

ESTUDIO SOCIAL SOBRE MINUSVALIDOS PSÍQUICOS

M^a DEL PILAR GALLEGO GONZÁLEZ

INTRODUCCIÓN. METODOLOGÍA Y MARCO DE LA INVESTIGACIÓN.

El planteamiento de cualquier aspecto de la realidad implica, previamente, un cierto grado de conocimiento de esa realidad o, parte de la misma, en la que se quiere incidir. Este conocimiento se puede adquirir de diversas maneras, unas basadas en nuestra experiencia, otras, aplicando a ésta los procedimientos científicos, de manera que se pudieran evitar problemas de subjetividad y generalización, junto con otros problemas asociados a la adquisición de conocimientos válidos.

A través de la investigación se puede conocer el aspecto de la realidad que interesa para la implantación adecuada de servicios sociales determinados, lo que implica descripción y explicación a la vez.

Parecería obvio que el Trabajador Social que inicia un trabajo profesional, no persigue la exclusiva finalidad de investigar en la realidad social, puesto que para esto existen otros profesionales; su intervención supondría el

estudio de la situación para incidir en ella de forma concreta, conociéndola previamente; es decir que la acción de estudio en el proceso de Trabajo Social tiene un carácter eminentemente funcional: se realiza para analizar los hechos en función de la posible actuación posterior.

Otra característica de la investigación en Trabajo Social es la de contemplar la generalidad de la realidad social para integrar todos sus aspectos; pero toda investigación requiere un TRABAJO PRELIMINAR, como impregnación de la realidad, para percibir las características y estructuras más salientes que nos llevarán a la elaboración de las primeras grandes hipótesis de la investigación, y a partir de ahí, ya se pueden elegir los datos pertinentes así como una sistematización para los mismos.

Existen datos que pueden ser consultados fácilmente: estadísticas oficiales, padrón de habitantes, etc. Sin embargo, teniendo en cuenta que la finalidad del Trabajo Social es contribuir a un *proceso de cambio*, las técnicas más estimables para el estudio de una situación o problema, serán las que puedan desarrollar una relación más humana, de manera que el estudio sea ya un elemento dinámico de transformación de una realidad. Por lo tanto, el estudio social lo veríamos como *proceso* dentro de otro más amplio y formado por dos fases de actuación sucesivas que se orientan a descubrir el campo social.

En un sentido más amplio, podemos considerar las propias técnicas como instrumentos para la realización del método, y el método como instrumento para una acción eficaz respecto a unos objetivos. Es por ello que toda investigación parte de un problema a estudiar, llegando a través de una serie de fases a unos resultados. La forma de llegar a estos resultados es diversa, pero el proceso de investigación, en sí mismo, es desde un punto de vista lógico-formal, similar.

La delimitación del problema a estudiar vendrá seguida de un planteamiento teórico y de la plasmación “sobre el papel”, de la investigación. A continuación, se van ejecutando las diferentes fases previstas en dicho planteamiento: recogida de datos y análisis de los mismos. Cuatro son, por tanto, en líneas generales, las fases de toda investigación:

- a) Planteamiento y delimitación del tema o problema a investigar.
- b) Diseño sobre el papel de la investigación en todas sus fases.
- c) Recogida de datos.
- d) Análisis de los mismos.

Es evidente que el contenido específico del tema a investigar va a condicionar extraordinariamente todo el proceso subsiguiente; por tanto, a partir de una idea, un problema o una intuición se puede iniciar una investigación; en el caso del Trabajo Social para que la investigación resulte fructífera se hace absolutamente necesaria una correcta explicitación del tema o problema que la ocupa, así como imbricarlo en una teoría sociológica preexistente.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

a) Importancia del estudio.

El tema surge para mi importante: Minusválidos psíquicos adultos y/o profundos, que aunque solo sean una parte de la problemática existente en Almería, no por ello resulta menos acuciante.

Los minusválidos psíquicos que están en edad escolar, y no todos, se pueden integrar en los Colegios Públicos que tienen la experiencia de integración; el resto, o sea los adultos necesitados de Residencias-Hogar. y los profundos, quedan sin ningún tipo de atención, salvo la de sus familias, por supuesto; pero teniendo en cuenta que nos podemos encontrar con padres que durante años no han tenido un momento de relax, de vacaciones, de tranquila convivencia con familiares y amigos.

Dada la carencia a nivel nacional de servicios para la atención de estas personas, (en Andalucía hasta hace muy poco tiempo no ha habido ninguna residencia para psíquicos gravemente afectados, ni Residencias para Adultos, más que a nivel privado), los profesionales que tenemos relación con los minusválidos psíquicos nos encontramos con el terrible dilema de tener que dejar pasar un día y otro situaciones de verdadera emergencia social, en espera de que la sociedad decida dar una respuesta a este problema.

b) Demanda, necesidad, motivación.

Al empezar a trabajar en la Diputación Provincial en 1985, comencé a llevar, entre otros temas, el de los minusválidos psíquicos.

En 1983, en sesión extraordinaria de 30 de Diciembre, se aprobó el Proyecto de Concierto y los criterios de selección de los deficientes mentales

para su ingreso en los Centros La Esperanza y Santo Angel de la Asociación San José de Guadix (Granada).

Periódicamente se venía haciendo la liquidación anual, basada simplemente en el conocimiento de si tenían ayuda del INSERSO o no, para que la Diputación pagara el resto, en su caso, y si se solicitaba por parte de la familia. Pero era éste un criterio de pago global en el que únicamente importaba el montante total económico, sin el más mínimo intento de personalización e individualización.

A partir del cambio de Diputado Delegado de Servicios Sociales, se empezó a hacer un seguimiento más organizado de la subvención que recibían estos centros privados. Subvención obligada como única solución ante el hecho de que unas personas determinadas no encuentran el recurso necesario cercano a ellos, y tienen que solicitar ayuda económica a la Corporación de su provincia para ir a centros de otra provincia.

Me fui interesando cada vez más en el tema, y se empezó a estudiar individualmente a estos minusválidos psíquicos y sus familias, desde una Institución que no los conocía en principio, y sólo sabía de ellos, que no tenían medios económicos para poder pagar un centro privado.

Este estudio tenía una doble vertiente:

- Por un lado, el seguimiento de la subvención concedida a individuos que podían necesitarla o no, o el de aquéllos que por desconocimiento o falta de información, no estaban recibiendo todas las ayudas que, teniéndolas a su alcance, podían percibir conforme a derecho.

- Por otro lado, haciendo este seguimiento y “conociendo” a cada minusválido psíquico, emergían muchas más posibilidades de encontrar recursos en Almería. Por ejemplo, al empezar a funcionar algunos Centros de Integración en Almería, ciertos minusválidos psíquicos que estén en edad escolar y cuya minusvalía no sea profunda, no tendrían porque estar en un centro específico, y, además, en otra provincia.

c) Consecuencias o aplicaciones previsibles de los resultados (proyección práctica).

A partir de este punto se enfoca el estudio de los minusválidos psíquicos y sus familias, de una manera estandarizada, tratando de recoger el mayor número posible de datos para la elaboración de informes sociales, teniendo en cuenta que las familias estaban repartidas en la extensa geografía munici-

pal de Almería, y que los minusválidos psíquicos sólo pasan con la familia, y en sus casas, los meses de vacaciones y, en determinados casos, ni tan siquiera eso.

Las fuentes utilizadas en principio fueron:

- 1º) Los expedientes individuales almacenados en Diputación, consistentes en una solicitud (del padre o representante legal del minusválido) y alguna justificación de no tener medios económicos para poder pagar el Centro. Apenas, en algún caso, aparecía como por casualidad, la calificación de minusvalía o certificado médico de los “ordinarios” que hablaban de subnormalidad.
- 2º) Relación de aquéllos que eran beneficiarios de becas, subvenciones, etc. de los distintos organismos: FAS, ASERSSAS, Educación y Ciencia, ONCE, Protección de Menores, LISMI, y Diputación, así como las cantidades a que ascendían éstas anualmente.

Esto se ha ido efectuando periódicamente, de manera que, coordinadas las actuaciones, no se subvencione la misma cantidad por el mismo concepto y distinto organismo.

A partir de los datos recogidos de estas fuentes, se elabora el “informe social tipo”, con aquéllos que merecían ser conservados y con los nuevos que surgirían del estudio basado en una serie de preguntas, que ya existían en modelos de informes hechos por otras instituciones, añadiendo después otras preguntas que, para mí y lo que quería plantear, se hacían indispensables.

Así surgen los indicadores de medida que se iban a utilizar, eligiendo la entrevista como instrumento básico de recogida de datos, y de información recíproca. Después siempre cabe la posibilidad de ampliar el número de entrevistas o visitas domiciliarias en caso de considerarse necesario.

DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Objetivo general.

El objetivo general de la investigación proyectada ha sido estudiar a los minusválidos psíquicos de la provincia de Almería, que están en los centros de Guadix, así como su entorno socio-familiar.

Objetivos específicos.

Dentro del marco del objetivo general se proponen los siguientes objetivos específicos:

- a) Recoger los datos enmarcados en la investigación sobre los minusválidos psíquicos internados en los Centros Psicopedagógicos y de Profundos, de Guadix, procedentes de la provincia de Almería.
- b) Conocer a sus familiares para llevar una relación más continuada y profesional.
- c) Diseñar un modelo de informe social en el que los datos sean recogidos de una forma lineal e igualitaria y que, una vez organizados, puedan ser computados y comparados.
- d) Acumular información para dictamen profesional correcto.
- e) Hacer suficientemente conocida la existencia y características de la situación social de ciertos minusválidos psíquicos que no pueden estar en su provincia, con el propósito de paliarlo o modificarlo.

Definición del objeto de estudio.

Se parte para el estudio de un número de minusválidos psíquicos, que por diversas circunstancias, durante una serie de años, y ante la falta de recursos, tuvieron que ser internados en centros de la Asociación San José de Guadix, unos en el Centro Psicopedagógico y otros en la Residencia de Profundos.

Parámetros complementarios.

- Los minusválidos psíquicos con los que se cuenta para el estudio, vienen dados por un internamiento en un centro, y ser de la provincia de Almería.
- No tiene nada que ver el tipo de minusvalía, en principio, con el estudio.
- Se han tenido en cuenta como sujetos del estudio, minusválidos psíquicos, pero en los datos globales están mezclados los profundos de la Residencia Santo Angel, con los ligeros y medios del Centro Psicopedagógico, y con los ligeros y medios de la Residencia de Adultos.

- Se excluyeron todos los demás minusválidos psíquicos de Almería, que tiene posibilidad de haber encontrado un recurso social a las necesidades planteadas.
- Quedarían excluidos también, todos los minusválidos psíquicos comprendidos en la edad escolar y que son susceptibles de integración.
- Y, por último, quedarían excluidos el gran número de minusválidos psíquicos que desde siempre vivieron con su familia. Constituyen el grupo más numeroso. Paradójicamente, tuvieron la ventaja de no necesitar separarse de un entorno, y el inconveniente de quedar en un medio "natural" carente de recursos y ambigüamente protector, (a veces claramente agresivo como en los triste y culturalmente, famosos "tontos del pueblo").

METODOLOGÍA EMPLEADA.

1º etapa. Cuestionario y encuesta.

La primera tarea fue la de establecer un listado de minusválidos psíquicos y sus familias, a quien iba dirigida la investigación, cumpliendo así el primer objetivo del estudio: los datos para después elaborar el cuestionario.

Fuentes de primera mano contribuyeron a elaborarlo:

- Fichero de solicitudes de subvención de Diputación Provincial para el centro en que se encuentran los minusválidos psíquicos.
- Fichero de expedientes individuales con las solicitudes de numerosas familias que quisieron entrar a formar parte del concierto de Diputación con la Asociación San José.
- Fichero del Centro Base Provincial de minusválidos de Almería, donde se encuentran datos de las valoraciones y calificación de minusválidos.
- Inventario de las distintas becas, ayudas, etc. que podían recibir de los distintos organismos: Educación y Ciencia, ASERSSAS, FAS, ONCE, etc.

Se encontraron así 44 sujetos y sus respectivas familias para el estudio por lo que la cuantificación estaba ya elaborada.

Para la elaboración del cuestionario se trató de recoger la mayor cantidad de información disponible, sobre todo, teniendo en cuenta el contenido que se quería obtener para el informe social, pretendiendo recoger los apartados más generales y, luego en las preguntas, según el objetivo ya más específico, se seleccionaron los items o apartados más adecuados a las situaciones que en algunas ocasiones se conocían y sirvieron como hipótesis de trabajo. Se hicieron, así, varios apartados de preguntas generales, en las que las respuestas eran optativas para ser tabuladas, etc., mientras que otras quedaban abiertas y contabilizadas de distinta manera.

2ª etapa. Las entrevistas. Ventajas y limitaciones.

Se preveían las entrevistas como mejor forma de recogida de datos, no solo por ser uno de los procedimientos más utilizados en la investigación en Trabajo Social, procurando de ordinario algo más que la recopilación de datos conforme al propósito profesional que se persigue, sino también, buscando que fueran una forma de contacto directo e intensivo con las familias y su entorno.

Se planteaba en principio un problema geográfico y metodológico; las familias estaban repartidas por toda la provincia y las situaciones podrían ser muy variadas, de manera que se trató de igualar las condiciones de la entrevista, y fueron citados en el despacho del Trabajador Social, recibiendo sucesivamente durante varios meses.

Cuando se vio necesario para completar datos o ampliarlos, se realizaron visitas domiciliarias.

Se trató de que la entrevista no fuera estructurada, salvo en las preguntas en que se focalizaban determinados puntos para contestar y apuntar, ya que así, dejaría una mayor libertad a la iniciativa de la persona interrogada, haciendo preguntas abiertas que serían respondidas dentro de una conversación.

Ventajas conseguidas al utilizar la entrevista.

- Posibilita el tomar datos de personas analfabetas.
- Se obtiene mayor cooperación que con un cuestionario solo, al sentirse las personas entrevistadas más relevantes en presencia del entrevistador.

- La información es más completa.
- Mayor facilidad en el trato, pues en determinados momentos se puede salir “estratégicamente” del tema para después retomarlo.
- Mayor posibilidad de información, teniendo en cuenta el nivel cultural de las familias con las que se iba a tratar, ya que determinados grupos sociales por sus características, tienen limitada su capacidad de expresión.

Inconvenientes.

- Prolijidad en los relatos, así como las continuas elevaciones a la categoría de “fundamentales” de datos objetivamente nimios o anecdóticos, pero que por su carga emocional, hacen que el entrevistado los trate de repetir una y otra vez.
- Las entrevistas se apoyaron en el supuesto de las posibilidades de expresión verbal y de que la persona interrogada está capacitada para darnos la información. Dicho supuesto, por desgracia, no obedece a las leyes inmutables.

Desarrollo.

No surgieron apenas problemas con los entrevistados; acudieron a sus citas en los días señalados, salvo en dos ocasiones, en que por enfermedad no pudieron realizarse, (las dos veces avisaron con tiempo, quedando aplazadas para otro día). La impresión, además, es que en la mayoría de los casos quedaron contentos de la comunicación que empezaba a partir de entonces.

En cuanto a la forma de llevar a cabo las entrevistas fue tan simple como su estructuración; no se grabaron para permitir la mayor espontaneidad posible, se tomaron notas cuando contestaban a preguntas optativas, e inmediatamente después de procedía a redactar un informe, lo más cercano al “texto oral” como resultara posible para utilizar su riqueza en el análisis posterior.

3ª etapa. Los resultados.

Con los resultados obtenidos individualmente, se empezaron dos tipos de actuaciones:

- a) Plasmar, en cada expediente individual, todo el material de datos obtenidos para la futura elaboración del informe social familiar (motivo de otro posible trabajo).

- b) Elaborar los datos estadístico para su estudio, análisis y búsqueda de conclusiones.

TABLAS DE DATOS Y CONCLUSIONES.

A) Datos personales.

Trataré en este apartado de clarificar los datos estadísticos que se aportan después de analizados y, una vez elaboradas las tablas porcentuales como aproximación descriptiva a los datos: edad, sexo y minusvalía.

Edad.

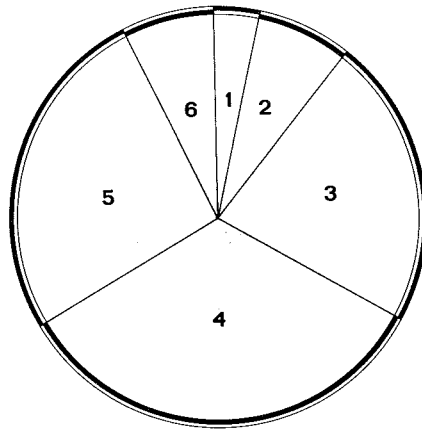
Haciendo la distinción de edades de cinco en cinco años hasta treinta, el porcentaje más elevado corresponde al intervalo entre los dieciséis y veinticinco años; les sigue el grupo entre once y quince años y, el resto, se distribuye entre los distintos grupos de edades.

En el Centro dedicado a ligeros y medios hay unas determinadas edades en las que no se incluyen sujetos; este dato detectado está en relación con los tres años que llevan funcionando en Almería los Centros de Integración, y eso hizo que algunos niños que estaban ingresados en Guadix, se les notificara que, teniendo un recurso en su zona, no tendría porque estar en un centro específico en otra provincia, sino en el de Integración más cercano a su domicilio y núcleo familiar. (Quedaron algunos entre los diez y los quince años que, por alguna problemática especial, estudiada individualmente, no se pudieron integrar).

Destaca de forma gráfica el tremendo hueco asistencial que queda para los jóvenes a partir de dieciocho años, ya fuera de la edad escolar, siendo además uno de los motivos de que no se encuentren en su provincia. Se hace obligado incidir en la no existencia de Centros Ocupacionales o Centros Especiales de Empleo comarcalizados, donde pueden acudir sin mayores problemas, los “hijos débiles” de la provincia. Tampoco existe residencia o internado alguno para servir de base a estos muchachos y que, desde allí, pudieran asistir al Centro Ocupacional que hay en la capital; así, nos encontramos con una apreciable población adulta minusválida, que aunque poseen capacidades suficientes de integración o actividad laboral, no podrán jamás desarrollarlas por factores ajenos absolutamente a ellos.

Tabla de resultado de datos personales. Edad.

Edad	Casos	Porcentaje	Gráficamente
0 a 5 años	1	2,27%	1
6 a 10 años	4	9,09%	2
11 a 15 años	9	20,45%	3
16 a 20 años	15	34,09%	4
21 a 25 años	11	25,00%	5
26 a 30 años	4	9,09%	6



La edad en el Centro de Profundos se reparte casi equitativamente en los agrupamientos “quinquenales”, siendo el más numeroso el grupo de once a veinte años, tendiendo a ligero ascenso desde el grupo de seis a diez años, y declinando ya un poco a partir de los veintiuno. A pesar de que las expectativas de vida de un minusválido psíquico en general han ido aumentado, a través de los años, en el caso de los profundos lo cierto que sigue habiendo más mortalidad. Aunque otra de las cosas que hacen elevar las cifras de adultos profundos institucionalizados, puede ser que, mientras han sido “pequeños” los padres tienden a retenerlos, costándoles trabajo desprenderse de ellos aunque sea a sitios donde les puedan atender mejor; la adultez del hijo minusválido coincide con el cansancio y envejecimiento de los padres, y además, con la aparición del factor “inmanejabilidad”.

Sexo.

El porcentaje global, (sin distinción del grado de minusvalía) entre varones y mujeres acogidos en Guadix, hace que sea mucho más elevado el número de chicos, un 63,63% en comparación con el de las chicas, 36,36%.

Sin compararnos con los Centros de ligeros y medios, donde se encuentran los que por su calificación de minusvalía son más integrables, y forman parte del Centro Ocupacional, vemos que es muchísimo más alto el número de varones en relación al de mujeres. La diferencia tan elevada, que va desde el 43,18% de varones al 11,36% de mujeres, no creo que se deba a que, en realidad, existan menos mujeres con esa calificación de minusvalía, sino que, por las connotaciones socioculturales son más fáciles de integrar (o soportar-aprovechar) en su núcleo familiar, sobre todo en tareas domésticas, mientras que a los varones no se les “aprecia” la misma utilidad.

Tabla de resultado de datos personales. Sexo.

Sexo	La Esperanza	Santo Angel	Porcentaje
Varones	43,18%	20,45%	63,63%
Mujeres	11,36%	25,00%	36,36%

Vemos también apoyado el análisis anterior por el hecho de que las diferencias en lo que atañe a “profundos”, casi no existen, o son las normales, entre el resto de la población: 20,45% de varones y 25,00% de mujeres.

Minusvalía.

Para enfrentar el dato “minusvalía” se analizaron tres clases de factores: el **tipo**, el **grado** y las posibles **causas** de la minusvalía.

Teniendo en cuenta el “**tipo**” de la minusvalía (física, psíquica o sensorial), nos encontramos con las tablas de resultados donde se puede ver que el 100 por 100 de la población estudiada es de minusválidos psíquicos, pero son también datos aportados por la investigación que el 38,63 por 100 pade-

ce alguna minusvalía física sobre-añadida, y el 11,36 por 100 minusvalías sensoriales.

Para la calificación “**grado**” y basándonos en los diagnósticos individuales que de ello se han ido haciendo, distinguimos entre ligeros, medios, severos y profundos. Podrían echarse en falta los llamados minusválidos psíquicos “límite” (C.I. aproximado a 70-80), pero esto es debido a que en el tiempo que se lleva trabajando con las familias se ha conseguido que los dos únicos que había (ambos adultos) se integraron laboralmente en Almería.

El mayor número de minusválidos psíquicos institucionalizados lo encontramos en los grados de severos: 36,36% y profundos. (también un porcentaje del 36,36%), debido a que requieren una atención mucho más especializada que solo Centros, bien dotados de medios, pueden ofrecer. Es claro que las familias, aunque lo pretendan no pueden dar ese servicio.

En cuanto a las “**causas**” que pudieron motivar tales minusvalías se han tenido en cuenta los diagnósticos médicos y las aportación anamnésica de la familia, aún a sabiendas del factor error que se puede producir ante un dato subjetivo que condicione la visión más amplia del problema.

Se distribuyeron las causas diferenciadas teóricamente en:

- Causas genéticas; aquéllas que vienen determinadas en la dotación cromosómica. La herencia genética. Sería el caso del mongolismo (trisomía del veintiuno o síndrome de DOWN).
- Causas congénitas; las que se producen en el desarrollo del embrión o feto mientras está en su vida intrauterina (embriopatía rubeólica; lúes congénita; sida; etc.).
- Causas perinatales; se producen alrededor del nacimiento; trauma en el canal del parto, vuelta del cordón umbilical, utilización de fórceps, o, incluso, accidentes mecánicos con consecuencias traumáticas por malpraxis obstétrica.
- Causas adquiridas; producidas después que el niño ha nacido, generalmente en la primera infancia, y tras alguna enfermedad de cualquier tipo, pero fundamentalmente infecciosas (víricas o bacterianas). Son bien conocidas las secuelas por complicaciones encefálicas de enfermedades víricas “benignas” como el sarampión o bacterianas como la meningitis meningocócica.

Resulta en nuestro estudio que el porcentaje más elevado lo arrojan las causas perinatales y congénitas, el 36,36%; les siguen las causas genéticas:

el 18,18% y las adquiridas: 13,63%. Esto, nos llevaría a incidir los primero en la *prevención* como método más fructífero para luchar contra las deficiencias psíquicas y a tres niveles:

- Detección precoz de factores hereditarios (estudios cromosómicos en líquido amniótico).
- Intensificación del control materno-fetal y neonatal.
- Cambio de ciertos condicionantes sociales.

No se insistirá nunca lo suficiente, (a la vista del alto porcentaje de causas perinatales, por falta de información materna, y de la deficiente o mala atención médica), en lo desatendido que pueden estar todavía ciertos colectivos sociales y las consecuencias irreparables que de ello se derivan. Aunque no nos cabe duda de que el principal “derroche” viene dado por el sufrimiento humano, tampoco viene de sobra, tener en cuenta el otro “derroche” subsiguiente: el que se produce al tener que atender debidamente a personas que no hubiera sido necesario atender, sino “simplemente”, prevenir.

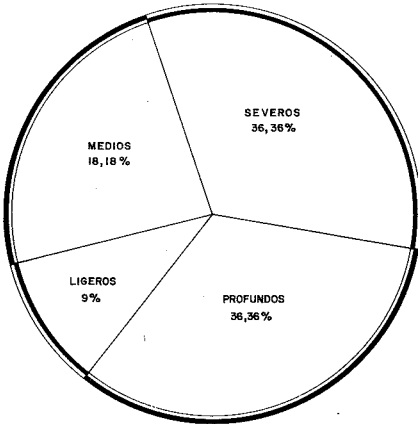
Tabla de resultados de datos personales. Minusvalías.

Tipo	Casos	Porcentaje
Física	17	38,63%
Psíquica	44	100,00%
Sensorial	5	11,36%

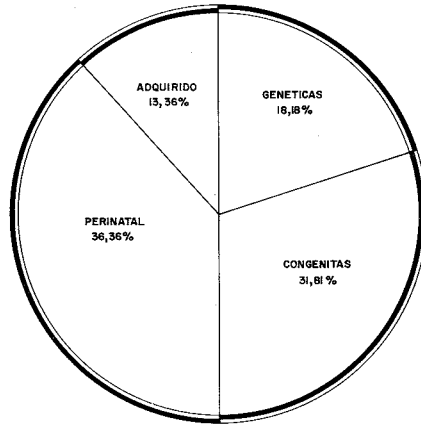
Grado	Cof. int.	Casos	Porcentaje
Ligero	50-70	4	9,00%
Medio	35-49	8	18,18%
Severo	20-34	16	36,36%
Profundo	20	16	36,36%

Causa	Casos	Porcentaje
Genética	8	18,18%
Congénita	14	31,81%
Perinatal	16	36,36%
Adquirida	6	13,36%

Minusvalía
1. Grado



Minusvalía
2. Causas



Grado de deficiencia según sexo

Def. Mental	Varones	Mujeres
Ligera	6,81	2,27%
Media	18,18%	4,54%
Severa	25,00%	13,63%
Profunda	15,90%	15,90%

Grado de deficiencia según edades.

Edad	Ligeros	Medios	Severo	Profundos
0-5 años				2,27%
6-10 años		2,27%		11,36%
11-15 años		2,27%	13,63%	6,81%
16-20 años	2,27%	9,09%	18,18%	4,54%
21-25 años	6,81%	6,81%	2,27%	4,54%
26-30 años		2,27%	2,27%	2,27%

Proc. por comarcas UTS-Subzonas	Sexo		Edad										Minusvalía					
	Hembras	Varones	0	5	6	10	11	15	16	20	21	25	26	30	Lig	Med	Sev	Prf
			5	10	15	20	25	30										
Poniente 15,90%																		
Vícar-Roquetas	XXX	X							X	XXX					XX	X		X
Adra		X								X								X
El Ejido	X	X						XX										XX
Norte 38,63 %																		
Vélez Rubio	X	XXX						XX	X	X					X	XX		X
Albox		XXXX			X			XX		X					X	XX		X
Olula	XX	XXXX			X			XXX	XX						X	XXXX		X
Serón	X									X								
Huércal-Overa		XX			X				X								X	X
Río Andarax 4,54%																		
Canjáyar		X							X						X			
Alhama		X								X					X			
Centro 6,8%																		
Sorbas		X							X						X			
Fuñana	X	X							XX							XX		
Cinturón 4,54%																		
Nijar-Carboneras	XX				X			XX					X					XX
Almería Cap. 29,54%	XXXX	XXXX	X	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XXX
	XXXX	XXXX							X	X	X	X	X	X	X	X	X	XX

Procedencia	Procedencia
*Almería capital 29,54%	- Albox
*Cinturón Almería 4,54%	- Partalao
- Níjar	- Albánchez
- Carboneras	- Olula del Río
*Centro 6,80%	- Sierro
- Lubrín	- Laroya
- Fiñana	- Fines
*Río Andarax 4,54%	- Serón
- Canjáyar	- Huércal Overa
- Santa Cruz	*Poniente 15,90%
*Zona Norte 38,63%	- Vícar
- María	- Roquetas
- Vélez Blanco	- Adra
- Vélez Rubio	- El Ejido

B) Composición familiar.

Las preguntas relacionadas con la composición familiar era concisas y directas; no obstante han dado lugar a la aparición de variadas conclusiones y ocasión para el diálogo, una vez más abierto, con la familia.

Con respecto al número total de hermanos y en atención a porcentaje decreciente: el 31,8% son familias formadas por tres; el 25% son familias de cinco hijos o más (en algunos casos, el más, bastante elevado); el 18% son sólo dos hermanos; el 13,6% familias de un sólo hijo y por último, el 11,3% constituidas por cuatro hijos.

En cuanto al lugar que ocupa entre los hermanos el minusválido psíquico, el tanto por ciento más elevado, el 34%, pertenece a las familias cuyo último hijo es el minusválido, lo que nos hace pensar en dos posibilidades de interpretación: o una sensibilización por parte de la familia que ve nacer un hijo deficiente y a partir de ahí, decide no tener más, o que en familias numerosas el último hijo coincide con padres añosos.

Desde hace mucho tiempo y en el acervo popular, aunque avalado por la ciencia se sabe que es muy desaconsejable concebir, gestar y parir a partir de una "cierta edad". Al declinar biológico se le suman otros declives, fundamentalmente de personalidad, que hacen que los padres hagan más de abuelos de su ya, en la mayoría de las ocasiones, inesperado e indeseado hijo.

El 27,2% corresponde al dato indicador de que el minusválido psíquico es el primero de los hijos habidos y al cual después siguen otros, corriendo así el riesgo (ya que no abundan los estudios previos genéticos que pudieran desaconsejar el nacimiento de más hijos deficientes) de "completar" una familia deficiente, como ocurre en no raros casos. Al 25% se elevan las familias en las que el minusválido ocupa uno de los lugares intermedios. Habría, quizás que concluir lo mismo que para el grupo anterior, pero con una matización: quien ya ha tenido uno o dos hijos sanos vive como más accidental que genético, el hecho del nacimiento de un deficiente y es menos "imputable" a irresponsabilidad el tener algún hijo más.

El 13,6% queda para los deficientes "hijos únicos". El abanico de posibilidades se abre a:

1. La pareja es culta y sensible y decide no tener más. Esto es imposible, dado que esas características mencionadas les llevarían a hacerse estudios genésicos y sólo en un pequeñísimo porcentaje darían positivo. Además, en nuestro estudio, no ha aparecido esta posibilidad.
2. Pareja añosa, lo cual nos revertería a un grupo ya comentado.
3. Parejas traumatizadas por el nacimiento de un primogénito, casi siempre profundo, y que no pueden superarlo.
4. Padres "biológicamente deficientes" que ha tenido un hijo porque la naturaleza a veces permite casualidades, así como padres con problemas sociales y de relación (madres solteras, divorciados, etc.).

Tabla de datos de composición familiar.

1. Numero total de hermanos	Porcentaje
Hijo único	13,6%
Dos hermanos.	18,0%
Tres hermanos.	31,8%
Cuatro hermanos.	11,3%
Cinco o más hermanos.	25,0%

2. Lugar que ocupa entre hermanos	Porcentaje
-----------------------------------	------------

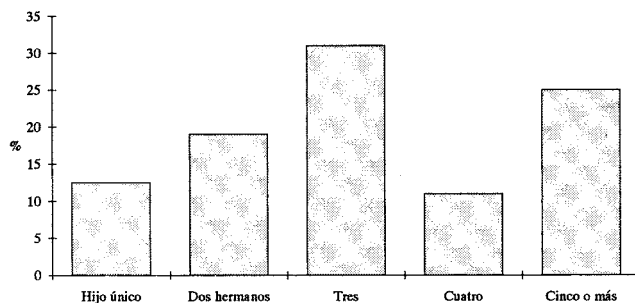
Hijo único.	13,6%
Primogénito	27,2%
Intermedio	25,0%
Menor	34,0%

3. Antecedentes familiares	Porcentaje
----------------------------	------------

Padre con problemas psíquicos	9,00%
Madre con problemas psíquicos	9,00%
Hermanos con problemas psíquicos	11,36%
Sin antecedentes familiares	81,82%

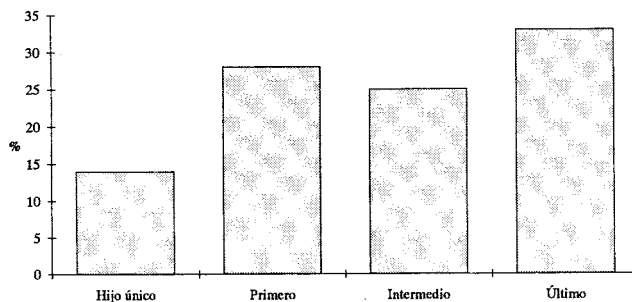
Composición familiar

Número total de hermanos



Composición familiar

Lugar que ocupa el deficiente entre los hermanos



C) Historia escolar.

1. Con la pregunta de dónde se inició la escolaridad se evidencia la falta de recursos que hubo siempre y durante años para los minusválidos psíquicos, y que sólo un mínimo porcentaje, el 2,27%, tuvo posibilidad de hacer estimulación precoz o acudir a una guardería donde admitieran al deficiente, aunque sin tener programa de integración. El 38,63%, estuvo en un Centro de Educación Especial, pero poco tiempo, y por ese motivo pasaron al Centro de Guadix, ante la imposibilidad de quedarse. La mayoría, el 45,45% no llegaron a tener escolaridad hasta el internado.

No es mera coincidencia el hecho de que todos los ligeros y medios llegaron al internado en plena edad escolar, mientras que de la totalidad de profundos, sólo una pequeña parte se encuentra en la edad escolar, habiéndola sobrepasado con creces la mayoría. Este hecho se puede interpretar en el sentido de que a los familiares de ligeros y medios, en su continua lucha por la educación de sus deficientes, sólo se les ofrecía el recurso del internamiento para dicho fin; por el contrario los familiares de los profundos no persiguen apenas la finalidad del aprendizaje sino más bien la residencial, siendo por tanto aleatorio la distribución de edades descrita para este grupo.

2. Sobre los progresos que se pueden apreciar desde el comienzo de su estancia en el Centro, sólo el 11,36% de los padres considera que no se nota ningún cambio, opinión no tan valorable como en un principio podría parecer, dado que, para apreciar los pequeños y lentos progresos de un deficiente, lo primero e imprescindible es estar interesado en el deficiente; sólo el interés (la atención) puede agudizar la perfección y aumentar la sensibilidad ante los cambios. Estos padres "escépticos" pasan todos los meses del curso sin ver una sola vez a sus hijos.

El 54,54% percibe que va progresando poco a poco, y el 34,00% opina que sus hijos han conseguido la suficiente autonomía como para desenvolverse solo en la cotidianeidad de su vida, saben vestirse y asearse, comer, acostarse; éstos en realidad no se encuentran integrados ya en su familia por problemas sociales más que psíquicos.

3. En cuanto a la situación ocupacional, según la orientación que realizó en su día el Centro Base Provincial de Minusválidos, el 25,00% debería ser dirigido a centro de minusválidos psíquicos gravemente afectados; el 31,81% orientación a centro especializado; el 29,54% hacia centro ocupacional y por fin el 13,63% podría formar parte de un centro especial de empleo o integra-

se laboralmente según sus posibilidades de adaptación y los recursos que ofrezca la sociedad.

Tabla de datos sobre historia escolar.

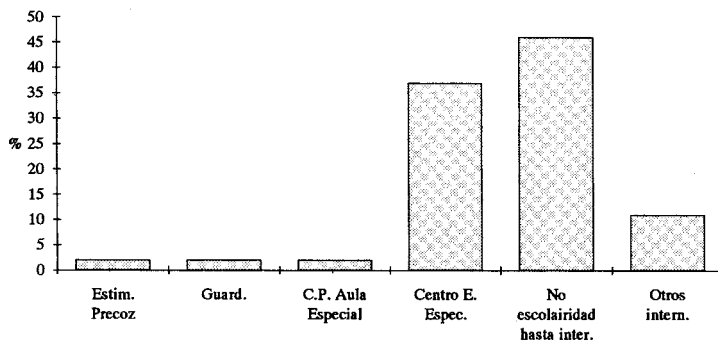
1. Iniciación de la escolaridad.	Porcentaje
- Hizo estimulación precoz.	2,27%
- Acudió a guardería o parvulario	2,27%
- Colegio Público normal (Aula especial)	2,27%
- Centro de educación especial	38,63%
- No tuvo escolaridad hasta el internado	45,45%
- Otros internados	11,36%

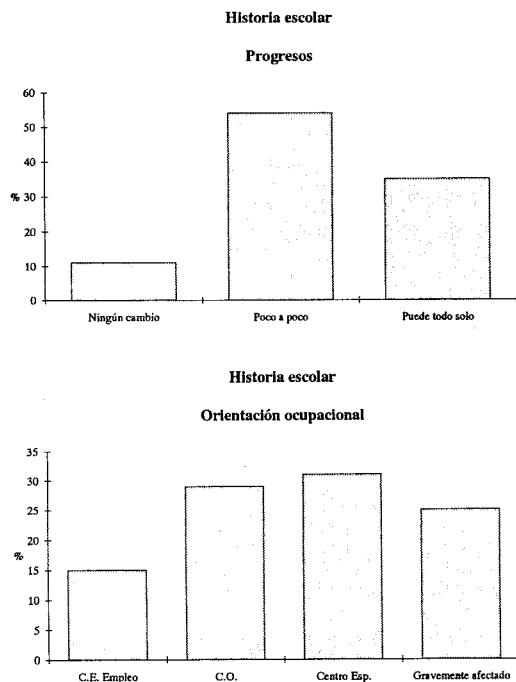
2. Progresos desde su ingreso en el centro según sus familiares	
- No notan ningún cambio	11,36%
- Se van viendo cambios poco a poco	54,54%
- Puede desenvolverse solo	34,00%

3. Situación ocupacional	
- Orientación hacia centro ocupacional	29,54%
- Orientación hacia C.E. empleo	13,63%
- Orientación hacia centro especializado	31,81%
- Orientación hacia C.A.M.P. gravemente afectados	25,00%

Historia escolar

Iniciación





D) Situación de la vivienda.

La vivienda por su importancia en la vida de la gente, ha constituido y constituye un objeto frecuente de investigación sociológica. Evidentemente una buena parte de la vida de las personas transcurre entre las paredes de sus casas. Ese espacio fundamental guarda una estrecha relación con el comportamiento humano, y por tanto su análisis nos acercará a un mejor conocimiento de las gentes que viven en él. Los indicadores que se han utilizado y los datos que han ido surgiendo han sido los siguientes:

1. Régimen de ocupación.

Los datos obtenidos en este apartado nos dan como resultado el que un 72,72% tiene su vivienda en propiedad y el 25,00% en alquiler; y sólo un 2,27% no tiene. Esta última cifra hace que nos salte crudamente a la vista el hecho del absoluto abandono de unas determinadas personas, unas con familia pero sin vivienda y otras sin ninguna de las dos cosas. Teniendo pues algún organismo oficial que hacerse cargo de su tutela.

2. Ubicación.

La diferencia porcentual entre las cifras de ingresados rurales, el 45,00% e ingresados urbanos, el 29,54% se hace más significativa si tenemos en cuenta la mayor escasez de medios socioculturales o simplemente la lejanía de las posibles soluciones con que se encuentran en los pueblos, si además se le suma al porcentaje de procedencia rural el de las familias que habitan cortijadas, el 22,72%, se amplía con mucho la diferencia con respecto a la procedencia urbana. En un breve inciso diremos que una cortijada es una vivienda rural que se encuentra dentro de la finca o cortijo, distando normalmente algunos kilómetros entre los vecinos más próximos de otra cortijada, mal comunicadas entre sí y también con el núcleo de población más cercano. Todo ello ha hecho que los minusválidos psíquicos estuvieran con sus familias pero sin ningún contacto más con el exterior, dándose casos en esta Provincia escalofriantes por su patetismo.

3. Condiciones de habitabilidad.

He tomado como indicadores en cuanto a las condiciones de habitabilidad, aquellos sin los cuales hoy día resulta impensable tener una vida digna.

El 7,28% no tiene agua; y el 4,55% no tiene luz; paradójicamente estas cifras no son mayores porque los hay que no tienen ni siquiera casa, lo cual no les hace acreedores a tener luz ni agua. El cuarto de baño completo sólo lo tienen un 20,45%, el 68,18% lo que tiene es un aseo pequeño que en algunos casos no llega ni a tal porque está compuesto únicamente por la taza del W.C.

Ventilación, en cuanto a ventanas al exterior etc.; sólo lo disfrutaban el 61,36%. Teléfono sólo lo tienen el 11,36%.

Ascensor tienen en su casa el 9,00%; teniendo en cuenta que los internos urbanos son el 29,5%, y que sus viviendas suelen tener entre cuatro y seis plantas, este hecho produce graves problemas de transporte con determinados minusválidos psíquicos que puedan tener deficiencias físicas añadidas.

4. Barreras arquitectónicas.

A pesar de que muchos de los minusválidos psíquicos de los que estamos hablando pueden manejarse por sí mismos, hay otros que tienen problemas físicos añadidos, y en sus viviendas nos encontramos con que en el

68,18% de los casos tienen nulas condiciones para el movimiento, no existiendo en ningún caso rampas ni puertas especiales para sillas de ruedas. Esto hace, como es lógico, que el tiempo de vacaciones que pasan con sus familias pueda convertirse en verdadero suplicio y traten de evitarlo en esos casos.

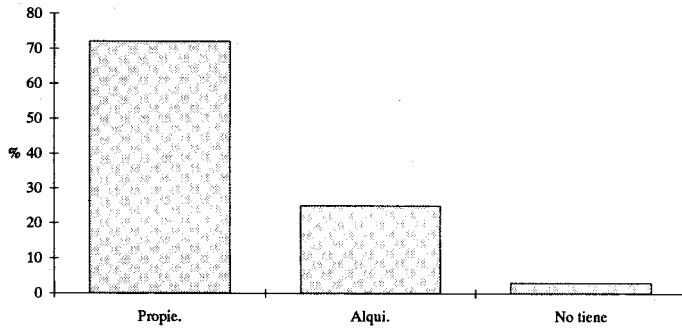
El 13,63% no tiene déficits físicos, y el 18,19% no contesta.

Tabla de datos sobre situación de la vivienda.

1. Régimen de ocupación	Porcentaje
- Propiedad	72,72%
- Alquilada	25,00%
- No tiene	2,27%
2. Ubicación	
- Rural	45,45%
- Urbana	29,54%
- Cortijada	22,72%
3. Condiciones de habitabilidad	
- Agua corriente	93,18%
- Cuarto de baño	20,45%
- Aseo	68,18%
- Luz eléctrica	95,45%
- Teléfono	11,36%
- Ascensor	9,00%
- Ventilación	61,36%
4. Barreras arquitectónicas	
- Existen rampas	Ninguna
- Nulas condiciones para movimiento	68,18%
- Puertas de más de 80 cm.	Ninguna
- No necesita nada de esto	13,63%
- No contesta	18,19%

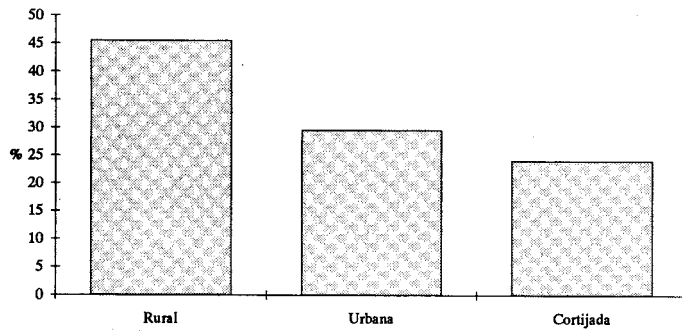
Vivienda

Regimen de ocupación



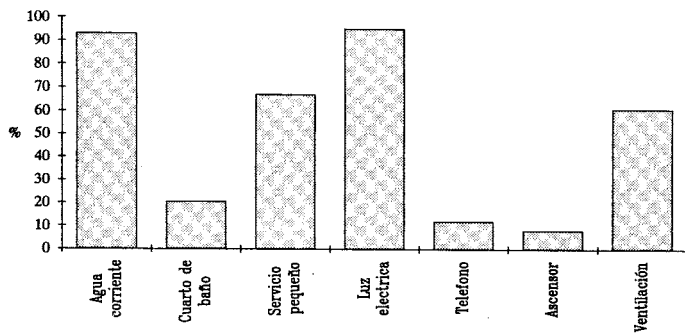
Vivienda

Ubicación



Vivienda

Condiciones habitabilidad



E) Datos socio-económicos de la familia.

Para acercarse al conocimiento de este tipo de datos se ha utilizado varios indicadores: la profesión del cabeza de familia, el número de miembros de la familia que trabajan y los ingresos mensuales familiares; también era importante conocer si aportan dinero al Centro o no. Datos todos ellos que nos llevan a alcanzar una idea aproximada de la situación socio-económica. A pesar de lo subjetivo que puede ser, se trató de objetivar lo más posible porque a las familias se les va pidiendo anualmente la declaración de la renta o declaración jurada de ingresos, para hacer nuestra liquidación y llevar un seguimiento continuado.

1. En cuanto a la profesión del cabeza de familia, está claro que va a influir en la situación socio-económica, ya que es por regla general el sostén económico fundamental de la familia, y suele ser además el padre quien asume esa función dentro de ella.

El porcentaje más elevado, el 25,00%, corresponde a obrero manual, seguido en igualdad la profesión de agricultor con la de pensionista o jubilado; el 18,18% son comerciantes o pequeños empresarios, y el 11,36%, se encuentra en paro. Sólo el 4,54% son titulados superiores o medios.

De todo esto puede deducirse, que no existe mucha dispersión entre las profesiones de los cabezas de familia; que entre el tanto por ciento de pensionistas y de parados hay un elevado porcentaje de gente que ya no ejerce su profesión, y que habiendo sólo un 4,54% de titulados superiores o medios, el resto quedarían como de extracción media y media baja desde el punto de vista ocupacional.

2. Los miembros de la familia que trabajan son, el padre en un 59,09% de los casos, los hermanos en el 27,27%, y la madre sólo en el 9,09%. El hecho de que la madre no tenga un trabajo remunerado más que en el 9,09%, nos hace pensar que está en un índice muy inferior al que ya en 1983 presentaba la población femenina casada, que ascendía al 19,9%; pero por otro lado aunque no se vea el trabajo de la mujer como remunerado, cuando el marido está vinculado al mundo agrario o rural en general, ella colabora en determinadas faenas o en muchas, pero no queda constancia de ello en las estadísticas.

3. Atendiendo a los ingresos mensuales percibidos por unidad familiar, encontramos que un 34,08% están por debajo del salario mínimo interprofe-

sional, repartiéndose en un 13,63% por debajo de las 25.000 pesetas y un 20,45% entre las 26.000 y las 50.000 pesetas/mes. Casi el 30% se movería en una “banda media” entre las 51.000 y las 75.000 pesetas/mes, lo cual sigue siendo un dato de bajo nivel económico, de precariedad económica aunque no tan acuciante como en el grupo anterior. Sorprende que nada menos que un 22,72% se encuentren en una “banda salarial” bastante común en este país, de 76.000 a 100.000 pesetas/mes, lo cual hablaría de una economía austeramente normalizada.

No es menos sorprendente que un porcentaje exactamente igual al de menos de 25.000 pesetas (el 13,63%), sea ostentado por aquellas familias que sobrepasan las 100.000 pesetas.

4. Es por todo ello que consideramos más cercano a la realidad, dado que el panorama anteriormente reflejado, sería difícil, pero no angosto, basarnos ahora en los ingresos mensuales por miembro de la unidad familiar; si consultamos la tabla lo primero que salta a la vista es que nada menos que un 77,27%, se encuentra entre las 5.000 y las 15.000 pesetas por miembro/mes. Un nada desdeñable 18,00% se mueven entre las 15.000 y 25.000 pesetas miembro/mes, aunque aquí hay que destacar que al tramo superior (entre 20.000 y 25.000 sólo le corresponde el 4,5%. Así parece más claro que una gran mayoría de las familias se debaten en la penuria, unas pocas en la estrechez, y un par de ellas en la austeridad. Las excepciones que no deben falsear la idea expresadas anteriormente vienen constituidas por dos familias (4,54%) presentando una de ellas casi 40.000 pesetas miembro/mes.

5. Para completar el estudio socio-económico parecía necesario pararse un poco a detallar qué aportaciones mantenían a los deficientes, objeto del trabajo, en el Centro de Guadix. Estas aportaciones las hemos dividido en cuatro apartados:

a) Diputación Provincial sólomente, son aquellos casos en que Diputación abona la totalidad de los gastos de internamiento, supone un 11,36% de los casos.

b) Diputación Provincial y prestaciones económicas de otros Organismos; aunque la parte más importante la sigue aportando la Diputación, ya no se trata de la totalidad. En las prestaciones económicas de otros Organismos había que incluir: Subvenciones de ASERSASS, Educación y Ciencia, Fondo de Asistencia Social, LISMI, Protección de Menores y ONCE, constituyen el 65,9%.

c) Diputación, otros organismos y familia. Además de lo recogido en el punto anterior, existe una pequeña aportación de las familias, son el 18,18% de los casos.

d) Este último grupo es en el que a la aportación de Diputación se le suma la familiar, que en este caso es mayor que en el punto anterior (c). Naturalmente estas familias, por sus ingresos, no han tenido acceso a las ayudas de los organismos anteriormente nombrados; sólomente son el 4,54%.

Las cifras nos objetivizan algunas correspondencias a tener en cuenta. En el apartado de ingresos mensuales por miembro de la unidad familiar, englobamos un 77,00% de pobreza; sumados los porcentajes correspondientes a aquellos casos en que las familias no aportan nada, arroja casi con exactitud otra vez el 77,00%.

Decíamos en el apartado de ingresos por miembro/mes, que un nada desdeñable tanto por ciento de las familias se movían no ya en la penuria, pero si en la estrechez; ahora vemos como el 18,18% de los casos corresponden a la pequeña aportación familiar, y por fin las dos familias excepcionales que constituían el 4,54% de las familias, coinciden plenamente con el 4,54% de aquellos casos en que hay una mayor aportación familiar.

El estudio hecho para Diputación por medio del cual se decide que familias no aportan y cuales sí aportan y cuanto, no estaba basado en el estudio de los ingresos mensuales por miembro de la unidad familiar, sino en el de ingresos mensuales familiares, que podría parecer (y de hecho lo es) más inexacto. Al incluirse en este trabajo los ingresos por miembro de la unidad familiar, se ha podido comprobar con mayor objetividad la corrección de la política aplicada de aportación.

Tabla de datos socio-económicos de la familia.

1. Profesión del cabeza de familia	Porcentaje
- Titulado superior o medio	4,54%
- Comerciante o pequeño empresario	18,18%
- Obrero manual	25,00%
- Agricultor	20,45%
- En paro	11,36%
- Pensionista o jubilado	20,45%
2. Miembros de la familia que trabajan	
- Padre	59,09%
- Madre	9,09%
- Hermanos	27,27%
- Ninguno por paro	4,54%
- Ninguno por pensionista	18,18%

3. Ingresos mensuales familiares.

- Menos de 25.000 pesetas	13,63%
- De 26.000 a 50.000 pesetas	20,45%
- De 51.000 a 75.000 pesetas	29,54%
- De 76.000 a 100.000 pesetas	22,72%
- Más de 100.000 pesetas	13,63%

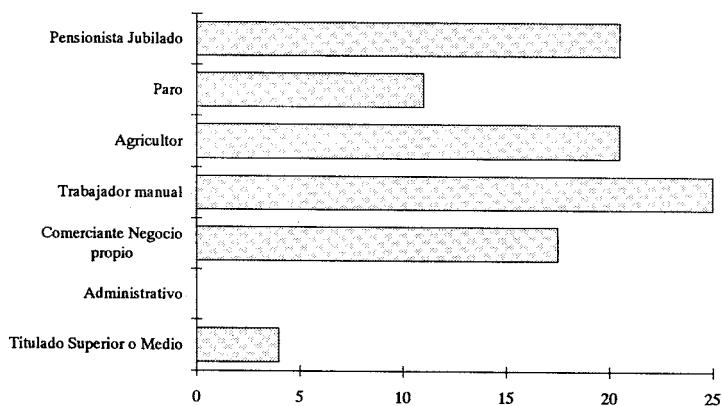
4. Ingresos mensuales por miembro de la unidad familiar.

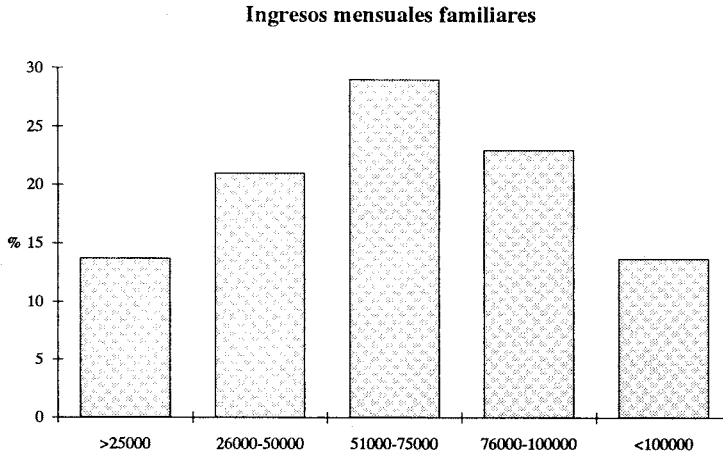
- De 5.000 a 10.000 pesetas	25,00%
- De 11.000 a 15.000 pesetas	52,27%
- De 16.000 a 20.000 pesetas	13,63%
- De 21.000 a 25.000 pesetas	4,54%
- De 26.000 a 30.000 pesetas	--
- De 31.000 a 40.000 pesetas	2,27%
- De 40.000 a 55.000 pesetas	2,27%

5. Aportaciones económicas al centro.

- Diputación Provincial sólomente	11,36%
- Diputación Provincial y prestaciones económicas de otros organismos	65,90%
- Diputación, otros organismos y familias	18,18%
- Diputación y familia	4,54%

Profesión del cabeza de familia





F) Necesidades más importantes según criterios familiares.

Teniendo en cuenta que el minusválido psíquico sigue viviendo en una situación de marginación, son muchas las necesidades que pueden plantearse; de ellas se recogen las más frecuentemente demandadas.

No se ha pedido que se conteste a una sola necesidad como solución adecuada, sino que se podrá optar por varias a la vez y por aquellas que creyeran más importantes en el caso de su hijo o hija.

El porcentaje más elevado ha sido en primer lugar, y con bastante diferencia con el resto el 93,18%, para la respuesta que implica solicitud de prestación económica. Esto es algo que las familias no sólo demuestran en esta contestación; se transmite en todas sus actuaciones y cada vez que se tiene relación con ellos. Puede tener su base en que el centro en el que se encuentran sus hijos es privado, y su coste es elevado para cualquier economía (en la mejor de las suposiciones), pero también hay que tener en cuenta que muy pocas familias aportan alguna cantidad al centro, ya que esto se efectúa por las subvenciones de distintos organismos, pero a pesar de todo viven el problema económico con angustia; no aceptan, o por lo menos lo llevan muy mal, el que cualquier tipo de ayuda, pensión etc. repercuta sólo en el minusválido psíquico, en lugar de "servir de arreglo" para sus economías.

La segunda respuesta supone una solución cara al futuro, aunque también habría más matices que hacer. Contestan que tienen necesidad de Residencia el 68,18%, cuando ya se encuentran internados el cien por cien de los sujetos estudiados. La cuestión está en que salvo en el caso de los profundos que pueden requerir unos cuidados más técnicos, el resto podrían convivir con sus familias, siempre que se dieran otros condicionamientos, que ahora mismo no se dan, y ésta es una inquietud que creo no soportan, ya que nunca han convivido con sus hijos, y a veces hasta las vacaciones cuesta trabajo que las pasen en familia, por lo que una Residencia y para siempre, puede ser la mejor solución a la mayor de sus necesidades.

Las dos respuestas siguientes irían unidas como necesidades de ayuda técnica especializada, una como “rehabilitación” en centro especializado que supondría el 47,72%. Otra: internamiento en Centro especializado.

Después, se encuentran en igual porcentaje, dos respuestas bastante distintas, son un 31,81% la que supone trabajo protegido o centro especial de empleo, y la que integraría en OTROS la idea de necesidades de convivencia: afectivas, sexuales, de integración, apoyo psicológico, etc. En ambas respuestas es como si las familias hicieran algún tipo de concesión a sus hijos; es bueno que tengan un trabajo especial, puesto que otro consideran que no lo van a poder encontrar. En cuanto a la respuesta OTROS, sin mucha convicción, aceptan que sus hijos tengan ese tipo de necesidades, aunque no les parezcan prioritarias.

Las tres respuestas siguientes tienen el denominador común de las ayudas especializadas para casos concretos: asistencia médica el 27,27%, aparatos ortopédicos el 27,27% y silla de ruedas el 18,18%, que en determinadas ocasiones son necesarias y de difícil consecución.

A la pregunta sobre trabajo normal, un 11,36% consideran que sería preferible y posible el que encontrarán un trabajo así, aunque vean difícil conseguirlo.

En cuanto a la vivienda adaptada y sin barreras arquitectónicas, el 13,63%, viven como necesidad este hecho, porque sus hijos, con problemas físicos no pueden estar durante mucho tiempo en sus viviendas, y cuando lo hacen en vacaciones quedan condicionados a su falta de movilidad y al esfuerzo de sus familias.

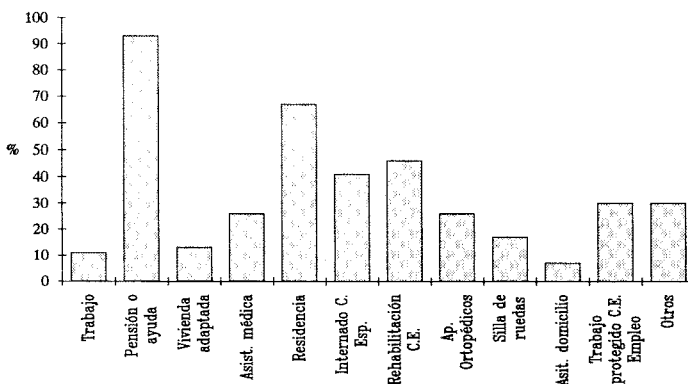
En último lugar quedaría la respuesta de asistencia a domicilio con el 6,81%, que puede ser significativo si se entiende en el sentido de que dicha asistencia implica no estar residenciado, por lo que, al no garantizarle tam-

poco muchas prestaciones con los programas de ayuda a domicilio, (que por otro lado tampoco funcionaron siempre, ni en los sitios donde más se podía dar esa necesidad), no les parece que pueda ser una solución todavía muy adecuada, por lo que no lo viven como necesidad.

Tabla de datos sobre necesidades más importantes que tienen.

I. Necesidades	Porcentaje
- Trabajo	11,36%
- Pensión o ayuda económica	93,18%
- Vivienda adaptada	13,63%
- Asistencia médica	27,27%
- Residencia	68,18%
- Internado en centro especializado	40,9%
- Rehabilitación en centro especializado	47,42%
- Aparatos ortopédicos	27,27%
- Silla de ruedas	18,18%
- Asistencia a domicilio	6,81%
- Trabajo protegido C.E. de empleo	31,81%
- Otro (apoyo psicológico, relaciones sexuales, afectivas y de integración)	31,81%

Necesidades más importantes que tienen



G) Principales problemas futuros para las familias.

El futuro del deficiente adulto es una incertidumbre para sus padres, tal, que puede llevarles a la obsesión. Y no sin razón; estos adultos no entraron en la era de la estimulación precoz, aprendizaje especializado, etc., pero sí (y aparece una cruel paradoja) en la era de una mayor esperanza de vida. Irán cumpliendo años sin sentido, en un viaje surrealista hacia una, cada vez, mayor minusvalía. Su indefensión, para los padres, está garantizada cuando ellos mueran. No resulta nada raro, por lo tanto el 100% de preocupación para el abandono en el que intuyen a sus hijos.

Aquí habría que destacar que las familias enviaron a sus hijos muy lejos, a muchos kilómetros, y la relación se reduce a las vacaciones, con lo cual, y siendo cierto que les preocupa el “quien se va a encargar de sus hijos cuando ellos falten”, no lo es menos que preferirían que hubiera organismos protectores del deficiente; bien puramente económicos para obtener más independencia, o bien de tipo institucional de acogida al deficiente adulto.

Las respuestas a las preguntas relacionadas con la imposibilidad del deficiente para integrarse en el mundo escolar, laboral y social, así como las que suponen imposibilidad de alcanzar una autonomía personal y vida independiente, parecen constituir para los padres una categoría de menor impor-

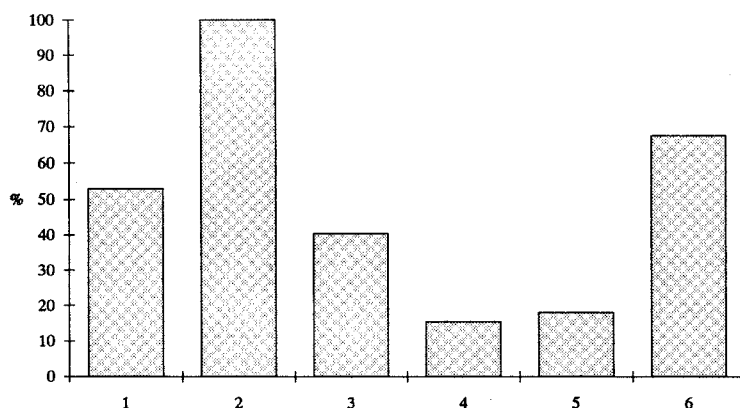
Tabla de datos sobre los principales problemas futuros para las familias.

Problemas futuros	Porcentaje
1. Que no existan instituciones para los deficientes adultos	52,00%
2. Que no tengan quien se haga cargo de ellos cuando falta la familia	100,00%
3. Que no tengan trabajo y forma de subsistencia	40,90%
4. Que no puedan realizarse afectiva y sexualmente	15,9%
5. Que no haya una política de integración laboral y social para que puedan convivir realmente con la sociedad	18,00%
6. Que no exista una protección, ayuda o subsidio económico suficiente para que puedan vivir de forma mas independiente	68,00%

tancia. Incluso llegan a preferir el Centro Especializado en el que se encuentran a una posible integración más cercana a ellos. Y también merece destacarse el bajo porcentaje alcanzado por las respuestas que significan obstáculos para que el deficiente se pueda realizar afectiva y sexualmente.

Son más bien temas tabúes, cuesta mucho que se hable de ellos, y cuando se hace es de forma autorreferencial. En el caso de los más integrados lo que les preocupa es que no puedan casarse, porque “¿quién se iba a casar con él o con ella?, ¿verdad usted?”, pero prefieren no plantearse el tema; les causa angustia, temor... culpa. A un nivel más superficial y conocido, también les puede preocupar el posible embarazo de las hijas, pero no por ello se les ocurre poner medios para que sus hijos puedan vivir una sexualidad lo más normalizada posible, parecida a la de cualquier persona.

Problemas de cara al futuro



CONCLUSIONES.

Ya, en cada uno de los apartados que componen el estudio, se van estableciendo las conclusiones concretas (“operativas”) que nacen de aquél y se aplican en el trabajo práctico que lo sustenta. Pero además, ahora, se pueden establecer otras conclusiones más generales, como reflexión-corolario del trabajo que nos ha preocupado.

a) La mejor y más exacta herramienta de trabajo para grupos concretos, no demasiado numerosos, es la del conocimiento cercano y exhaustivo de cada persona que lo compone, y naturalmente, de su “átomo socio-familiar”.

b) Sistematizando ese conocimiento en datos, se consigue un informe social-tipo para cada persona, que puede ser recogido en un expediente individual. Pueden verse además las causas y efectos en cuanto a necesidades parciales, y la comprobación de la validez de los recursos aplicados a esas necesidades.

c) En base a ese conocimiento sistematizado se podrán programar futuras actuaciones para el grupo concreto, objeto del estudio y/o extrapolar otras para otros colectivos de otros lugares.

d) El proceso de elaboración de un estudio es en sí dinámico si se está realizando sobre una población viva. (En etapas intermedias del estudio, se pudieron cambiar situaciones de algunos de los internados, al conocer mucho mejor que antes sus circunstancias).

BIBLIOGRAFÍA.

- CONDE MEGIAS, R.- *Proceso metodológico de trabajo social*. Granada, 1984.
- ALVIRA MARTIN, Francisco. *Tratado de Sociología. Salustiano del Campo Ed., La investigación sociológica*. Taurus Ediciones, 1984. Pág. 57 a 90.
- SIERRA BRAVO, R. *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*. Madrid. Ed. Paraninfo.
- TORTOSA, J. M. "Investigación para el bienestar, investigación para el desarrollo" *R.T.S*, nº 79. Barcelona, 1980.
- PALLARES MOLINS. *Modelo de trabajo-mejora tu modo de estudiar*. Bilbao, Editorial Mensajero, 1984.
- ANDER-EGG, Ezequiel. *Introducción a las técnicas de investigación social*. Ed. Humanitas 6ª ed.
- *La SOCIOLOGIA en el plantamiento de servicios sociales*. Curso del Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Sociología con la Dirección General de Acción Social. 1983.