimar la consecución de objetivos y el establecimiento de parámetros de comparación respecto a la utilización del conocimiento nuevo aplicado.
5. - Establecer prioridades, tomando referencias de las actuaciones realizadas y las requeridas por el grupo o sector.
6. - Diseño de técnicas e instrumentos precisos de evaluación tanto para el proceso como para los resultados, adaptándolos a las características específicas de estas intervenciones.

Todos los aspectos señalados podrán permitir inventariar elementos para establecer una delimitación de lo realizado desde el punto de vista del contexto educativo.

El eje directivo de nuestro análisis será el colectivo de Personas Mayores y más concretamente el marco convivencial de los Centros de Día, defendiendo que la educación no es una función acotable con la edad de los individuos, sino que éstos han de tener acceso personal y social a los recursos educativos, en todos los momentos de la vida, y que desde la psicopedagogía conforman un sector educativo en el

marco de la Teoría de la Educación.

El análisis requiere de una delimitación teórico-contextual de los distintos sectores educativos establecidos, para así conocer la posible relación entre el marco socioeducativo de estos Centros y la animación sociocultural, en el ámbito de la que más tarde denominaremos Educación Semiformal.

1. - DELIMITACIÓN TEÓRICO-CONTEXTUAL DE LOS DISTINTOS SECTORES EDUCATIVOS.-

1.1. - Aspectos generales.-

La educación ha de contextualizarse en función de las coordenadas socioculturales en las que se encuentra, los factores y condicionantes que la enmarcan, el modelo de las instituciones en que se sitúa y las modalidades y mecanismos que la promueven.

La educación se enmarca en una situación concreta, es decir, en unas coordenadas espacio-temporales que se conforman en un ámbito objetivo (estructura social) y en un ámbito subjetivo (percepción sujetos) y cuyo proceso se resuelve en la interrelación de estos ámbitos, constituyendo distintos factores posibilitantes y limitantes.¹

A partir de los distintos factores que intervienen en la educación se conforma un sistema y jerarquía de valores de una realidad social concreta. La influencia de éstos valores de la educación debe contemplarse bajo las coordenadas y condiciones intrínsecas al sistema, presentándose como clima cultural de una época y lo entenderemos como sistemas no explícitos del que emanan los ejes que permitirán concretar los “ fines de la educación” y el marco dinámico y activo del proceso educativo.

En este sentido, el clima social va a desempeñar un papel primordial en la conformación de los sectores educativos. Pero no será éste el

Documentos de Trabajo Social

DTS

único nivel operativo sino que también intervendrán con un papel igualmente importante el ordenamiento jurídico-político y las agencias educativas.

Atendiendo a los criterios señalados podemos distinguir los siguientes sectores educativos: Educación Informal, Educación Formal y Educación no Formal.

A finales de los años sesenta las expresiones “educación informal” o “educación no formal”, empiezan a hacerse un lugar en la terminología pedagógica.

En principio se distinguieron de la educación formal oponiéndose sin más a lo escolar. Pero sin duda, el sector educativo que queda restante de lo escolar es amplio y heterogéneo. La complejidad y diversidad de medios, instituciones y ámbitos producen efectos educativos que obligan a la pedagogía a dotarse de conceptos y términos con los que discriminar sectores o tipos de educación.

Respecto a lo no escolar, se establece una distinción entre aquellos agentes potencialmente educativos que no siendo propiamente escolares, están organizados para la consecución de objetivos educativos explícitamente formulados y los que han sido conformados a partir de intervenciones pedagógicas específicas llamando “no formal” a la primera e “informal” a la segunda.

Quedan esbozados tres modos o tipos de educación: el formal (la escuela), el no formal (las ludotecas) el informal (tertulia).²

1.2. - Sectores educativos.-

1.2.1. - Educación informal:

En nuestro país el primer intento de abordar a nivel conceptual el tema de la educación informal, fue el que llevó a cabo un equipo del

Departamento de Pedagogía Sistemática de la Universidad de Barcelona, dirigido por el doctor A. San Visens, delimitando el concepto de educación informal, tomando como variables fundamentales la intencionalidad del agente educador y la conciencia del educando, por lo que un suceso educativo pertenece al conjunto de la educación informal cuando en él se da un grado de intencionalidad por parte del que educa mínimo y/o un grado de conciencia por parte del ser que se educa también mínimo. Se hablará de educación informal como no formalizada, no intencional.³

*“La educación informal es la que se promueve sin mediación pedagógica explícita; la que tiene lugar espontáneamente a partir de las relaciones del individuo con su entorno humano, social, cultural, ecológico; la que no se halla institucionalizada; la que no es metódica, estructurada, consciente, intencional; la que no se realiza a partir de definición previa de objetivos pedagógicos; se produce indiferenciadamente de otros procesos sociales”.*⁴

Vemos pues, que la educación informal es aquella que influye indirectamente en los comportamientos de los sujetos y cuyo ámbito podemos situar en los círculos de ocio, medios de comunicación, usos, costumbres, ámbitos de trabajo, etc., con un nivel de intervención asistemático y atécnico.

1.2.2. - Educación formal:

La educación formal, se caracteriza por ser intencional en su actitud, consciente en su actividad, formativa en sus propósitos, sistemática en su realización, limitada en su duración y ejercida por profesionales.⁵

Nace de la necesidad social de acceso a la cultura ante la inaccesibilidad a la misma por medios de la educación natural, delegándose las tareas docentes tanto instructivas como formativas a personal especializado (maestro/profesor) concretadas en un ámbito

Documentos de Trabajo Social

DTS

físico específico que es la escuela.

El sistema educativo formal es una agencia exclusivamente educativa cuyos fines se encuentran formalizados legalmente y que se estructura en función de tres ejes: política educativa, administración del sistema, estructura del sistema y concluyen en el centro educativo o escolar.⁶

Los aspectos señalados nos circunscriben la educación formal al ámbito escolar donde jerárquicamente se establecen desde el ordenamiento jurídico-político, los programas, contenidos, metodologías, inspecciones, supervisiones,... y en general la preparación que deben recibir los integrantes de la realidad social en la que se encuentran. Por otra parte, se presupone un grado de intencionalidad máximo por parte del que educa y un grado de conciencia máximo por parte del ser que se educa.

La educación formal es, hoy por hoy, una exigencia social de las sociedades en las que nos encontramos, pero hemos de tener en cuenta que es solo una parcela más de los ámbitos en que se concreta la educación.

1.2.3. - Educación Semiformal:

Una vez presentados distintos sectores educativos, tanto desde un ámbito formal como informal, nos encontramos con un ámbito de la educación que podemos situar en un nivel intermedio entre ambas, que si bien no se encuentra dentro de los canales comunes escolares, tampoco se reviste de las características propias de la educación informal. Algunos autores como Jaime TRILLA,⁷ la denominan educación no formal, en nuestro caso pensamos que su terminología más adecuada sería educación semiformal.

La educación semiformal comprende acciones educadoras deliberadas e intencionales al margen de los canales escolares.⁸

Su semiformalidad no le excluye características de intencionalidad,

estructuración y sistematización, así como objetivos previos y definidos, que se han de desarrollar por agentes cuyo rol educativo está institucional o socialmente reconocido. Aún formando parte del sistema educativo graduado no constituyen formas estrictas y convencionalmente escolares.

J. TRILLA⁹, se plantea la dificultad de establecer unas características comunes a todos los medios y tipos de educación semiformal, tanto por su diversidad de cometidos como de métodos, procedimientos e instituciones.

No obstante perfila los siguientes rasgos comunes que coinciden en la mayoría de estos medios:

- Finalidades: . Asimilación de conocimientos y habilidades de tipo intelectual.
 - . Formación de actitudes.
 - . Adquisición de capacidades de tipo psicomotriz.
- Objetivos: . Comportamentales.
 - . Intelectuales.
 - . Actitudinales.
- Funciones: Amplia gama. Relacionadas con la educación permanente y con otras dimensiones del proceso educativo global, marginadas o deficientemente asumidas por la institución escolar.
- Educandos: La población educacional tendrá mayor presencia de sectores que por diferentes razones, se hallan o se han hallado insuficientemente atendidos por los sistemas escolares y académicos convencionales.
 - . Heterogéneo.
 - . Voluntariedad.
 - . Mayor motivación intrínseca: su participación vendrá determinada por los intereses y necesidades personales

Documentos de Trabajo Social

DTS

de los sujetos, conscientemente asumidas, lo que repercutirá en los aspectos metodológicos.

- Educadores: . Exigencia de títulos académicos más reducida que en la educación formal.
. Variabilidad en el tipo y nivel de formación de los mismos.
- Contenidos: . Se tiende a tomar en consideración las necesidades autóctonas e inmediatas para seleccionar los contenidos más idóneos.
. Menor descontextualización que en la educación formal.
. Funcionales, menos abstractos e intelectualistas.
. Temática relativa a la cultura en sentido amplio.
- Métodos: Individualizado/ Trabajo en equipo/ Dinámica de grupo.
- Metodología: . Activa e intuitiva en detrimento de verbalística y memorística.
. Los elementos permiten mayor plasticidad.
- Ubicación: . No exigencia de lugares fijos.
. Su transportabilidad hace que pueda realizarse ocasionalmente una función pedagógica.
- Tiempo: . Flexibilidad para adaptarse a las disponibilidades de los individuos.
. La temporalidad vendrá determinada por el contexto y resto de elementos que componen la acción educativa.
- Gestión: Independiente, descentralizada.
- Evaluación: . Exigencia de poco nivel académico.
. Valoración de lo efectivamente realizado.

. Autovaloración.

La evaluación de los resultados educativos han de tener en cuenta su dimensión individual-social, pudiendo ser representados de la siguiente forma: (AZNAR, CASTILLEJO y otros, 1.984)

		RESULTADOS	
		INDIVIDUAL	SOCIAL
RESULTADOS	INMEDIATO	Inmediato individual	Inmediato social
	MEDIATO	Mediato individual	Mediato social

El resultado individual-inmediato respondería a los aprendizajes cuyo objeto de estudio es más sistemático, acercándose más a la educación formal, el individual mediato es un resultado educativo no vinculado a un proceso de intervención específico, sino consecuencia de la integración de aprendizajes a distintos niveles de organización personal, cuya resultante son predisposiciones, tendencias y orientaciones moduladoras de la conducta del individuo en nuevos campos y situaciones. El resultado social de la educación, va a venir a determinar dinámicas, desarrollos sociales e incluso estructuras sociales.

No cabe la menor duda que la educación semiformal es un importante sector educativo en el ámbito de la educación, no obstante ha de desarrollarse a partir de una estructuración metodológica que contemple un diagnóstico o conocimiento previo de la realidad en que se encuentra para a partir de ella planificar las líneas de acción, concretando objetivos, núcleos y niveles de intervención, actividades a realizar, técnicas e instrumentos a utilizar, metodología a seguir,...

Documentos de Trabajo Social

DTS

para llegar a ejecutar lo planificado, concluyendo con un nivel evaluativo continuo tanto del proceso como de los resultados, desde los educandos, los educadores y todos los sujetos intervinientes, que nos aportarán los conocimientos adecuados para iniciar nuevos procesos.

La educación semiformal en general, podría concretarse en las siguientes áreas de actuación:

- según las características del sujeto o población receptora: infantil, adultos, especial, personas mayores,...
- según las características específicas de contenidos: sanitaria, sexual, artística, intelectual, en el tiempo libre, animación sociocultural, actividades de vida cotidiana, etc.

A continuación se señalan algunos criterios que para J. TRILLA vendrían a determinar un sector educativo semiformal:

A.- Atendiendo a los destinatarios:

- Dirigidos a la población en general: Campañas preventivas
- Dirigidos a sectores de población:

a) según la edad:

- . Infancia: ludotecas
- . Juventud: Centros recreativos
- . Adultos: Formación profesional
- . Personas Mayores: Centros de Día, Aulas Tª Edad.

b) según profesiones: Reciclaje y promoción profesional

B.- Atendiendo al personal educador:

a) según profesionalidad y dedicación:

- . Profesionales: Personal docente en la

enseñanza por correspondencia.

. Semiprofesionales : Docentes cursillos corta duración.

. No profesionales: Voluntariado, catequistas.

b) según formación y titulación:

. Formación pedagógica amplia con carreras pedagógicas: pedagogos, maestros.

. Formación pedagógica sin carrera pedagógica: psicólogos, trabajadores sociales.

. Formación pedagógica recibida en cursillo: monitores, animadores.

. Sin formación pedagógica: profesionales para enseñanza especializada.

C.- Atendiendo al contexto social:

a) según el nivel de desarrollo:

. Zonas desarrolladas: curso bricolaje, consumidores.

. Zonas en vías desarrollo: capacitación técnica.

. Zonas subdesarrolladas: educación sanitaria.

b) Según hábitat:

Rural/urbano/suburbial: formación técnica específica y campañas divulgativas.

D.- Atendiendo a aspectos metodológicos:

a) según relación educador-educando:

. Unidireccional: conferencias, campañas en medios de comunicación.

Documentos de Trabajo Social

DTS

. Bidireccional: coloquios.

b) según soporte material: Auditivos, impresos, visuales, audiovisuales, informáticos, multimedia,...

c) según metodología didáctica:

. Intuitivas: películas.

. Activas: simulación, prácticas.

d) según carácter: Individual / Colectiva.

E.- Atendiendo a la ubicación:

. Lugar de recepción depende del usuario: enseñanza por correspondencia.

. Itinerantes: bibliobus.

. Fijo: ludotecas, Centros de Día, sedes de asociaciones.

F.- Atendiendo a la temporalidad:

. Larga duración: UNED.

. Media duración: Permiso de conducir.

. Corta duración: cursillo.

. Intensivo: seminarios.

. Horario flexible: enseñanza correspondencia.

. Continuidad/no continuidad.

G.- Atendiendo a aspectos económicos e institucionales:

. Autofinanciadas.

. Heterofinanciadas.

. Mixtas.

H.- Atendiendo al grado de institucionalización:

. Universidad / Casas de la Cultura / Grupos de estudio...

Como complemento de los criterios señalados se señala una relación de medios y programas semiformales ordenados según funciones a que atienden, con objeto de facilitar la inclusión de diferentes actuaciones que se llevan a cabo en el ámbito de los servicios sociales:

A.- Funciones relacionadas con el ámbito laboral:

A.1.- Capacitación para el primer empleo, formación profesional en cursos para sectores específicos como discapacitados, poblaciones en zonas rurales,...

A.2.- Reconversión y reciclaje profesional: readaptación de trabajadores cuyo sector se ha extinguido, actualización y promoción de trabajadores en el desarrollo de su propia actividad.

A.3.- Orientación profesional y vocacional: en los centros educativos, asociaciones juveniles, las propias empresas.

A.4.- Actividades no ligadas a la cualificación técnica: talleres para mejora de las relaciones humanas en el ámbito laboral, cursos sobre derechos y prevención de accidentes laborales.

B.- Funciones relacionadas con el ámbito educativo no formal.

B.1.- Alternativa a la formación académica reglada: educación a distancia.

B.2.- Complementos de la acción específicamente formal: centros de recursos didácticos, gabinetes pedagógicos de museos, bibliotecas, granjas escuela,...

B.3.- Actividades extracurriculares: intercambios académicos, actividades socioeducativas (grupos teatro, deportivos,...).

Documentos de Trabajo Social

DTS

B.4.- Reintegración: programas compensatorios o promoción de nuevas oportunidades.

B.5.- Equipos de ensayo de nuevas metodologías: experiencias piloto.

B.6.- Formación y reciclaje de educadores: cursos, jornadas, intercambios, grupos de trabajo.

C.- Funciones en el ámbito de la extensión cultural.

C.1.- Alfabetización y educación base: campañas formativas, cursos, detección de poblaciones.

C.2.- Formación socioideológica: cursos de formación política, catequesis,...

C.3.- Formación estética, artística y complementaria: cursos interpretación musical, dramática, escuelas de cine y fotografía, escuelas de idiomas.

C.4.- Animación sociocultural: Universidades Populares, Aulas abiertas universitarias, Casas de Cultura, Ateneos, Centros de Día y Residencias de Mayores, Escuelas infantiles, Escuelas de Padres, Asociaciones de atención a sectores especializados.

D.- Funciones en el ámbito de la vida cotidiana.

D.1.- Educación para el ocio: asociaciones, clubes, campamentos.

D.2.- Educación ambiental: itinerarios y aulas de la naturaleza, campañas de prevención, campos de trabajo.

D.3.- Educación higiénico-sanitaria: prevención de enfermedades y adicciones, consejos alimenticios, jornadas de conocimiento individual de enfermedades crónicas,...

D.4.- Educación sexual y familiar: centros de planificación familiar, entrenamiento parto, cursos para padres,...

D.5.- Educación cívica: actividades de sensibilización sobre consumo, seguridad ciudadana, conocimiento y respeto a personas mayores, minusválidos, promoción de campañas de eliminación de barreras.

D.6.- Formación para la adquisición de habilidades de la vida cotidiana: tramitación de documentación varia, cursos de gastronomía, cosmética, electricidad o corte y confección, autoescuelas.

E.- Funciones en el ámbito de la educación especial.

E.1.- Formación de discapacitados físicos, psíquicos y sensoriales: cursos de entrenamiento, centros ocupacionales,...

E.2.- Centros de esparcimiento: unidades de día, ...

E.3.- Educadores especiales particulares.

E.4.- Preparación psicopedagógica a familiares, escuelas de padres.

F.- Funciones en el ámbito de la reinserción social.

- Actividades pedagógicas en prisiones y centros de reforma.
- Grupos de apoyo.
- Educadores de calle.
- Asociaciones de afectados y familiares de afectados.
- Concienciación social, campañas preventivas.

Documentos de Trabajo Social

DTS

- Talleres prelaborales.

G.- Funciones en el ámbito de la salud mental.

Acciones específicas en un contexto pedagógico propio en centros abiertos, semiabiertos y cerrados, no excluyendo sino complementándose con funciones anteriormente señaladas.

2. - CENTROS DE DÍA DE MAYORES.

En un primer acercamiento a las características generales de la educación semiformal, nos encontramos como áreas de actuación, en función de los individuos o poblaciones receptoras, el colectivo de personas mayores. Entre los diversos ámbitos en donde podría producirse un hecho educativo, se ha tomado como referencia a los Centros de Día de Personas Mayores.

A partir del cuestionario elaborado por J. TRILLA¹⁰ sobre los rasgos que caracterizan el grado de formalidad/informalidad de un proceso educativo vemos que éstos Centros, sus características y contenidos se sitúan, en general, en un grado intermedio de la escala diseñada por éste, por lo que nos lleva a pensar en la posible semiformalidad que en el proceso se establece.

2.1. - Algunos aspectos previos.

Al hablar de las Personas Mayores, hacemos referencia a un grupo de población cada vez más amplio, por su fuerte crecimiento y por su deseo de participación para conseguir un bienestar social. Suelen situarse cronológicamente tras su desvinculación con el mundo laboral, en general, a partir de los sesenta y cinco años.

Desde una sociedad con una concepción de la vejez como un colectivo deficitario, que genera políticas para la igualdad de oportunidades y la calidad de vida de todos sus ciudadanos, se

desarrollan medidas que compensan éstas desigualdades con intervenciones, en la mayoría de los casos, a través de los servicios sociales, con programas de actuación para que las personas mayores mantengan unos niveles saludables y competentes en toda su vida. Para entender la incidencia de los factores culturales, sociales, biológicos,... en el proceso de envejecimiento existen teorías tales como:

- Teoría de la desvinculación: El sujeto, a medida que van pasando los años es más proclive a ciertas formas de aislamiento social, a modelos sociales que implican reducción de contactos humanos. (COMMING y HENRY, 1.961)

- Teoría del contexto social: Para Gubriun (1.973), serán los tres los factores que van a condicionar el comportamiento de las personas mayores: la salud, los condicionamientos económicos y los apoyos sociales.

- Teoría de la continuidad: (ATCHLEY, 1972), se defiende que el último estadio de la vida no es sino una continuación y prolongación de los constantes presentes en otros momentos del desarrollo del sujeto.

- Teoría de la subcultura: En opinión de Rose (1.965), las personas mayores constituyen un grupo aparte, que viene determinado en función de variables como la filosofía, concepción de vida, estilo de vida, etc.

- Teoría de la estratificación social: La pertenencia a un sector social determinado, constituye la dominancia y cada individuo de toda sociedad, pertenece a un cierto grupo humano diferenciado.

- Teoría de la actividad: Las personas mayores han de continuar con unos niveles de actividad y participación óptimos en orden a alcanzar el bienestar psíquico y social; todo esto es posible ya que como defienden Fernández Ballesteros y otros (1.992), la plasticidad del organismo humano llega a etapas avanzadas de la vida ciertos déficits,

Documentos de Trabajo Social

DTS

inadecuaciones y pérdidas frecuentes en la vejez, pueden ser modificadas y compensadas.

Como colectivo presenta unas características específicas tanto desde un punto de vista psicológico, como físico, económico,... que le confieren su conformidad como grupo y su conceptualización como concretos receptores educativos.¹¹

2.2. - Características de los Centros de Día de Mayores.¹²

La realidad social y la toma de consciencia de las necesidades de sus miembros han venido forzando a lo largo de los años la puesta en marcha de políticas específicas para los mismos. Se han creado diversos recursos sociales con el objeto de afrontar la atención que los distintos sectores de población han ido requiriendo, pudiendo señalar entre otros, los Centros de Día de Mayores.

Estos Centros - originariamente de iniciativa pública- son establecimientos públicos abiertos, destinados a facilitar la convivencia y a propiciar la participación e integración social de las personas que reúnan las condiciones para ser beneficiarios de los mismos a través de la atención, asistencia y servicios necesarios para fomentar el bienestar social y la integración comunitaria de sus usuarios.¹³

En la actualidad existe un gran número de Centros de Día, que han ido surgiendo como una gran demanda por parte del colectivo ante la necesidad de un lugar de encuentro y de esparcimiento en esta nueva etapa de sus vidas.

Se han ido ubicando en los núcleos centrales de las distintas poblaciones (ciudades, pueblos, barrios,...) al amparo de las más diversas entidades: administraciones públicas central, autonómicas, provinciales, locales, entidades bancarias, asociaciones de vecinos, etc. y con un amplio abanico de prestaciones, existiendo centros con una importante dotación tanto de instalaciones como de servicios tales como salones de estar y juegos, comedor, talleres, bibliotecas, talleres, peluquerías, jardines,...

Gestionados en la mayoría de los casos por las Juntas Directivas formadas por los propios usuarios, con el apoyo de responsables de la entidad patrocinadora, se dotan de presupuestos para llevar a cabo algún tipo de programa de animación sociocultural.¹⁴

Es una población que no ha recibido una preparación para el tiempo libre, siendo éste uno de sus mayores problemas, junto a la falta de relaciones sociales, de toma de conciencia de su realidad o entorno, etc. por lo que la organización de actividades recreativas, educativas, artísticas, deportivas o sociales, se convierte en el elemento dinamizador que confiere a estos Centros su identidad como mecanismo y fuerza motriz del colectivo.

3. - LA ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL EN LOS CENTROS DE DÍA DE MAYORES.

El concepto de animación sociocultural ha de entenderse, no desde una mera difusión cultural, sino como pretensión de hacer de los individuos y comunidades agentes activos de su cultura. Se trata de catalizar la potencialidad de éstos para generar cultura.

La animación sociocultural nació y sigue creciendo íntimamente emparentada con la educación de adultos, la pedagogía del ocio y la educación permanente, siendo una tarea educativa ubicable en el marco disciplinar de la pedagogía y la educación semiformal, ya que se trata de actividades educativas intencionales y diferenciadas que se sitúan fuera del sistema educativo graduado.¹⁵

En general, en los Centros de Mayores se desarrollan programas de animación sociocultural, atendiendo a las demandas de sus usuarios, a las posibilidades de realización, recursos, etc., planificados por los usuarios desde las juntas directivas, con el asesoramiento y estructuración metodológica, en la mayoría de los casos, de los Trabajadores Sociales; unos como otros son receptores de las demandas, desde donde se parte para estructurar las programaciones,

Documentos de Trabajo Social

DTS

teniendo siempre en cuenta los objetivos generales de estos Centros.

Metodológicamente se pueden estructurar a partir de los siguientes aspectos:

- Recepciones de las demandas directas de los usuarios.
- Estudios técnicos sobre demandas potenciales.
- Estudio sobre los distintos recursos disponibles y necesarios.
- Estudios sobre las características específicas de la población destinataria.
- Reuniones periódicas técnicos-juntas directivas.
- Contactos continuos con los usuarios.
- Elaboración, ejecución y evaluación de proyectos.

Un proyecto de animación sociocultural en un Centro de Día de Mayores podría ser diseñado atendiendo a las siguientes características:

- Estudios previos sobre el perfil del colectivo y sus demandas.
- Reuniones para el diseño de alternativas.
- Planteamiento de objetivos dirigidos a facilitar los medios adecuados, fomentar la sociabilidad, proporcionar la posibilidad de desarrollar aspectos de su personalidad, proporcionar los medios adecuados para la educación permanente,...
- Establecimiento de metas operativizando objetivos, con el objeto de ofrecer tanto indicadores de evaluación, como aspectos motivadores a sus participantes activos y pasivos.

- Metodología que propiciara principios tales como:
 - . Principio de actividad
 - . Principio de socialización y cooperación
 - . Principio de respeto a la individualización
 - . Principio de motivación,...

- La selección de actividades a desarrollar podría tener en cuenta aspectos intelectuales, educativos, físicos, recreativos y sociales, pudiendo quedar agrupados sus contenidos de la siguiente forma:
 - . Académico-culturales: conferencias, tertulias, cursos
monográficos, intercambios con la comunidad,...
 - . Dinámica ocupacional: talleres de artesanía, plantas, ...
 - . Deportivas: juegos al aire libre como la petanca, gimnasia o paseo gerontológico.
 - . Recreativas: fiestas, viajes, recitales,...
 - . Sociales: fomento asociacionismo, actividades solidarias de apoyo mutuo o intergeneracional,...

- Las técnicas a utilizar serían tanto las más básicas como observación directa e indirecta, como entrevistas, y sobre todo la dinámica de grupo.

- Necesitaríamos una concreción de los recursos disponibles de forma que las actividades que planifiquemos realizar sean realistas y de calidad.

- Planificaremos temporalmente toda la intervención estableciendo plazos que permitan una ejecución efectiva y eficiente.

- Ejecución de lo planificado y Evaluación colegiada y planificada del proceso y los resultados.

Documentos de Trabajo Social

DTS

CONCLUSIONES

Para establecer una consideración final respecto a la relación que desde el principio hemos planteado entre la educación semiformal y el ámbito de los servicios sociales (concretado en la animación sociocultural en los Centros de Día de Mayores), abordamos las características de los elementos fundamentales del proceso educativo y las propias de estos Centros respecto a finalidades, objetivos, funciones, educandos, educadores, contenidos, métodos, metodologías, ubicación, tiempo, gestión y control-evaluación:

- Finalidades: Las áreas de actuación de los proyectos promueven la asimilación de conocimientos y habilidades de tipo intelectual por medio de cursos monográficos, conferencias, .. así como la formación de actitudes como por ejemplo en campañas socio-educativo-divulgativas (día del libro,...).

- Objetivos: Los objetivos previamente definidos se dirigen en principio hacia consecuciones a muy largo plazo de participación y concienciación, planteándose otros a medio y corto plazo en función de los pasos a dar y las características de cada colectivo en función de alcanzar los objetivos generales.

- Funciones: Contempladas respecto a la necesidad de acceso a la educación y la cultura en cualquier momento de la vida, potenciando la educación permanente, teniendo en cuenta sus propias peculiaridades. Se potencian nuevas actuaciones y beneficios de acciones anteriores.

- Educandos: No en todos los casos se tiene la idea de poder ser educado o conciencia de educando, aunque sí es cierto que se presentan las características

de heterogeneidad (distintos niveles sociales, económicos, culturales,...) voluntariedad (no se obliga a nadie a asistir a los Centros ni a participar en las actividades que en ellos se promueven) y mayor motivación por su aspecto voluntario.

- Educadores: Tanto los técnicos por su papel orientador como los usuarios presentan un perfil de educador, debido a la bidireccionalidad de las actuaciones, aunque los trabajadores sociales, monitores,...podrían acercarse más al propio de educador desde el papel de estructuradores metodológicos de las actividades a realizar.

- Contenidos: En todo momento se parte del interés y la demanda de los usuarios.

- Métodos: Individual, grupal y comunitario centrado en la atención directa y personal, actuaciones colectivas y apertura a la comunidad, con contactos con otros colectivos y sectores poblacionales.

- Metodologías: Principalmente explicadas, entendibles, activas y participativas.

- Ubicación: el Centro, la comunidad y el entorno principalmente.

- Tiempo: En función de las actividades a realizar, no obstante sometido al horario de apertura y cierre fijado en cada Centro.

- Gestión: Los máximos responsables de la gestión son los usuarios por medio de sus órganos de participación, siendo labor de los profesionales el asesoramiento y el tratamiento metodológico de las demandas, por lo que la gestión es independiente y

Documentos de Trabajo Social

DTS

descentralizada.

- Control y Evaluación: la intervención y contacto directo con el Centro es el mayor medio de control de los temas que se están realizando, no obstante los trabajadores sociales realizan diseños evaluativos tanto de lo efectuado como de su propia labor, junto con las sesiones ordinarias y extraordinarias de las juntas directivas.

Hemos ido tomando como referencia de nuestro análisis, los rasgos característicos del proceso educativo y los hemos ido comparando con cada uno de los contenidos y características que conforman la interrelación socio-educativa que puede producirse en el ámbito de los servicios sociales y más concretamente tomando como modelo los Centros de Día de Mayores, pudiendo concluir que en éstos se vive inmerso en un marco socio-educativo al margen del sistema educativo escolarizado, con la actuación directa de sus usuarios y bajo la forma de obrar intencional y diferenciada, siendo éstos, elementos que van a conferir a la actuación, la inclusión en el sector educativo que se ha venido a denominar Educación Semiformal.

¹Cfr. CASTILLEJO, J.L.: “ El Marco Sociocultural de la Educación”, en Varios Teoría de la Educación, Anaya, Madrid, 1.981, pp. 38-39.

² Cfr. TRILLA, J.: La educación fuera de la escuela, Planeta, Barcelona, 1.985, pp. 13-15.

³ TRILLA, J.: op. cit. p.16

⁴ Ibid. p. 18.

⁵Cfr. QUINTANA, J.M.: “La educación informal y la escuela en la sociedad del futuro” en Revista de Ciencias de la Educación, núm. 85, 1.976, pp 17-29.

⁶CASTILLEJO, J.L., op. cit. pp 42-47.

⁷TRILLA, J.: op. cit. p.13

⁸ Ibid. p. 19.

⁹ Ibid. p. 23.

¹⁰ Cfr. TRILLA J. La educación informal, P.P.V., Barcelona, 1.985. p.216.

¹¹ Para un mayor acercamiento a las características psicosociales de las Personas Mayores, podemos consultar cualquiera de los manuales que sobre psicología evolutiva están elaborados, así como estudios psicosociales como los realizados por Fernández Ballesteros, Rocío.

¹² Se hace referencia a Centros de Día con las características que esta denominación conlleva.

¹³ Estatutos de los Centros de la Tercera Edad, 28 de Noviembre de 1.988, Consejería de Trabajo y Seguridad Social.

¹⁴ Reguladas como órganos de participación de los usuarios a través de estatutos aprobados por los mismos.

¹⁵ TRILLA J.L.: op.cit. pp 63-67

Documentos de Trabajo Social

DTS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CASTILLEJO, J.L. y otros: “El Marco sociocultural de la educación” en Teoría de la Educación, Anaya, Madrid, 1.981.

FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R.: Mitos y realidades sobre la vejez y la salud, SG Editores, Barcelona, 1.991.

SAENZ, N y VEGA, J.L.: Acción socioeducativa en la tercera edad, CEAC, Barcelona, 1.989.

TRILLA, J. : La educación fuera de la escuela, Planeta S.A., Barcelona, 1.985.

TRILLA, J : La educación informal, P.P.V., Barcelona, 1.985.

“REHABILITACIÓN INTEGRAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA”

Carlota Sedeño Martínez

Asistente Social

Área de Información y Orientación

Centro Base De Minusválidos Instituto Andaluz De Servicios Sociales

Resumen

Se trata de una ponencia presentada en el Simposium sobre “Rehabilitación Integral aplicada a las discapacidades físicas”, organizado por la Federación de Asociaciones de Minusválidos Físicos de Málaga, patrocinado por la Delegación de Salud de la Junta de Andalucía y celebrado en el Centro Cívico de la Diputación de Málaga el 31 de Mayo de 1.997.

En su iniciación, la Ponencia se aproxima a las personas con discapacidad analizando brevemente los diversos tipos de minusvalías y deficiencias. Realiza un amplio recorrido a través de la legislación española sobre minusválidos en sus distintas etapas en el tiempo.

Se expone el contenido, funcionamiento y finalidad de un Centro Base de Minusválidos, y, en concreto, el de Málaga.

Al tratar sobre el empleo de las personas con minusvalía se resalta que es una meta permanente a lo largo del tiempo.

Se explica el papel fundamental de la familia como algo básico para el desarrollo personal. Igualmente, se habla del entorno amplio de las personas con minusvalía.

Se analiza la Rehabilitación Integral y se expone el Plan de Acción para las personas con Discapacidad (1997-2002).

UNA APROXIMACIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

* DEFINICIONES. DIVERSOS TIPOS DE MINUSVALÍAS

Minusvalía o Discapacidad son conceptos, que expresan algo no muy fácil de delimitar. Se han elaborado múltiples definiciones. La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), en el Documento “Clasificación Internacional de DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES y MINUSVALÍAS”, aborda el concepto de Minusvalía, no desde el tradicional modelo médico (Etiología - Patología - Manifestación), sino desde un nuevo modelo, el de las consecuencias, así es que el nuevo modelo de la OMS, es Deficiencia - Discapacidad - Minusvalía.

Dentro de la experiencia de la salud, la O.M.S. ofrece estas definciones:

Una deficiencia es toda pérdida o alteración de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Una discapacidad es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Una minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo, factores sociales y culturales).

Si se reflexiona, según este esquema, no toda deficiencia comporta una discapacidad, ni todas las personas con deficiencias o discapacidades llegan necesariamente a una situación de minusvalía.

Documentos de Trabajo Social

DTS

Las situaciones de minusvalía en personas con discapacidad menores de 65 años se distribuyen de la siguiente forma:

Minusvalía de Orientación: Personas que para recibir, asimilar y dar respuesta a las señales del entorno necesitan de otra persona.

Minusvalía de Independencia Física: Personas con dificultades graves para realizar las actividades de la vida diaria.

Minusvalía de Movilidad: Personas con imposibilidad de salir de casa si no son acompañadas de otra persona.

Minusvalía de Ocupación: Personas con graves dificultades para dedicarse al estudio, trabajo, deportes, etc. en las condiciones que son normales para su grupo de edad, sexo, cultura, etc.

Minusvalía de Integración Social: Personas con graves dificultades para establecer y mantener relaciones fuera del entorno familiar.

Minusvalía de Insuficiencia Económica: Personas caracterizadas por no disponer de ingresos suficientes para cubrir sus necesidades.

*** NECESIDADES. APOYOS PÚBLICOS INSUFICIENTES**

Las personas con minusvalía jerarquizan sus necesidades de la siguiente forma: prestaciones económicas, información general, asistencia sanitaria, rehabilitación, vivienda y empleo.

La atención sanitaria de las personas con minusvalía está garantizada en nuestro país por los servicios públicos de salud.

Actualmente, la práctica totalidad de las personas con minusvalía están escolarizadas. Algunas se encuentran en Centros de Integración o en Centros de Educación Especial.

La mayoría vive con sus familiares y sólo menos del 1% está en Centros Residenciales.

La tasa de empleo de los minusválidos es aproximadamente la mitad que la del resto de la población.

El apoyo prestado a las familias con hijos minusválidos por parte de las Administraciones (nivel nacional, autonómico y provincial) es insuficiente.

Las viviendas que habitan la mayoría de las personas con minusvalía no están adaptadas ni disponen de una adecuada accesibilidad.

El 25 % de la población presenta dificultades en su movilidad. La accesibilidad al medio físico es uno de los planteamientos más reivindicativos de la población minusválida con dificultades de movilidad y comunicación. Al parecer más del 72 % encuentra dificultades de movilidad en su entorno. El medio rural aparece como menos limitador que el urbano.

A las reivindicaciones sobre accesibilidad han respondido con cierta prontitud las diversas Administraciones, legislando sobre el tema aunque lo que se hace necesario es que se lleven a efecto estas leyes, ese es el problema.

Reivindicaciones constantes, a nivel individual y colectivo, se producen en todos sitios en cuanto a adaptación y acceso a la vivienda, transporte, eliminación de barreras arquitectónicas y urbanísticas.

El tiempo libre y las actividades culturales son elementos fundamentales para la integración de las personas con minusvalía.

La ausencia generalizada de actividades creativas es un dato que llama la atención. Sólo el 12% de los menores de 65 años realizan en su tiempo libre actividades manuales y artísticas, y quienes participan en actividades deportivas, formativas, excursiones, no superan el 5%.

Documentos de Trabajo Social

DTS

LEGISLACIÓN - ETAPAS

* ANTECEDENTES

Por el Real Decreto de 4 de Marzo de 1.922 se creó el Instituto de Reeducción Profesional, adscrito al Ministerio de Trabajo, Comercio e Industria. Resulta sorprendente porque se encuentra un planteamiento integral de la Rehabilitación en plena década de los años veinte. No es exagerado afirmar que este Instituto fue el primer Centro Integral de Rehabilitación Español. Cumplía las siguientes funciones:

- 1) Readaptación Funcional
- 2) Reeducción Profesional
- 3) Tutela Social de los Reeducados

A los 10 años, se produce un retroceso ya que se pierde el inicial enfoque integral y se produce una visión fragmentaria y parcial, atendiendo especialmente a los aspectos médicos y descuidando el aspecto socio-laboral de las técnicas rehabilitadoras.

La posible red de Centros Integrales de Rehabilitación se frustraron.

El Instituto se pasó, posteriormente, a llamar Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos. Se perdió la palabra profesional y pasó a depender del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.

* LEY DE BASES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La Ley 193/1.963 de 28 de Diciembre supuso algún avance significativo en el plano legal. Para la orientación profesional se aludía a “la instalación de servicios psicológicos”.

Aunque lo legislado no era mucho, hasta ese momento, otros resultados se habrían obtenido si se hubiese llevado a la práctica las leyes.

La Ley de Bases de la Seguridad Social da un impulso decisivo a la rehabilitación laboral. Eje fundamental: Incorporar a las personas que presentan alguna invalidez a la vida activa.

Se anuncia ya la creación de un Servicio Social de Reeducción y Rehabilitación de Inválidos. Sin embargo la recuperación no pasó a la práctica.

Por el Decreto 241/1.968, Orden de 8 de Mayo de 1.970 se crea el Servicio de Asistencia a Menores Subnormales (incluía a Físicos y Psíquicos).

* CREACIÓN DEL SEREM

Por el Decreto 2.531/1.970, de 22 de Agosto se crea el Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos,(SEREM).

Se abandona la palabra inválido (invalidez permanente), y se comienza a utilizar el término minusválido (se pretende extender el campo de acción a los no afiliados al sistema de la Seguridad Social).

Se crea el órgano encargado del reconocimiento y calificación de las personas con minusvalía y se determina un doble requisito: disminución de la capacidad física o psíquica no inferior al 33% y la carencia de empleo a causa de la limitación de su capacidad.

El Decreto de 1.970 se desarrolla en tres Órdenes Ministeriales (24-11-1.971). Se regulan:

1) Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos, vinculándolo a la Dirección General de la Seguridad Social. Se le otorga el carácter de Servicio Común y se adscribe al Instituto

Documentos de Trabajo Social

DTS

Nacional de Previsión (INP).

2) El reconocimiento de la Condición de Minusválido se realiza a través de las Unidades Provinciales de Valoración (UPV).

3) Se regula la Formación Profesional.

A través de los Gabinetes Provinciales se realizan acciones de asistencia, orientación, formación y empleo.

Aparte de los órganos decisorios y planificadores el trabajo era competencia de los “Técnicos”. No se sabía muy bien el contenido de este concepto con excepción de los Asistentes Sociales que eran expertos en la materia.

Se organizaron cursos de formación y capacitación. Se daban casos de “entrega sin límites”. Las visitas a los Gabinetes Provinciales por parte de los Técnicos “Inspectores” eran frecuentes. Conocían bien el Servicio porque habían trabajado antes en algún Gabinete Provincial.

Se realizaron frecuentes gestiones de empleo a través de orientación y asesoramiento; colocación en Empresas que eran visitadas por parte de los Técnicos. La realidad fue que las colocaciones de minusválidos fueron numerosas.

A finales de 1.974 más de 2.000 minusválidos habían conseguido empleo. Se potenciaron Centros de Empleo Protegidos, Cooperativas y Asociaciones.

En 1.973 tiene lugar el primer Plan Asistencial en el que se recogían servicios y ayudas para: formación, empleo, recuperación, ocio y tiempo libre, orientación en general.

A través de las Agencias Comarcales de Información y Asesoramiento (ACIAS) se acercaba el Servicio al medio rural.

* CONFERENCIA MINUSVAL 74

Fue un significativo impulso para el Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos. Surgió la revista MINUSVAL. Por medio de esta Conferencia Nacional sobre la Integración del Minusválido en la Sociedad se hizo participar a todos los Organismos y personas conocedoras del tema y con experiencia e ilusión para aportar soluciones a la problemática de los minusválidos.

Tuvo una gran acogida por parte de los medios de comunicación social, de Asociaciones y de numerosas personas y Entidades.

Se suscribieron más de 2.000 personas y hubo 40 Ponencias discutidas en 6 Comisiones y 162 Comunicaciones.

En 1.975 se produjo una regresión en el mercado de puestos de trabajo por lo que fue necesario potenciar el establecimiento profesional como autónomos de minusválidos necesitados de un puesto de trabajo.

Por el Real Decreto 1.023/1.976 de 9 de Abril se creó el Real Patronato de Educación Especial (físicos y psíquicos).

En 1.977, el SEREM sigue su proceso de tecnificación y surgen los Programas Individuales de Recuperación e Integración Social (P.I.R.I.S.) Y los Programas de Orientación Individual (P.O.I.), dirigidos los primeros a los minusválidos físicos y los segundos a los minusválidos psíquicos

Se elaboró una propuesta relativa al futuro de la Asociación Nacional de Inválidos Civiles (A.N.I.C.) que había dependido del Ministerio de Gobernación.

Se potenciaron los Centros de Empleo Protegidos y, finalmente, se llega a 1.978 con la celebración de la Asamblea Estatal de Minusválidos. Se eligieron tres representantes de los minusválidos físicos motóricos para el pleno de la Comisión Interministerial, y tres representantes de los minusválidos físicos y uno de los sensoriales

Documentos de Trabajo Social

DTS

para la Comisión Permanente.

Se dio un protagonismo ascendente de las Asociaciones; un movimiento importante de la iniciativa social y una gran capacidad reivindicativa.

Se produjeron frustraciones de las Asociaciones de Minusválidos por entender que la Comisión Interministerial no asumía las reivindicaciones planteadas y que la Comisión no era suficientemente representativa.

* CREACIÓN DEL INSERSO

Por el Real Decreto-Ley 36/1.978 de 16 de Noviembre se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales (I.N.S.E.R.S.O.).

Desaparecen el Instituto Nacional de Previsión, el Mutualismo Laboral y el SEREM.

Hay un nuevo esquema de organización. Son tres Entidades Gestoras de la Seguridad Social:

- 1.- Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) para las prestaciones económicas.
- 2.- Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) para la asistencia sanitaria.
- 3.- Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) para la prestación de servicios sociales.

El INSERSO es una Entidad Gestora con personalidad jurídica propia y aunque se habla de servicios sociales para toda la población, el resultado es un Instituto que realmente gestiona lo referente a Minusválidos y Tercera Edad.

Se produce un retroceso en 1.980 ya que el Plan de Prestaciones sólo acogía a los beneficiarios de la Seguridad Social. Esta decisión fue criticada por adecuar el Plan a los criterios de una Seguridad Social de carácter contributivo. Los perjuicios sociales que se derivaban

podieron ser en parte asumidos por el Fondo Nacional de Asistencia Social, creado en los años 60.

El Real Decreto 620/1.981 de 5 de Febrero dio lugar a que el Plan de Prestaciones se regulase, por vez primera, por una normativa interministerial: Régimen Unificado de Ayudas Públicas a Disminuidos.

El INSERSO empieza a tomar parte en reuniones de carácter internacional y en concreto, se produjo la cooperación con Rehabilitación Internacional. Se participó en Asambleas Mundiales de Rehabilitación Internacional: Filipinas, Canadá, Holanda.

Se tradujo y se publicó en España la “Carta para los años 80”.

Se editó un Boletín conjunto para toda el área Iberoamericana.

En relación al Consejo de Europa, se participó en reuniones anuales del Comité de Rehabilitación y Empleo de Minusválidos, teniendo lugar una de ellas en Madrid.

Se dió una participación del INSERSO en el ámbito de las Naciones Unidas: OIT, UNESCO, OMS.

Se tomó parte en el Certamen “Mille Bambini” en Italia en el que se buscaba la integración de los minusválidos a través de la participación de los niños.

CENTROS BASE

*** FINALIDAD**

Se van definiendo las funciones de las Direcciones Provinciales del INSERSO y de las, entonces, Subdirecciones de Atención a Minusválidos y de Tercera Edad.

La finalidad de los Centros Base fue que dispusieron de las áreas, medios materiales y personales suficientes para dar respuesta a la

Documentos de Trabajo Social

DTS

realización de los programas de recuperación así como la prescripción de algunos tratamientos y por supuesto, algo básico: información y orientación.

Había una finalidad de rehabilitación integral: Fisioterapia, Logopedia, Psicomotricidad, Recuperación Profesional e Integración Laboral y Social.

Pero a partir del Real Decreto 1723/1.981 de 24 de Julio sobre reconocimiento y calificación de la Condición de Minusválido, todo lo anterior sin perder su lugar fue ampliamente rebasado por la necesidad de proceder a los reconocimientos oficiales de la condición de minusválido. El Equipo de Valoración y Orientación (E.V.O.) cobró un protagonismo que fue creciendo hasta la actualidad en que se ha producido una fuerte demanda en este sentido, viéndose desbordado el Centro Base por las solicitudes de Reconocimiento con distintos efectos para los Usuarios.

En términos generales, el Centro Base es el lugar en el que se prestan servicios de información y orientación, valoración, diagnóstico, tratamiento rehabilitador y recuperación profesional a las personas afectadas por cualquier tipo de minusvalía. Los Usuarios pueden ser todas aquellas personas, sin límite de edad, estén o no afiliadas al sistema de la Seguridad Social, que tengan una minusvalía física, psíquica o sensorial.

EL CENTRO BASE DE MÁLAGA comenzó a funcionar en 1.978.

Las Áreas de que consta son las siguientes:

*** AREA DE INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN**

La información y orientación iniciales constituyen una necesidad primordial de las personas atendidas en los Centros Base de Minusválidos y, en consecuencia, deben ser consideradas como una de las funciones básicas de dichos Centros. Este Area tiene como

objetivo atender a las personas con minusvalía, a sus familias, y en general a cualquier Usuario que presente alguna problemática o que efectúe alguna demanda, bien específica del Centro Base o en relación a otro Organismo hacia el cual debe ser orientado proporcionándole los datos suficientes.

En el Area de Información y Orientación se proporciona la información adecuada sobre los diferentes recursos, propios o ajenos, que requiere cada caso según situación y circunstancias personales, familiares y sociales. También se les presta un orientación que es, en una gran cantidad de casos, la primera necesidad que presentan. En el transcurso de la entrevista pueden ser conscientes de que el problema no estaba bien planteado o que habían optado por alguna solución no conveniente. Por ejemplo, ante la demanda de una P.N.C. por parte de una persona joven con minusvalía se le puede abrir el horizonte de una adecuada formación profesional ocupacional que supondría unas mejores perspectivas, una futura integración laboral.

El Area de Información y Orientación tiene tres vertientes:

a) En relación a los usuarios del Centro Base:

- Primera entrevista para atender sus demandas, informar y orientar según la situación planteada.
- Recepción de las solicitudes para el reconocimiento de la Condición de Minusválido con la finalidad de ser citados por el EVO correspondiente.
 - Facilitar la conexión de cada persona, familia o colectivo (asociaciones) con otros Organismos, Entidades o Centros por medio de información oral, escrita o telefónica, según necesidades.
 - Realización de posteriores entrevistas a aquellas personas cuyo caso requiera un seguimiento y una orientación más concreta y detallada.
 - Visitas a domicilio en aquellos casos en que la afectación grave del Minusválido lo requiera, intentando realizar una terapia de apoyo y estimulándole para que salga de su aislamiento. En algunos casos se les conecta con Asociaciones cuyos miembros presentan características semejantes.

Documentos de Trabajo Social

DTS

b) En relación a los distintos profesionales del Centro Base:
- Contactos e intercambios sobre determinados casos que requieren consultas mutuas.

- Información solicitada sobre distintos temas, recursos, etc.
- Reunión mensual con todos los Asistentes Sociales del Centro Base para informar de nuevos recursos de otros Organismos, Entidades y Organizaciones; cambios que se han producido y, en general, intercambios de ideas.

c) En relación a otros Organismos y Entidades, y con Profesionales de diversas Instituciones

- Contactos frecuentes para información mutua y coordinación a nivel de Profesionales.

- Coordinación en cuanto a visitas de Centros, Instituciones, Entidades y Organismos en general.

Igualmente se invita a los Profesionales a visitar el Centro Base.

- Charlas-Coloquios en distintos Centros y Entidades para informar sobre la finalidad de los Centros Base, sobre el mundo de las personas con minusvalía y en general, tratando de conseguir la mentalización de la sociedad.

Algunos de los contactos habidos en los últimos tiempos.
Visitas “in situ”:

- Ayuntamiento: Sede de los Servicios Sociales para contactar con los Servicios Sociales Comunitarios y Especializados. A través de estos contactos se obtiene una relación gráfica de todos los servicios con sus correspondientes direcciones, teléfonos, horarios de atención al público, etc.

- Contacto con el Negociado de Tráfico para posibles exenciones.

- Educación y Ciencia: Equipos de Orientación Educativa, Becas, Centros de Adultos, etc.

- Servicio Andaluz de Salud: Obtención de listados de los Centros

de Salud de Málaga y provincia. Contactos con el Hospital Clínico, Hospital Carlos haya, Centros de Especialidades, etc.

- Diputación Provincial: Conexión con los Profesionales de la Sede Central de los Servicios Sociales.

- Delegación Provincial de Trabajo: Departamentos de Formación Profesional Ocupacional, Ayudas para establecimientos autónomos, Programa de Solidaridad, etc.

- Instituto Nacional de la Seguridad Social: Contactos con Protección Familiar, Pensionistas, etc. Obtención de varios ejemplares de la última Guía editada de Prestaciones de la Seguridad Social.

- INEM - MUFACE - ISFAS - TELEFONICA - CENTROS de SALUD MENTAL - ONCE - ASOCIACIONES de MINUSVALIDOS (Físicos, Psíquicos, Sordos, Alzheimer, Frater, Lúpicos, Espina Bífida, Diabéticos, etc.)

CENTROS de EDUCACION ESPECIAL - TALLERES OCUPACIONALES - HACIENDA - GERENCIA PROVINCIAL DEL I.A.S.S. (contactos frecuentes)- etc.

*** AREA DE VALORACIÓN Y ORIENTACIÓN**

Constituye el ámbito propio de actuación del Equipo Multiprofesional del Centro. Se da una atención personalizada de cada Usuario, obteniendo un conocimiento lo más exacto de su situación, de sus limitaciones y de sus capacidades residuales.

Se trata de establecer, en los casos que así lo requieran, una orientación o programa rehabilitador que le permita el máximo desarrollo personal y/o social. Se elaboran los Dictámenes Técnicos Facultativos que se precisan para reconocimiento y acceso de las personas con minusvalía a los derechos, prestaciones, servicios y ayudas establecidos legalmente.

El Equipo de Valoración y Orientación está compuesto por Médico, Psicólogo y Asistente Social. Cada uno entrevista a cada persona y elabora su propio Informe que, posteriormente, son vistos en Comisión, en donde se procede a la calificación global de la minusvalía.

Documentos de Trabajo Social

DTS

Se valoran, en los casos que así lo requieren, la situación del Minusválido a efectos de Ingreso en Centros de diversos tipos: CRMF, CAMF, CAMP, CO, etc.

Se realizan Informes Técnicos sobre la adecuación del minusválido al puesto de trabajo y se emiten los Certificados de Aptitud Laboral que solicita el INEM.

*** RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN DE MINUSVÁLIDOS: PRESTACIONES Y BENEFICIOS**

De los Certificados de Minusvalía se derivan **prestaciones y beneficios** que se especifican a continuación:

- Apoyo a la integración (reserva de un 5% de plazas en Guarderías).
- Medidas de apoyo al Empleo (empleo ordinario, empleo especial y formación profesional ocupacional).
- Prestaciones de derecho individual derogadas para nuevas solicitudes pero vigentes las concedidas:
 - * Subsidio de Garantía de Ingresos Mínimos (LISMI)
 - * Subsidio de Ayuda a Tercera Persona (LISMI)
 - * Ayudas periódicas a Incapacitados (FAS)
- Prestaciones de derecho individual actuales:
 - * Asistencia Sanitaria y Prestación Farmacéutica
 - * Subsidio de Movilidad y Compensación por gastos de transporte.
 - * Pensiones de Invalidez no Contributiva (Ley 26/1990 de 20 de Diciembre).
 - * Prestación por Hijo a Cargo.
- Subvenciones Individuales:
 - * Convocatoria de Ayudas Públicas Anuales:
- Rehabilitación (Fisioterapia, Psicomotricidad, Terapia del Lenguaje, etc.)

- Asistencia en Instituciones y Centros.
- Movilidad y Comunicaciones
- Promoción e Integración Laboral
- Ayudas Complementarias de Comedor, Transporte y Residencia.
- Subvenciones Institucionales:
 - * Adquisición, Construcción, Reforma y/o Ampliación, Equipamiento, Mantenimiento, Eliminación de Barreras Arquitectónicas, etc.
- Centros Concertados
- Beneficios Fiscales Individuales:
 - * Beneficios respecto al Impuesto sobre la Renta (IRPF)
 - * Beneficios respecto a Impuestos Especiales (Vehículos, Prótesis, Aparatos Ortopédicos).
- Otros Beneficios:
 - * Exención del Impuesto de Circulación para Vehículos adaptados.
 - * Bonificación del 50% del precio del billete en viajes interurbanos.
 - * Rebaja de la tarifa telefónica a partir del 65 % de minusvalía.
- Beneficios Fiscales para Instituciones sin ánimo de lucro (Asociaciones, Fundaciones, etc).
- Barreras Arquitectónicas:
 - * Accesibilidad y Reserva de viviendas.
 - * Supresión de barreras en edificios públicos.
 - * Accesibilidad en materia urbanística
 - * Normas de clasificación de los establecimientos hoteleros (accesos y porcentajes de habitaciones adaptadas).
 - * Eliminación de barreras arquitectónicas y en el transporte.
 - * Tarjeta de Aparcamiento para personas con movilidad reducida.

Documentos de Trabajo Social

DTS

* AREA DE TRATAMIENTOS

Como consecuencia del proceso de valoración y orientación puede derivarse un tratamiento que, en algunos casos, llevarán a cabo los profesionales del Area de Tratamiento del Centro Base.

Se trata de un número necesariamente limitado de los servicios requeridos dada la dotación escasa del Centro Base que no podría atender a toda la población que pasa reconocimiento.

En el Centro Base de Málaga se imparten en la actualidad, los siguientes tipos de tratamientos:

- *Tratamiento de Fisioterapia:*

1) Atención directa en el Centro a niños menores de 4 años con un tratamiento de Fisioterapia globalizador (orientación educativa a padres: Guarderías, escolarización e información general).

2) Atención directa a niños minusválidos en Guarderías y a menores de un año y medio con retraso psicosocial (actualmente: Guardería Santo Angel y Asperones).

3) Atención directa a Asociaciones de Minusválidos que lo soliciten y se considere oportuno su seguimiento rehabilitador.

4) Orientación a personas con minusvalía en los temas que competen al fisioterapeuta.

5) Colaboración con los diferentes Profesionales del Centro Base en orientación y asesoramiento.

6) Participación en Reuniones, Charlas, etc, relacionadas con el tema del tratamiento fisioterapéutico.

- Tratamiento de Logopedia:

1) Tratamiento en la sede del Centro Base:

- Retrasos madurativos en niños
- Disfemias y tartamudez en adolescentes
- Trastornos de voz y laringectomía en adultos
- Afasias en adultos

2) Tratamientos en Guarderías:

- Guardería Santo Angel: niños entre 1´5 y 3 años con minusvalías físicas y psíquicas.
- Guardería Los Asperones: niños entre 1´5 y 3 años con retrasos en el lenguaje por problemas de tipo socio-ambiental.

3) Colaboración con los Equipos de Valoración y Orientación.

- Tratamiento de Acupuntura:

1) Sesiones a partir de las 12.00 horas en días alternos.

2) Duración del tratamiento aproximadamente de un mes por paciente.

3) En cada sesión se trata a 4 pacientes debido a las limitaciones de tiempo, ya que el tratamiento de Acupuntura es impartido por uno de los Médicos de los Equipos de Valoración y Orientación.

4) Las patologías a tratar son principalmente las relacionadas con el dolor.

*** PROGRAMA DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO EN GUARDERÍAS DEL IASS:**

* Objetivos:

1) Conocer los antecedentes personales, familiares y sociales de cada niño/a.

2) Detección precoz de las alteraciones que faciliten una rápida integración.

Documentos de Trabajo Social

DTS

3) Llevar a cabo un seguimiento del niño a lo largo de su estancia en la Guardería.

4) Coordinación y/o derivación a otros servicios (sanitarios, educativos y sociales) si fuese necesario.

5) Estimular el desarrollo y maduración del niño/a en estas edades.

* Actuaciones:

1) Información proporcionada por los padres mediante el cuestionario que deben rellenar con la orientación de los Profesionales.

2) Observación actual del desarrollo del niño/a proporcionada por los Profesionales mediante la Escala de observación como método de “despistaje inicial”.

3) Evaluación Multiprofesional. Una vez realizada la detección inicial, se realizarán las orientaciones necesarias o evaluación más profunda de los niños que lo requieran.

4) Revisión de todos los niños que presentan minusvalía. Entrevistas a padres y pautas a los Educadores.

5) Coordinación con distintos Centros de Estimulación Precoz (FUENSOCIAL, ASPANDEM, Centro Comarcal de Vélez y Centro Comarcal de Antequera).

6) Adaptación y entrega de material para los niños con déficit motor integrados en la Guardería.

7) Coordinación con el Equipo de Tratamiento del Centro Base (Logopedia y Fisioterapia).

8) Derivación a los Servicios Sociales de aquellos casos en que se ha detectado grave problemática socio-familiar.

9) Coordinación con el Equipo de Motóricos de Educación para el seguimiento de los niños discapacitados con la finalidad de lograr su adaptación en la guardería y en el hogar.

ANÁLISIS DE LA LEY DE INTEGRACIÓN SOCIAL DE LOS MINUSVALIDOS (LISMI)

*** PRINCIPIOS**

En 1.982 el Congreso de los Diputados aprobó por consenso de todos los Grupos Parlamentarios la Ley 13/1.982 de 7 de Abril de Integración Social de los Minusválidos, inspirada en los valores constitucionales de la dignidad de la persona, igualdad de todos los españoles ante la Ley y solidaridad con los más desfavorecidos.

La LISMI insiste a lo largo de su articulado en principios y directrices generales que tratan de orientar el desarrollo de las acciones. Se refieren tanto a qué fines últimos son los que hay que pretender respecto al colectivo de discapacitados, cuanto a como organizar los recursos y cual deben ser a este respecto las estrategias prioritarias.

Los principios se fundamentan en los derechos que el art. 49 de la Constitución Española de 1.978 reconoce a las personas con minusvalía para lograr su completa realización personal y su total integración social, y a los disminuidos profundos, la asistencia y tutela necesaria.

*** APARTADOS**

- Prevención de las minusvalías.

- Diagnóstico y Valoración de minusvalías (el baremo para la determinación del grado de minusvalía se encuentra en la Orden de 8 de Marzo de 1.984).

- Sistema de prestaciones sociales y económicas (para aquellos minusválidos que no tengan trabajo y no estén incluidos en la Seguridad Social):

Documentos de Trabajo Social

DTS

- a) Asistencia Sanitaria y Prestación Farmacéutica
- b) Subsidio de Garantía de Ingresos Mínimos (derogado y sustituido por la Ley de P.N.C.)
- c) Subsidio de Ayuda de Tercera Persona (derogado y sustituido por la Ley de P.N.C.)
- d) Subsidio de Movilidad y Compensación para gastos de transporte.

- Rehabilitación. Para adquirir el máximo nivel de desarrollo personal y su integración en la vida social, fundamentalmente a través de un empleo adecuado.

- a) Rehabilitación médico-funcional
- b) Tratamiento y orientación psicológica
- c) Educación. Integración en el sistema ordinario de la Educación General, o bien, Educación Especial para casos concretos.
- d) Recuperación Profesional. Los procesos de recuperación profesional comprenden, entre otros, las siguientes prestaciones:

Tratamiento de rehabilitación médico-funcional, orientación profesional, y formación, readaptación o reeducación profesional.

Este apartado de la Ley no ha sido desarrollado todavía.

- e) Integración Laboral. Reserva del 2% de puestos de trabajo para minusválidos en Empresas Públicas y Privadas que tengan más de 50 trabajadores.

En las pruebas selectivas para ingreso en la Administración serán admitidos los minusválidos en igualdad de condiciones que los demás. Subvenciones para la adaptación de los puestos de trabajo, eliminación de barreras arquitectónicas en los Centros de Trabajo y establecimiento como trabajadores autónomos.

Registro de trabajadores minusválidos en las Oficinas de Empleo del INEM (la coordinación con los Equipos

Multiprofesionales que estaba prevista no se lleva a efecto).

Centros especiales de empleo.

Centros Ocupacionales (Terapia ocupacional y ajuste personal y social). Servicios Sociales a través de los que se orientan a las familias y se proporciona información en general, residencias y hogares, actividades culturales y deportivas, ocupación del Ocio y Tiempo Libre.

f) Movilidad y Barreras Arquitectónicas. Las Administraciones Públicas aprobarán las normas urbanísticas y arquitectónicas con las condiciones a que deberán ajustarse los proyectos. Los edificios, calles, parques, jardines, serán adaptados gradualmente. En los proyectos de viviendas de V.P.O. y viviendas sociales se programará un mínimo del 3% con las características de construcción suficientes para facilitar el acceso a los minusválidos.

Reformas de viviendas debido a la minusvalía (subvenciones).

*** COORDINACIÓN DE ORGANISMOS: LAGUNAS, AVANCES, RETROCESOS.**

Algunos de los apartados de la LISMI están por desarrollar y, en Málaga, se ha constatado que la interpretación de la LISMI, resaltando las prestaciones económicas, produjo una “invasión” del Centro Base por parte de personas que, más que minusválidos, era un colectivo de 3ª Edad. Eran personas que por su edad, daban como resultado lo que se interpretó, en sentido muy amplio como minusválidos, sin realmente serlo.

De hecho algunos minusválidos reconocidos años atrás, al llegar al Centro Base, manifestaban su asombro y algunos llegaron a decir que aquellas personas no eran propiamente minusválidas, o lo que es lo mismo, el Centro Base ya no era un Centro propiamente de minusválidos.

Durante esos años se produjo efectivamente lo que se podría considerar un retroceso en la atención a los minusválidos, ya que había que proceder al reconocimiento de muchas personas con la

Documentos de Trabajo Social

DTS

finalidad de conseguir prestaciones económicas. Otros aspectos propiamente rehabilitadores quedaron olvidados. Esta confusión entre minusvalidos y 3ª Edad se solucionó años después con la Ley de Pensiones No Contributivas de la Seguridad Social que distinguió claramente las situaciones de Invalidez y de Jubilación, al igual que en el sector contributivo de la Seguridad Social.

Y sin embargo, la LISMI conceptúa la Rehabilitación como un conjunto coherente de medidas sanitarias, educativas, profesionales y de servicios sociales. Asume con ello un modelo de intervención muy avanzado y superador de enfoques parciales y fragmentados, focalizados casi exclusivamente en los déficits de la persona y no en la persona misma.

Este concepto de la Rehabilitación como proceso integral, que excede cualquier ámbito exclusivamente sectorial no está todavía bien implantado y generalizado en España. Frente a un posicionamiento metodológico, cada vez más asumido por diferentes grupos de Profesionales, todavía pesan mucho la formación parcial de los “especialistas” y, más que nada, las inercias y planificaciones autosuficientes de los diferentes Departamentos llamados a coordinarse...

Probablemente la deficiente regulación que la LISMI hace de la función coordinadora de las distintas Administraciones ha sido la causa del desconcierto y desorientación imperantes durante los años siguientes a la entrada en vigor del texto legal. Se produjo lo siguiente:

- 1) Incumplimiento del calendario previsto
- 2) Desacuerdos entre la Administración Central y las Comunidades Autónomas.
- 3) Bloqueo en la búsqueda de fórmulas satisfactorias para la colaboración entre las distintas Entidades relacionadas con el campo de las minusválidas.

No obstante, se fué avanzando aunque lentamente en la correcta dirección. Fueron pioneros los Equipos Multiprofesionales del

INSERSO y los Equipos Multiprofesionales de Educación y Ciencia. Le siguieron en los años 80 ciertos Equipos que trabajan en Salud Mental, en la Atención de Niños y Jóvenes Inadaptados y en la rehabilitación de Drogadictos.

Este enfoque se está imponiendo también, en las unidades de apoyo de rehabilitación en Atención Primaria y en el trabajo con grupos de alto riesgo a través de Programas específicos.

Se llegó, por fin, a la operatividad de una antigua fórmula: el Real Patronato. Se adaptó su organización y funciones al objeto de conseguir una mayor adecuación de los mismos a los objetivos de colaboración, cooperación e intercambio entre los distintos ámbitos. Se trata ya del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Participan representantes de la Administración del Estado y del sector privado y en la que colaboran las restantes Administraciones Públicas, así como entre éstas y las asociaciones y entidades Privadas.

En cuanto a las Comunidades Autónomas permanecieron a la expectativa en una primera fase y después comenzaron a descubrir campos nuevos de actuación. Concretamente en Andalucía se aprobó al cabo de los años la Ley 2/1.988 de 4 de Abril de Servicios Sociales y se creó el Instituto Andaluz de Servicios Sociales (I.A.S.S.) como Organismo Autónomo de carácter administrativo de la Junta de Andalucía para la gestión de los Servicios Sociales.

ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN EDUCATIVA A ALUMNOS DISCAPACITADOS

* LEGISLACIÓN BÁSICA

LISMI

art. 23: "El Minusválido se integrará en el Sistema ordinario de la Educación General, recibiendo en su caso los programas

Documentos de Trabajo Social

DTS

de apoyo y recursos que la presente Ley reconoce”.
art. 27. “Solamente cuando la profundidad de la minusvalía lo haga imprescindible, la educación para minusválidos se llevará a cabo en Centros Específicos”.

REAL DECRETO 334/1.985 de Ordenación de la Educación Especial donde se regulan:

- La Integración en el Sistema Educativo General
- Los Centros Específicos
- La Atención Temprana
- La prolongación de la escolarización hasta los 18 años.

ANDALUCÍA: Órdenes de 25 de Marzo de 1.986 y 27 de Abril de 1.987. Por estas Ordenes se planifica la Educación Especial en la Comunidad Andaluza.

L.O.G.S.E. (Ley Orgánica 1/1.990 de 3 de Octubre). Se regula de forma general la atención a alumnos con necesidades educativas especiales.

* ACTUACIONES

En el curso 1.985-86 se inicia el Plan de Integración Escolar con el asesoramiento y la atención de los Equipos de Promoción y Orientación Educativa (E.P.O.E.s.) y los Equipos de Atención Temprana e Integración (E.A.T.A.I.s.) compuestos por Psicólogos y/o Pedagogos, Médicos Rehabilitadores y Logopedas que atendían las necesidades educativas especiales de los alumnos integrados en Centros Ordinarios. Al mismo tiempo se incrementan los recursos personales en los Centros Educativos con nuevos Profesores de Pedagogía Terapéutica, Audición y Lenguaje, y Educadores a la vez que se legisla la reducción de la ratio Profesor/Alumno en aulas ordinarias con alumnos discapacitados.

Durante el curso 1.995-96 se remodela la organización de los Equipos Multidisciplinares (EPOEs y EATAIs) y se constituyen los llamados

Equipos de Orientación Educativa (E.O.E.s).

En la actualidad, y dentro de la provincia de Málaga existen 17 Equipos de los cuales 6 actúan en Málaga capital y los otros 11 en el resto de la provincia.

Además de estos Equipos (entre cuyas funciones está la rehabilitación física de alumnos discapacitados físicos escolarizados), se creó a nivel provincial un Equipo de Asesoramiento a Discapacitados Motóricos al que pueden acceder para su orientación tanto padres como profesores de alumnos. Entre sus funciones están la adaptación de material pedagógico y de mobiliario, y la orientación en sistemas alternativos de comunicación.

De igual forma en los Centros de Educación Secundaria se están creando los Departamentos de Orientación que se dirigen a orientar integralmente a los alumnos matriculados en esta modalidad educativa. Se han ido creando de forma progresiva nuevas Aulas de Formación Profesional Especial y Programas de Garantía Social para alumnos que, habiendo acabado la Enseñanza Primaria y/o la Enseñanza Secundaria Obligatoria (E.S.O.) no tienen acceso a otra modalidad educativa ni al mercado laboral.

En Educación de Adultos se firmó un acuerdo entre la Confederación Andaluza de Minusválidos Físicos y la Consejería de Educación y Ciencia por la que se atenderían en las Sedes de las Asociaciones a adultos discapacitados en Programas de Alfabetización y/o obtención del Graduado Escolar. En la provincia de Málaga este Programa se lleva a cabo en la Asociación AMIVEL de Vélez-Málaga.

EL EMPLEO: UNA META PERMANENTE

*** PRINCIPIOS Y NORMATIVAS**

Las más solemnes normas institucionales proclaman el derecho de las personas al trabajo y comprometen a los Estados a realizar acciones políticas para la garantía del pleno empleo...?

Documentos de Trabajo Social

DTS

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1.948) dice que “todos los seres humanos nacen iguales en dignidad y derechos”.

La Carta Social Europea de 1.961 garantiza el “ejercicio efectivo del derecho al trabajo”.

La Organización Internacional del Trabajo y el Consejo de Europa insisten en el trabajo de los minusválidos.

La Constitución Española de 1.978 refleja esta preocupación y habla de “pleno empleo” con garantías especiales para los “disminuidos”, en su art. 49. Este artículo compromete a los poderes públicos a “realizar una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos a los que prestarán la atención especializada que requieran...”

Para desarrollar la previsión constitucional el Parlamento español aprobó la Ley 13/1.982 de 7 de Abril de Integración Social de los Minusválidos (LISMI).

Las Oficinas de Empleo estaban obligadas a llevar un registro de trabajadores minusválidos demandantes de empleo y tendría que haber coordinación entre tales Oficinas de Empleo y los Equipos Multiprofesionales calificadoros de las minusvalías.

Se determinan tres niveles de integración laboral:

- 1) Integración normal en la Empresa
- 2) Integración protegida en los Centros Especiales de Empleo
- 3) Integración protegida en Centros Ocupacionales

1) Integración normal en la Empresa: Cualquier Empresa que tenga un número fijo de trabajadores que superen los 50 está obligada a emplear un porcentaje de trabajadores minusválidos no inferior al 2% de su plantilla.

En cuanto a esta reserva del 2% que no se refleja en la LISMI en cuanto a la Administración Pública -el mayor “empresario” del país- quedó establecida en 1.988 a instancias del Defensor del Pueblo en el 3% para la Administración Pública hasta alcanzar el 2% de los efectivos totales de la administración del Estado. Ha sido recogido este 3% en las sucesivas ofertas de Empleo Público.

Es de todos conocido que las Empresas Privadas son subvencionadas con una cantidad inicial de 500.000 pesetas y con la bonificación en las cuotas empresariales a la Seguridad Social (contratos por tiempo indefinido).

Hay que mencionar igualmente los contratos de trabajo para la formación, los contratos de trabajo en prácticas y los contratos de trabajo temporales como medidas de fomento del empleo.

2) Integración protegida en los Centros Especiales de Empleo: La LISMI es poco explícita sobre los Centros Especiales de Empleo, careciendo prácticamente de normas concretas que posibiliten su creación y funcionamiento aunque, como excepción, establece el criterio de que la totalidad de la plantilla habrá de estar constituida por trabajadores minusválidos sin perjuicio de los puestos de trabajo reservados al personal no minusválido imprescindible para el desarrollo de la actividad.

La organización y funcionamiento de los Centros Especiales de Empleo fue regulado por el Real Decreto 2.273/1.985 de 4 de Diciembre por el que se aprobó su Reglamento.

Existen subvenciones para el mantenimiento de puestos de trabajo en los Centros Especiales de Empleo y una preocupación prioritaria ha sido la de llegar a conseguir la mayor semejanza posible con la Empresa ordinaria con el fin de favorecer la futura integración de los minusválidos en el mercado general de trabajo.

3) Integración protegida en Centros Ocupacionales: Los Centros Ocupacionales fueron previstos para integrar a los minusválidos cuya

Documentos de Trabajo Social

DTS

capacidad queda por debajo de los límites que dan lugar a la integración en los Centros Especiales de Empleo. Deben asegurar los servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social a los minusválidos que los integren.

Los Centros Ocupacionales fueron regulados por el Real Decreto 2.274/1.985 de 4 de Diciembre que definió la naturaleza, características y condiciones mínimas de estos Centros.

Toda la legislación española constata el hecho de que los planes de protección a los minusválidos se han venido sucediendo e incluso superponiendo “en un desaforado esfuerzo normativo”, combinando prestaciones de la Seguridad Social, Servicios Sociales y otras ayudas diversas.

* ACTUACIONES

La realidad es que el nivel de empleo es aproximadamente la mitad que el de la población general en edad laboral.

De los trabajadores discapacitados el 20% trabaja en Centros Especiales de Empleo, el 4% en la Administración, el 13% son trabajadores autónomos y el resto, 59%, empleado en Empresas Privadas o Públicas.

En el trabajo autónomo predominan las personas con minusvalías físicas y los minusválidos psíquicos trabajan fundamentalmente en Centros Especiales de Empleo.

Servicio de Orientación e Integración Laboral (S.O.I.L.)

El SOIL va dirigido a toda persona discapacitada a partir de un porcentaje de minusvalía del 33%.

Se llevan a cargo acciones de orientación e inserción laboral.

Se informa sobre cursos de formación profesional y se asesora en cuanto a autoempleo y adaptación de puestos de trabajo.

Existe una Bolsa de Trabajo dirigida a minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales.

Se informa a las Empresas sobre los beneficios que pueden obtener a través de la contratación de personas con minusvalía así como de la obligatoriedad que está establecida por Ley de reservar el 2% de puestos de trabajo en Empresas de más de 50 trabajadores.

El SOIL fue creado dentro del marco comunitario europeo. Y desde esa iniciativa comunitaria de empleo que es el Programa HORIZON, se enmarca el Proyecto INTEGRA II que va dirigido a jóvenes discapacitados para su posterior integración laboral. En Málaga se lleva a cabo conjuntamente con la Asociación Federada de Sordos desde el Centro Base de Minusválidos.

Se ha presentado al Parlamento Andaluz un Proyecto de Ley para que el Servicio de Orientación e Integración Laboral sea un servicio permanente del Centro Base.

LA FAMILIA Y EL ENTORNO DE LAS PERSONAS CON MINUSVALÍA

*** ACTITUDES**

En el ámbito de la rehabilitación integral la principal consideración ha sido, generalmente, la propia persona con discapacidad. Sin embargo no debe olvidarse a la Familia ni a las personas cercanas.

La aparición de una discapacidad puede unir o separar a una familia. Pueden abundar las situaciones de sobreprotección que limitan a la persona con minusvalía en vez de estimularla. Debe tenerse en cuenta

Documentos de Trabajo Social

DTS

el hecho de que en el proceso rehabilitador es muy necesario ayudar a las familias a que faciliten a la persona con discapacidad una mayor independencia.

Los profesionales que diagnostican deben ofrecer una amplia información sobre las diferentes formas de rehabilitación. La situación debe exponerse de forma esperanzadora con respecto al presente y al futuro, por lo tanto, la información ha de darse de forma positiva y, sin embargo, realista.

Cada persona y cada familia reaccionan de forma diferente ante una misma situación, por tanto, se requiere un enfoque individual que responda a las necesidades específicas de cada familia y de cada uno de sus componentes.

Una función importante del Equipo Rehabilitador es poner al alcance de la familia suficiente información sobre ayudas económicas, educación, formación, ayudas técnicas, así como sobre aspectos legales y administrativos. Por lo general, las familias tras el diagnóstico pueden mostrarse deprimidas e incapaces, o reaccionar con un complicado proceso de búsqueda de información.

La comunicación es un proceso de intercambio, por lo tanto además de informar, es necesario que los profesionales escuchen lo que las personas con discapacidad y sus familias dicen, prestando atención especial a la comunicación no verbal.

*** DISEÑO DE UN PROYECTO FAMILIAR**

Resulta muy difícil construir una casa, reformarla o mejorarla sin haber diseñado los planos. Para edificar, modificar, reformar actitudes familiares y conseguir que sean positivas, es necesario conocer la situación de la que se parte. Es posible que se haya andado bastante camino y que el panorama no resulte, a veces, optimista. No importa. Son datos a tener en cuenta pero no suponen algo determinante. No se puede ni dramatizar ni ser superficiales. Hay que contar con los

datos actuales: puntos fuertes y lagunas; posibles expectativas y posibles peligros. En ocasiones resulta necesario formularse preguntas radicales: por ejemplo, los padres ¿qué estoy haciendo de mi matrimonio y de mis hijos? ¿qué debería cambiar, arrancar, poner?. Y no asustarse ante nada de lo que, en esta actitud de reflexión, lleguen a encontrar.

Lo que no se puede, ni los padres, ni los hijos, ni los profesionales, ni nadie, es llegar a un punto en que se funcione rutinariamente, por costumbre, porque es la moda de hacer tal cosa...

El hecho de que un miembro de la familia o la misma persona con minusvalía se plantee “no puedo, lo he intentado todo, me faltan recursos” ha de conducir necesariamente a poner en orden las ideas, marcarse metas asequibles pero exigentes y ponerse a actuar. Hay que tener una voluntad decidida de no empequeñecerse ante los fracasos, a veces, sólo aparentes fracasos. ¿Qué sabemos si la derrota de hoy no será el augurio de una victoria definitiva?.

Del concepto que se tenga sobre la familia depende, en cierta medida, el ambiente familiar y ese clima influirá positiva o negativamente sobre la persona con minusvalía y en el resto de los miembros de la familia.

Si sólo vemos en la familia un conjunto de “individuos aislados” se producirá un conflicto de egoísmos.

Si cada cual reivindica “ sus derechos” se habrá edificado una mediana casa de “huéspedes”.

En el verdadero ámbito familiar cada uno tiene un valor por si mismo, cada persona es irreplicable y tiene un valor inestimable, y en ese ambiente con calor de hogar, cada miembro y también la persona con minusvalía se desarrollarán muy positivamente, encontraran estímulos para salir adelante, para vencer dificultades, dificultades que todo ser humano tiene.

Documentos de Trabajo Social

DTS

* COMUNICACIÓN

La comunicación es importantísima. Hay que cuidar el diálogo. Un diálogo para saber escuchar y para saber hablar, dos asignaturas permanentemente abiertas a la mejora.

Se dice que estamos en la sociedad de la comunicación pero ésta falta a menudo donde es más necesaria: en la familia.

En una reciente investigación sobre la intensidad en la comunicación familiar en la que participaron 400 familias se descubrió que sólo un 5% de la comunicación podría considerarse profunda mientras que la superficial obtendría un tanto por ciento muy considerable y también era alto el porcentaje de comunicación patológica. Estudiadas las causas de esta problemática se destacaban: El juego, los malos tratos, la infidelidad, el paro, la droga, la bebida sin embargo, la causa principal de una lista de veinte no tenía nombre: era sencillamente el no atender a pequeños detalles en la convivencia familiar. Este olvido de pequeñas cosas, que hacen agradable la vida diaria, debilitan la cohesión del tejido familiar.

Alguien afirmó que el diálogo tiene cuatro fases: escuchar con el oído, escuchar con el corazón - o sea, más profundamente -preguntar y hablar lo necesario. Hay mucha gente que pasa directamente a la cuarta fase. Por ello se encuentran muchas personas que tienen verdaderas ansias de que alguien las escuchen. Es necesario ver menos televisión y que exista diálogo familiar.

Y una consideración para cualquiera de nosotros: o las familias logran influir en la mejora del entorno social o el ambiente acabará creando problemas a la familia. Y no podemos conformarnos con esto último, hay que dejar la pasividad, la inercia y actuar en positivo, marcándose metas, sin dejarse abatir por nada, levantándose siempre con espíritu deportivo.

Las necesidades de las personas con discapacidad y de sus familias pueden cambiar con el paso del tiempo. El proceso de intervención

ha de ser flexible para poder responder a esos cambios.

Aunque, a veces, no se reconoce el papel de los más jóvenes, lo cierto es que suelen ser más capaces de entender y adaptarse a una nueva situación y pueden ayudar a los adultos a aceptar la discapacidad que se presenta en una familia.

*** ACTUACIÓN CONJUNTA DE FAMILIAS, PROFESIONALES Y ASOCIACIONES**

Es muy importante que los familiares y los profesionales pueden trabajar juntos para lograr un resultado satisfactorio. Es fundamental que la familia sea consciente de la importancia que tiene su participación en el proceso de rehabilitación de la persona con discapacidad. Compartir experiencias y reacciones similares puede ayudar a los minusválidos y a sus familias a aliviar tensiones e inquietudes respecto al futuro.

Las Asociaciones deben ser conscientes de la necesidad de su existencia, del importante papel que pueden desempeñar apoyando la creación de grupos de auto-ayuda para las familias. Estos grupos pueden resultar muy útiles a nivel local por razones de transporte, distancia y acceso a los servicios. Aunque una asociación no es una organización de Profesionales sí que deben funcionar de modo profesional para lograr eficacia, sin por ello dejar de ofrecer un trato cercano y amable a las familias, defendiendo sus intereses e inquietudes.

El Voluntariado puede ser una valiosa fuente de ayuda para los minusválidos y sus familias. Es necesario que los grupos que se constituyan como O.N.G.s. presten un servicio de calidad utilizando voluntarios formados y motivados. La diversidad de organizaciones de este tipo que existen en Europa, obedece a las diferentes formas de administrar el gasto público en Sanidad y Asuntos Sociales.

Documentos de Trabajo Social

DTS

REHABILITACION INTEGRAL

* DEFINICIÓN

Las palabras cambian continuamente de significado. Algunos Diccionarios todavía definen la Rehabilitación como: “la acción de habilitar de nuevo o restablecer a una persona o cosa en su antiguo estado”. Según un clásico, el Profesor Moragas, la “Rehabilitación Integral es un proceso por el que una persona con limitaciones físicas, psicológicas y/o sociales consigue, a través de ciertas técnicas y servicios, su máximo nivel de desarrollo personal”. La Rehabilitación constituye, por tanto, un proceso global compuesto de numerosas readaptaciones parciales.

El enfoque interdisciplinario en rehabilitación supone la colaboración de diversas disciplinas: médicas, psicológicas, sociales , etc.

La Rehabilitación Integral es un proceso de larga duración que se desarrolla en varios departamentos. Se inicia en los Hospitales para continuar en Centros de Atención Primaria o en Centros Educativos, Profesionales o de Servicios Sociales.

La Rehabilitación comprende una secuencia de actuaciones diversas pero interdependientes.

* NECESIDAD DE UNA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL

Sólo una coordinación intersectorial puede garantizar un proceso integral y coherente. Y ésto estaba previsto en la LISMI, en su art. 18.3: “el Estado fomentará y establecerá un sistema de rehabilitación que estará coordinado con los restantes servicios sociales, escolares y laborales para acercar el servicio a los usuarios y administrarlo descentralizadamente.

En la actualidad, la Rehabilitación Integral se ofrece fragmentada:

Salud, Educación, Trabajo, Asuntos Sociales y las responsabilidades están repartidas entre la Administración General y las Comunidades Autónomas.

Subsisten indefiniciones competenciales en materias como, por ejemplo, la Atención Precoz.

* OFERTA PÚBLICA DE REHABILITACIÓN

La oferta pública de Rehabilitación se estructura en dos grandes grupos de programas:

* Programas de Rehabilitación Infantil

- Atención Precoz: Corresponde a los Servicios Sociales
- Atención Temprana: Corresponde a los Sistemas Educativos
- Rehabilitación Infantil y Salud Mental Infantil: Compete al Sistema Sanitario.
- Apoyo Rehabilitador en Integración y Educación Especial: Corresponde al Sistema Educativo.

* Programas de Rehabilitación de Jóvenes y Adultos

- Formación Profesional Especial: Sistema Educativo
- Programas de Garantía Social: “ “
- Programa de Preparación para la vida adulta:”
- Readaptación Profesional de Trabajadores: Sistema de la Seguridad Social.
- Recuperación Profesional de Minusválidos: Servicios Sociales.
- Rehabilitación de Crónicos en Atención Primaria: Sistema Sanitario.

Se echa en falta una regulación sobre principios y normas básicas de ordenación y coordinación en materia de Rehabilitación Integral.

Han aparecido nuevas técnicas y otros recursos de valor enorme

Documentos de Trabajo Social

DTS

para la Rehabilitación de las personas con minusvalía (trasplantes, implantes, ayudas técnicas personales o para adaptación de ambientes) que tienen en gran parte sin regular sus condiciones de acceso.

También se producen indefiniciones sobre qué Sistema debe proveer o financiar determinadas prestaciones (Salud Mental y Servicios Sociales); sorprendentemente lagunas en relación a ciertas atenciones o colectivos (deficientes mentales límites y enfermos mentales crónicos) e incluso acciones que no están nada claras, por ejemplo, la Atención Precoz ¿de dónde depende? ¿de Salud, de Educación, de Servicios Sociales?...

La Rehabilitación Integral amplía el contenido de las prestaciones recuperadoras pero se necesita precisar cuáles son y quien las presta.

*** CENTROS ESPECÍFICOS DE ATENCIÓN A MINUSVÁLIDOS**

Aunque el objetivo primordial para alcanzar la verdadera Rehabilitación Integral es conseguir la integración en la comunidad, evitando en lo posible el internamiento, existen individuos que por sus circunstancias especiales no pueden alcanzar dicho objetivo. Para ellos, la Administración pone a su disposición los recursos institucionales. Estos recursos pueden ser entendidos desde dos perspectivas:

- a) Alcanzar la Rehabilitación Integral a corto y medio plazo: **C.R.M.F.** (Centro de Recuperación de Minusválidos Físicos).
- b) Dar una atención integral a individuos con dificultades familiares y sociales: **C.A.M.F.** (Centro de Atención a Minusválidos Físicos).

Centros de Recuperación de Minusválidos Físicos

Los CRMF son Centros que tienen como objetivo la integración

sociolaboral de aquellas personas que, por accidente, enfermedad, causas congénitas o adquiridas, presentan una minusvalía física y/o sensorial que les impide recibir una atención recuperadora en Centros Ordinarios. Para ello disponen de un conjunto de Instalaciones y Profesionales que facilitan la recuperación.

Servicios que se prestan:

- Médico-funcional**: Al objeto de potenciar las capacidades residuales, detener o aminorar los procesos degenerativos y luchar contra las secuelas de la inactividad.
- Psicológico**: Para llegar a un diagnóstico global de la persona, conocer cuáles son sus necesidades psicológicas y establecer un tratamiento adecuado con la finalidad de favorecer su desarrollo personal mediante el apoyo individual y grupal.
- Social**: Tiene como objeto informar de los recursos del Centro y de la Comunidad, y apoyar en la adquisición de las habilidades sociales necesarias para desenvolverse de manera competente en su entorno.

Tipos de Alojamientos: Internado, media pensión y ambulatorio.

Ocio y Tiempo Libre. Se propicia la realización de actividades de Ocio y Tiempo Libre e intercambio de experiencias con otros colectivos que permitan la autonomía personal en la vida residencial.

Formación Profesional Ocupacional: Cursos de electrónica, Informática, Corte y Confección, Zapatería, Servicios Auxiliares de Oficina, etc.

Centros de Atención a Minusválidos Físicos

Son Centros que ofrecen atención integral a las personas con minusvalías físicas graves que, careciendo de posibilidades de recuperación profesional e integración laboral encuentran graves

Documentos de Trabajo Social

DTS

dificultades para ser atendidas en su entorno familiar y social.

Tipos de Plazas: Residencias con carácter fijo; Residencias con carácter temporal; Centros de Día.

Objetivos:

- Obtener el máximo desarrollo de las capacidades residuales de cada beneficiario.
- Habilitación para la autonomía personal y social.
- Ofrecer cuantos cuidados y atención requiera cada sujeto para desenvolverse en la vida diaria.

Servicios que prestan:

- Servicios de atención médica
- Servicios de atención psicológica
- Servicios de atención social
- Talleres Ocupacionales
- Actividades de Ocio y Tiempo Libre

Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (C.E.A.P.A.T.).

Creado mediante la Orden Ministerial de 7 de Abril de 1.989, el CEAPAT es un Centro de Servicios dedicado expresamente a potenciar, a nivel de toda España, la autonomía personal de las personas discapacitadas, mediante el fomento de la supresión de barreras arquitectónicas y urbanísticas, la potenciación de cuantos medios técnicos facilitan su movilidad, el desarrollo de la tecnología para las actividades de la vida diaria, y la adaptación funcional de los útiles y puestos de trabajo para estas personas.

Presta asesoramiento técnico y posee un banco de datos y documentos.

Coordina y enlaza con Instituciones, Organismos Públicos y Entidades Privadas.

Es el Centro Español de Recogida de Datos para el Módulo de Ayudas Técnicas del Proyecto HANDYNET de la Unión Europea.

PLAN DE ACCIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (1.997-2.002)

PLAN DE CARÁCTER INTEGRAL

A pesar del significativo esfuerzo presupuestario para el desarrollo de políticas sociales, se tiene la convicción de que hay que mejorar el diseño de las políticas que se realizan, profundizar el carácter multisectorial de gran parte de los programas, establecer más sólidos cauces de cooperación y coordinación entre las distintas Administraciones y, por último, dar un mayor predominio a las políticas de integración activa sobre las de mera protección económica.

La LISMI, referencia decisiva en los años 80, ha sido cumplida en gran parte pero no en su totalidad. En Septiembre de 1.992 el Congreso de los Diputados pidió al Gobierno de la nación la realización de un Plan de Acción Integral que actualizase y mejorase las propuestas de la LISMI.

El Ministerio de Asuntos Sociales, delegando en el INSERSO, recibió la responsabilidad de realizar el citado Plan. Ha habido una amplia participación política, social y técnica. Todas las Comunidades Autónomas, los Ministerios implicados, las Asociaciones de Minusválidos, los Sindicatos, las Organizaciones Empresariales, Expertos de diversas Universidades y Centros Especializados han tenido una permanente y activa participación en el diseño global y en la redacción de su contenido. Es, por tanto, un Plan con un gran nivel de consenso en su concepción y en sus propuestas de actuación.

CINCO GRANDES ÁREAS SECTORIALES

Es un Plan de carácter integral con cinco grandes Áreas Sectoriales:

Documentos de Trabajo Social

DTS

- 1) Promoción de la Salud y prevención de Deficiencias
- 2) Asistencia Sanitaria y Rehabilitación Integral
- 3) Integración Escolar y Educación Especial.
- 4) Participación e Integración en la Vida Económica
- 5) Integración Comunitaria y Vida Autónoma

El Plan de Acción es un plan estratégico que con posterioridad debe desarrollarse y concretarse a través de Planes Bienales de Actuación. Corresponderá fundamentalmente a cada Comunidad Autónoma la elaboración de dichos planes de actuación.

Cada uno de los Planes Sectoriales anteriormente citados se organiza en Programas. Hay 20 en total, 4 por cada Plan Sectorial.

ESTRATEGIAS COMUNES

Las estrategias comunes completan el contenido de los Planes Sectoriales, son propuestas de gestión y van dirigidas a políticos y gestores. Las estrategias comunes son:

- 1.- Equiparación de Oportunidades
- 2.- Equidad Interterritorial
- 3.- Cooperación Institucional
- 4.- Participación Ciudadana
- 5.- Apoyo a la Calidad

RETOS

Se plantean dos grandes retos en el Plan de Acciones:

- En el ámbito personal: Lograr el máximo de autonomía e independencia de la persona con discapacidad.
- En el ámbito social: Impulsar una presencia más activa y una

mayor participación en la vida económica y social del colectivo de personas con discapacidad.

PRINCIPIOS BÁSICOS

- * Respeto y afirmación de los derechos y libertades.
- * Autonomía personal y mayor protagonismo colectivo
- * Calidad de vida.
- * Garantías de igualdad y lucha activa contra las discriminaciones.
- * Integración y normalización.

Hay un fomento de la participación y de la solidaridad; un impulso de iniciativas sociales no gubernamentales: ONGs de Discapacitados, Organizaciones de Voluntariado, otras instituciones sin ánimo de lucro y de la iniciativa privada: Fundaciones, etc.

Vertebración de actuaciones de muchos organismos y armonización de las decisiones de diversas Administraciones competentes en la materia.

Equidad en la distribución territorial de los recursos.

Mayor eficacia de los servicios y mayor grado de satisfacción de los Usuarios.

LUCES Y SOMBRAS

Se ha conseguido bastante en cuanto a las prestaciones económicas y de servicios sociales; información y asesoramiento familia; apoyos y asistencia en el hogar, y creciente oferta de Centros de Día. No obstante, todavía queda mucho pendiente en este sentido.

Las asignaturas pendientes son, entre otras:

- Viviendas Adaptadas. La reserva del 3% de las viviendas de Protección Oficial es insuficiente.
- Centros para Minusválidos.

Documentos de Trabajo Social

DTS

- Eliminación de Barreras Arquitectónicas.
- Transporte accesible y Comunicación.

Por otra parte, es indudable que hay mucha y adecuada legislación. Lo que se hace necesario es que se llegue a su cumplimiento efectivo y que exista coordinación entre los Organismos implicados en la Rehabilitación Integral de las personas con minusvalía.

LA FORMACIÓN Y EL NUEVO TRABAJADOR SOCIAL

Francisco García Fernández.
Profesor Universidad de Granada.
Licenciado en Trabajo Social Universidad Nacional de Córdoba
(República Argentina).

Resumen

Al reflexionar en torno a la Formación en Trabajo Social es inevitable plantearse:

- ¿ A quien va dirigida ?
- ¿ Como se diseña y formula ?
- ¿ Quienes la dirigen ?
- ¿ Quienes y como la imparten ?
- ¿ Que utilidad tiene ?
- ¿ Responde a las demandas sociales y del mercado laboral ?

Por tanto, su abordaje no es fácil, pero desde su complejidad es necesario dar respuesta a cada interrogante que se plantee pues de ahí se podrá observar y analizar lo existente, reformulando lo necesario.

1 - LA FORMACIÓN EN TRABAJO SOCIAL.

La formación en Trabajo Social ha estado sometida a los “vaivenes” de su propia historia en la que se pueden observar distintos periodos y etapas que han determinado la evolución de la profesión y el reconocimiento de los estudios a nivel académico y social. En este sentido, los distintos regímenes y cambios socioeconómicos y políticos han acompañado a esta trayectoria académica-profesional.

En relación a la Formación en Trabajo Social habría que recordar algunas fechas, que son los logros alcanzados de forma colectiva por los /as trabajadores sociales , producto de acciones concretas de profesionales y estudiantes:

- Incorporación a la Universidad de los estudios de Asistentes sociales como Escuelas Universitarias de Trabajo Social (Real Decreto 1850/1981 de 20 de Agosto. BOE 28-8-81).
- Directrices para la elaboración de los primeros planes de Estudios de las E.U.T.S. (Orden Ministerial BOE 19-4-1983).
- Acuerdo de 19 de Junio de 1990, de la Comisión Académica del Consejo de Universidades por el que se crea el Área de Conocimiento: Trabajo Social y Servicios Sociales.
- Acuerdo de 25 de septiembre de 1990, del Consejo de Universidades por el que se determina como área de conocimiento específica de Escuelas Universitarias la de Trabajo Social.

Durante las dos últimas décadas se ha producido un avance en torno a la disciplina y a la profesión que se puede concretar en:

- Reconocimiento oficial de los estudios y de la profesión.
- Normativa académica y profesional.

Haciendo una revisión de contenidos en la bibliografía producida en estos últimos años aparece como denominador común: la necesidad de incrementar la formación académica y profesional de los trabajadores sociales ante las nuevas exigencias sociales y profesionales. Pues, si al Trabajo Social, por naturaleza profesional, le

Documentos de Trabajo Social

DTS

competir la búsqueda de alternativas y respuestas a las variadas reivindicaciones y necesidades para encontrar su satisfacción, el conseguirlo es posible desde la Formación.

En esta década nos encontramos nuevamente en una etapa de “ebullición” para el Trabajo Social español, donde es momento de:

- Rescatar la historia de la profesión.
- Asumir su posible naturaleza contradictoria.
- Reconstruir la identidad profesional en los nuevos espacios que se van desarrollando.

En el plano académico, Domínguez, M.J. y otros (1988), señalaron que en el diseño curricular de la formación de los diplomados en Trabajo Social intervienen tres sistemas:

- Social. Contexto, realidad donde emergen nuevos valores y necesidades.
- Teórico-conceptual. Pensamiento, creencia que aporta nuevos esquemas de análisis, metodologías y técnicas.
- Profesional. En la dimensión teórica y operativa.

Para Bañez, T. (1993), sería necesario diseñar un perfil formativo de los diplomados en Trabajo Social que proporcionara:

- Una formación intelectual para interpretar la realidad, identificando las causas que determinan los fenómenos sociales desde los diferentes modelos de intervención.
- Una formación técnica para intervenir en la realidad social y contribuir a los procesos de cambio social.

El diseño del perfil vendría dado por objetivos docentes a través de conocimientos, habilidades y actitudes.

Fernández T. y otros (1990) plantean que el acceso a la Universidad hace posible actualizar a los trabajadores sociales con disciplinas

conectadas con el Trabajo Social, lo que ha producido un cambio en los contenidos ideológicos, aportando mayor riqueza de conocimientos y permitiendo mayor profundización en áreas desconocidas anteriormente

Así mismo expresa que las transformaciones de la dimensión académica repercuten en la percepción y el reconocimiento social de la profesión. Y concreta que las dos vías de contribución de las Escuelas a la formación son: docencia e investigación.

Desde esta orientación, la formación se dimensiona y se comprende a partir de sus determinantes históricos y sociales y se entiende, no como asignaturas y diplomas, sino como un proceso formador de la profesión en el que interactúan la preparación científica de profesionales, la investigación y la producción de conocimientos, sobre lo que la realidad demanda a la intervención profesional.

También se observa en este proceso formador, un doble objetivo:

- Preparar a los profesionales con un carácter técnico y científico, que les posibilite desarrollar sus funciones.
- Contribuir a transformar la sociedad, formando ciudadanos críticos y conscientes como garantía de su participación activa.

Este enfoque garantiza un mayor rigor en los análisis e intervenciones permitiendo visualizar e incorporar nuevos elementos que generarán nuevas perspectivas. Entre ello, y con gran incidencia en la elevación del nivel formativo, destacan: conocimientos, preparación científica y la investigación., constituyéndose como ejes principales en el análisis que se realice de cara a implicar a las instituciones académicas y las relacionadas con la profesión en su conjunto.

Un nivel de formación superior para el Trabajo Social, fundamentado en el desarrollo y crecimiento es, sin duda, el nivel óptimo para afrontar los cambios actuales y futuros, así como responder a las exigencias profesionales que la realidad social e institucional hace al trabajador social.

Documentos de Trabajo Social

DTS

2 - LA FORMACIÓN SUPERIOR EN TRABAJO SOCIAL

En esta década, encontramos una especial preocupación por la formación en Trabajo Social, tanto en el ámbito académico como profesional; y desde este se plantea con mayor exigencia la necesidad de evaluar y reorientar la formación académica, ante los vacíos y distorsiones de la formación recibida.

Por otra parte, las nuevas exigencias del Trabajo Social en relación al bienestar, en sentido amplio, así como la complejidad administrativa de las instituciones sociales, requieren una mayor cualificación profesional, que difícilmente se puede alcanzar desde la formación reglada de la Diplomatura. Es por esto que aparece la especialización como consecuencia de la necesidad de incrementar la formación actual de los trabajadores sociales, ante la configuración de nuevos campos y áreas de trabajo en los que se tendrá que intervenir y responder profesionalmente de forma precisa y eficaz.

La Formación Superior contiene objetivos y funciones profesionales, así como las exigencias del mercado laboral y necesita ser reconocida para orientar el análisis académico y profesional futuro, partiendo de variables relacionadas con la demanda:

- Demanda laboral, referida a las demandas del mercado laboral en los sectores público y privado.
- Demanda social, expresada en las prioridades objetivas que surgen de la realidad, según los campos de acción del Trabajo Social.

Entre los pilares básicos de la formación superior destacan la investigación y la docencia como áreas encargadas de la producción y transmisión de nuevos conocimientos que resalten el carácter científico del Trabajo Social. Previo a esto, se encuentra la sistematización como instrumento para ordenar y recuperar el

conocimiento implícito en la practica profesional.

De esta manera, la formación superior como necesidad manifiesta actual, producto de las demandas sociales y profesionales, debe entenderse como un proceso global que integra los elementos del perfil académico-profesional, articulándolos al contexto económico, social y político.

La exigencia actual de una nueva perspectiva e incremento de la formación, es preocupación del colectivo profesional y trata de superar el carácter teorícista o reduccionista en torno a la formación académica y al ejercicio profesional. Dicha preocupación está fundamentada en la exigencia a las instituciones académicas para acceder al Segundo y Tercer ciclo universitarios, y manifestada por los profesionales con su incorporación a otros estudios superiores en Universidades nacionales y extranjeras y recibiendo formación no reglada como cursos de expertos, postgrado, jornadas, talleres.

El reconocimiento académico no se reduce a la instrumentalización del Plan de estudios, sino a sus dimensiones política y social que implica la formación de un profesional capaz de vincularse a los ciudadanos en las condiciones actuales del país.

El problema del déficit de formación en Trabajo Social no compete solo al Consejo de Universidades y a las E.U.T.S., sino también a los colegios profesionales y profesionales en activo, por lo que es necesario que se dé una instancia de reflexión, análisis y apoyo conjunto que implicará un nivel superior de capacitación, ya que el debate, es un trabajo de estudio y producción.

Por ello, el gran reto que tiene la profesión hoy es mostrar capacidad científica, técnica y una dimensión ideológica que le permita realizar su ejercicio profesional en la compleja realidad social. Para ello, es previo, el reconocimiento y acceso a la Formación Superior que se materializa en la Licenciatura y el Doctorado en Trabajo Social

Documentos de Trabajo Social

DTS

3.- FORMANDO AL NUEVO TRABAJADOR SOCIAL

Formar a un nuevo trabajador social supone diseñar un nuevo perfil académico y profesional analizando las características que de acuerdo a la demanda necesita asumir la formación futura de los trabajadores sociales de manera que puedan producir conocimientos, desarrollar habilidades y adoptar una actitud científica para enfrentarse a una práctica profesional coherente con las necesidades de la población y las necesidades del mercado laboral.

Por otra parte, ante la configuración de nuevos campos y áreas de trabajo, aparecen especialidades que dan un estilo diferente a la intervención profesional necesitándose nuevos contenidos e instrumentos para poder desarrollarlas. Entre ellas están: Investigación, Docencia, Sistematización, Supervisión, Planificación, Dirección, Gerencia.

3.1 - Formación continua y permanente.

El Trabajo Social al estar inserto en la realidad social, dinámica y cambiante, necesita conocer y profundizar en los tópicos que van apareciendo como producto de los nuevos fenómenos sociales. Ante esto, se hace necesaria una reflexión y revisión crítica en torno a los contenidos y objetivos, así como de las funciones y técnicas, observando si estas se corresponden con la actual situación y si se validan en ella.

El interés en el colectivo profesional por “estar al día” ante las demandas sociales y en la interacción profesional con otras disciplinas, sitúa como punto central de la formación :la actualización e incremento de conocimientos. La formación , desde un enfoque integral, no puede ser eventual ni coyuntural, se adquiere de forma continua y con carácter permanente, incide en los vacíos teóricos y metodológicos y suministra elementos formativos capaces de dar consistencia y rigor a la intervención.

La preocupación e interés por la formación permanente debe traducirse en un reto profesional tendente a alcanzar:

- Integración de contenidos teórico-prácticos.
- Actualización de contenidos, técnicas e instrumentos.
- Incrementar el nivel de conocimientos.
- Entrenamiento en el trabajo multidisciplinario e interdisciplinario.
- Intercambio y socialización de experiencias.
- Fomentar la capacidad de acción.
- Estudio de nuevas estrategias de actuación.

pues todo ello, contribuye a una mayor preparación científica y profesional, que imprimirá mayor rigor a la formación de los trabajadores sociales

De esta manera , la formación en Trabajo Social adquiere un triple significado:

- Recoge las demandas de los profesionales en su intervención.
- Ofrece desde las instituciones académicas y profesionales los avances en materia de investigación y producción científica.
- Responde a las demandas que hace la sociedad actual.

Parafraseando a Tomás Fernández, no olvidemos que una profesión se legitima científicamente por la calidad de su producción científica y se legitima socialmente si es capaz de producir respuestas satisfactorias a las expectativas de los grupos y organizaciones sociales.

La preocupación y el interés por la formación debe canalizarse, inicialmente, desde la motivación individual y personal a través de las instancias académicas y profesionales propias del Trabajo Social como:

- . Movimiento Estudiantil.
- . Escuelas Universitarias de Trabajo Social. Consejo de Universidades.
- . Colegios profesionales.
- . Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social.

Documentos de Trabajo Social

DTS

- . Centros e Institutos de Estudio e Investigación en Trabajo Social.
- . Campos de trabajo.

3.2 - Consecuencias.

De entre las consecuencias que se derivan de la formación permanente en Trabajo Social se destacan las que van a incidir directamente en las dos dimensiones básicas de la formación profesional:

- En la Formación Académica:

- * Acceso al segundo y tercer ciclo universitarios.
- * Ampliación del curriculum académico.
- * Mayor profundización en materias básicas para el ejercicio profesional.
- * Posibilidad de formarse en especialidades.
- * Disponibilidad de los recursos docentes e investigadores de la comunidad universitaria.
- * Producción de conocimientos a través de la investigación.
- * Elevación del nivel docente.

- En el Ejercicio Profesional:

- * Incremento de la cualificación profesional.
- * Elevación del estatus profesional
- * Cambio de categoría profesional y por consiguiente aumento de salarios.
- * Mayor rigor y precisión en las intervenciones.
- * Desarrollo de la capacidad científica y técnica.
- * Apertura de nuevos campos y áreas de trabajo.
- * Relación interprofesional horizontal.

Finalmente, y a modo de conclusión general, expresar que la

Formación Superior en Trabajo Social se plantea como un reto común y un acto de reivindicación compartido, ante el que debemos aunar conocimientos, esfuerzos y estrategias que nos conduzcan a conseguir un mayor reconocimiento del Trabajo Social español.

Referencias Bibliográficas.

Documentos de Trabajo Social

DTS

- BAÑEZ, T. (1993) : “ La Formación en el Trabajo Social “. Revista de Servicios Sociales y Política Social, nº 30. Madrid.

- B.O.E. 22 - 8 - 1990. Creación área de conocimiento: “Trabajo Social y Servicios Sociales”.

- CONDE MEGIAS, R. (1994): Proyecto Docente: “Trabajo Social. Teoría y Práctica”. Universidad de Granada. (1998) “Trabajo Social Experimental “Edit. Tirant lo blanch. Valencia.

- DOMÍNGUEZ, M.J. Y OTROS. (1988): Ponencia “La Formación”. Valladolid.

- FERNÁNDEZ GARCÍA, T. Y OTROS. (1990): “Estrategia en la Formación de los trabajadores sociales”. Revista de Servicios Sociales y Política Social, nº 20. Madrid.

- GARCÍA FERNÁNDEZ, F. (1997): “ Formación Superior y Especialización en Trabajo Social “ Actas VI Jornadas Estatales sobre perspectivas del Trabajo Social. Universidad de Granada.

- GARCÍA SALORD, S (1991): “Especialidad y rol en trabajo social. Curriculum saber-formación”. Ed. Humanitas. Buenos Aires.

- JARA, O. (1989): “Aprender desde la práctica”. Ed. CELATS. Lima.

- MEMORIA SOBRE LA CREACIÓN DEL ÁREA DE CONOCIMIENTO DE TRABAJO SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social.

- MERINO RUIZ, L. (1994): Proyecto Docente Trabajo Social: Teoría y Práctica”. Universidad de Granada.

- REGLAMENTO CARRERA DOCENTE.(1990): Escuela de

Trabajo Social. Universidad Nacional de Córdoba. República Argentina.

- ROZAS, M.(1986): “La problemática del currículo en Trabajo Social”. Ed. Humanitas. Buenos Aires.

- SISTEMATIZANDO EXPERIENCIAS DE TALLER. (1988). Ed. CELATS.

- ZAMANILLO, T. Y GAITAN, L. (1991): “Para comprender el Trabajo Social”. Ed. Verbo Divino. Navarra