

El Educador Social: pieza clave en los recursos de salud mental

Marcos García Vidal, José María Sola Reche, Salvador Peiro i Gregòri. *Alicante*

Resumen:

La existencia de personas con diversidad funcional, que presentan dificultades para desenvolverse con normalidad en el contexto sociocultural en el que viven, pone a prueba el nivel de responsabilidad y madurez de una sociedad moderna. El presente trabajo pretende poner en valor la Educación Social y a la figura del Educador Social como profesional clave en los recursos de salud mental y para las personas que padecen alguna enfermedad mental crónica. Para ello se realizó el análisis de un taller elegido al azar en un CEEM (Centro Específico para personas con Enfermedad Mental crónica) en la Comunidad Valenciana. Dicho análisis se llevó a cabo con una doble pretensión: primera, estudiar en detalle sus características (tanto positivas como negativas) a fin de lograr una visión completa del mismo; segunda, utilizar los resultados como punto de partida para realizar una serie de propuestas de mejora y revalorizar, al mismo tiempo, la figura del Educador Social. La técnica empleada fue realizar un DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) 1x4 de las actividades llevadas a cabo en el taller de educación física. Entre las conclusiones obtenidas destaca el papel que los Educadores Sociales pueden y deben jugar no sólo en la programación y puesta en práctica de este tipo de talleres, sino en la reinserción social de los enfermos mentales como ciudadanos con plenos derechos.

Palabras clave: Educación Social, Intervención socioeducativa, salud mental

Abstract:

The existence of people with disabilities, who have difficulty functioning normally within the sociocultural context in which they live, tests the level of responsibility and maturity of a modern society. This paper aims to give value both to Social Education and the Social Educator figure as a key professional for the mental health resources and the people suffering from chronic mental illness. In order to develop this analysis a workshop was chosen at random in a CEEM (Specific Center for people with chronic Mental Illness) in Valencia, where it was performed. This study was conducted with a double aim: first, to study in detail their characteristics (both positive and negative) to achieve a whole view of the matter; second, to use the results as a starting point for a series of proposals to improve and enhance, at the same time, the figure of the Social Educator. The technique used was to conduct a SWOT (Weaknesses, Threats, Strengths and Opportunities) 1x4 of the activities carried out in the workshop of PE. Among the conclusions, it should be highlights the role that social workers can and should play, not only in planning and implementing workshops, but in the social reintegration of mentally handicapped people as citizens with full rights.

Keywords: Social Education, socio-educational intervention, mental health

1. Introducción

La existencia de sujetos con distintos tipos y niveles de discapacidad, que presentan dificultades para desenvolverse con normalidad en el contexto sociocultural en el que viven, pone a prueba el nivel de responsabilidad y madurez de una sociedad moderna (Duk y Loren, 2010). De hecho, uno de los

indicadores que mejor definen el grado de civilización alcanzado por una sociedad concreta es la capacidad, conforme a la declaración de los Derechos Humanos (Pillay, 2012), para integrar a personas de diferentes características, facilitándoles todas las opciones en condiciones de equidad para alcanzar un desarrollo integral (Jiménez Romera, 2007).

En España no fue hasta finales del siglo XX cuando se planteó el ambicioso objetivo de reintegrar a las personas con enfermedad mental en la sociedad, a fin de normalizar, en la medida de lo posible, su situación, y darles una vida más digna. Consecuencia directa de esta decisión fue el desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos tal como eran conocidos hasta entonces (AEN, 2005). En el ámbito de la Comunidad Valenciana, nuevas instituciones como los CRIS, (Centros de Rehabilitación e Inserción Social), como el de Valencia (Velluters, 2016) y CEEM, (Centros Específicos para Personas con Enfermedad Mental Crónica) (Generalitat Valenciana, 2016) han abierto sus puertas en su lugar.

El CEEM es un recurso de tipo residencial perteneciente al área de diversidad funcional, que se enmarca en la Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas de la Generalitat Valenciana. Este recurso es comunitario, abierto y flexible, y se halla destinado a personas con enfermedades mentales crónicas que no requieren hospitalización. Presta un servicio de alojamiento y rehabilitación, enfocando su actuación hacia la mejora de la autonomía personal y social, y apoyando su normalización e integración comunitaria. Sus beneficiarios son personas adultas afectadas por enfermedades mentales crónicas con déficits o discapacidades en su funcionamiento psicosocial que les impiden o dificultan cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte. Los CEEM están ubicados en áreas urbanas o muy próximas a ellas, de fácil acceso y contacto tanto con la comunidad como con los recursos existentes en la misma, como los centros de rehabilitación e integración social y laboral, y los servicios de salud mental. Su número de plazas oscila entre un mínimo de 20 y un máximo de 40.

Entre las prestaciones que ofrecen los CEEM destacan: a) asistencia integral; b) alojamiento y manutención; c) programas individualizados de rehabilitación (PIR); d) actividades educativas y culturales, de convivencia, cooperación y autoayuda, que favorezcan el establecimiento de relaciones de convivencia dentro de un entorno sustitutivo del núcleo familiar.; e) tratamiento especializado llevado a cabo por personal cualificado; f) apoyo psicosocial y potenciación de las relaciones con la familia de origen; g) promoción de la salud consistente en asistencia básica sanitaria y vigilancia médica en patologías leves. Potenciación de estilos de vida saludables; h) Orientación y apoyo a las familias.

Se trata, pues, de una acción sistemática y fundamentada de soporte, mediación y transferencia que favorece específicamente el desarrollo de la sociabilidad del sujeto a lo largo de todo el ciclo vital, (Quintana Cabanas, 1991; Delors, 1996; Pérez Serrano, 2002), en diferentes circunstancias y contextos, promoviendo la autonomía, integración, participación crítica, constructiva y transformadora del marco sociocultural que le envuelve.

Dentro de las características institucionales del CEEM, es fundamental resaltar, llegados a este punto, el factor humano. Los educadores de estos centros son los primordiales artífices del bienestar de los internos. Con su trabajo contribuyen al desarrollo de los mismos en múltiples frentes: lograr la armonía, la integración, el equilibrio y la formación de la persona en todos los ámbitos. Desde una perspectiva global, la Educación Social tiene como finalidades: a) Lograr la madurez social; b) Promover las relaciones humanas y, c) Preparar al individuo para vivir en sociedad (Pérez Serrano, 2005). Esto es particularmente importante en el caso de este colectivo, cuyo sentido social y relacional suele hallarse muy afectado.

La figura del Educador Social es clave, tanto por sus inquietudes como por sus competencias, en este tipo de recursos (Asedes, 2007; Sánchez Alber, 2013), ya planteemos un enfoque intersectorial o interprofesional (OMS, 2004, 56ss). De lo que se trata, en definitiva, es de entender a las personas con las que se trabaja, no como individuos “que no valen para...”, sino como personas que sufren una determinada enfermedad, y a las que, no por eso se las puede desposeer de sus vidas. Y es que, desgraciadamente, como señala Pérez Serrano (1999), el mundo actual valora a la gente por lo que

vale, y vale tanto como pueda hacer. No valora a la persona por lo que es, reduciendo y devaluando al ser humano. Un verdadero educador, educa primero con lo que es, después con lo que hace, y sólo en último lugar con lo que dice. De la misma manera, lo importante en este tipo de recursos, (Sáez Carreras, 2002) es contar, en primer lugar, con las personas, tanto el interno como el educador; y, sólo en segundo lugar, movilizar o crear todos los recursos socioculturales necesarios para su integración.

2. Método

2.1. Población

Para la realización de este estudio se eligió, al azar, el CEEM ubicado en la localidad de Benidorm (Alicante). En la actualidad este centro cuenta con los siguientes profesionales:

- **Equipo técnico:** Compuesto por el director, una psicóloga, una trabajadora social y una terapeuta ocupacional, junto con el coordinador de educadores. Su función principal es la toma de aquellas decisiones necesarias tanto para el buen funcionamiento del centro como para el bienestar de los residentes.
- **Educadores:** Se trata de un equipo formado por doce educadores, de los cuales uno asume las funciones de coordinador. Su cometido son las tareas educativas a todos los niveles, así como labores de asistencia y apoyo en actividades de la vida diaria. Como requisito mínimo para acceder al puesto, hay que estar en posesión de la titulación de Bachiller o bien de módulo de Grado Superior en cualquier área.
- **Equipo médico:** Compuesto por un médico y un equipo de enfermeros. Su misión es velar por la salud de los internos, encargarse de que toman la medicación que necesitan y, en su caso, decidir los ingresos hospitalarios pertinentes.
- **Administrativo:** Se encarga de gestionar los recursos económicos de los internos de modo que les permitan cubrir sus necesidades.
- **Servicios auxiliares:** cinco celadores, dos cocineros y dos limpiadores se encargan del mantenimiento de las instalaciones.

2.2. Temporalización.

El estudio fue realizado entre 2012 y 2013 mediante la técnica DAFO 1 x 4.

2.3. Procedimiento.

Mediante el presente estudio pretendemos demostrar la importancia del papel del Educador Social en este tipo de centros. Para ello, analizaremos el modelo de un taller específico, dentro de los muchos que se realizan diariamente dentro del área educativa. El objetivo es, en primer lugar, estudiar en detalle sus características más relevantes a fin de lograr una visión completa del mismo. En segundo lugar, se pretende que este análisis sirva de punto de partida de cara a realizar una serie de propuestas de mejora, al tiempo que se pone en valor el papel del Educador Social a lo largo del proceso.

El procedimiento seguido fue, para empezar, seleccionar uno de los talleres: el de educación física. A continuación se desglosaron las actividades que se llevan a cabo en dicho taller. Finalmente, se crearon cuatro áreas consecutivas de trabajo:

- a) **Identificación:** Poner de manifiesto el objeto de estudio y su justificación.
- b) **Análisis:** Estudio de las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades del taller objeto de estudio.
- c) **Propuesta de mejora:** Respecto a los resultados obtenidos.
- d) **Síntesis:** Pequeña reflexión final.

3. Análisis 1x4

a) Identificación

En el Plan de Centro al cual pudimos acceder se planteaba la justificación del taller de educación física en los siguientes términos:

Las personas con una enfermedad mental son, por las propias características derivadas de su enfermedad, personas difíciles de motivar y someter a rutinas de ejercicio. Esto hace del juego una herramienta extraordinariamente poderosa para que, sin darse cuenta, realicen un ejercicio físico (correr, brincar, agacharse), que sería muy penoso para ellos realizar de un modo frío y sistematizado. El juego tiene, asimismo, la ventaja de que implica a los responsables de su ejecución como iguales, aumentando la integración y la motivación del grupo en su conjunto, tanto educadores, como educandos.

Por eso, este proyecto deberá tener como prioridad el aspecto lúdico a la hora de proponer la actividad física. Si nos divertimos –también está demostrado- aprendemos mejor, y recordamos mejor lo aprendido. Si lo pasamos bien, nos quedan ganas de repetir una actividad. Por el contrario, si asociamos dicha actividad, en este caso el ejercicio físico, a esfuerzo y aburrimiento, será muy difícil que consigamos convertir de ello un hábito.

La propuesta es la de realizar diferentes actividades fuera del centro, utilizando recursos comunitarios como parques públicos, aulas-taller en centros sociales, instalaciones deportivas, etc. Se conseguirá así el doble objetivo de que las personas adscritas al taller hagan uso de unos espacios a los que, como ciudadanos tienen legítimo derecho, y, por otro lado, se normalizará su presencia en la calle, de modo que a las personas alejadas de la realidad de la enfermedad mental deje de resultarles chocante, e incluso amenazadora, su presencia.

El taller contiene las siguientes actividades:

- ✓ Tablas de gimnasia
- ✓ Senderismo
- ✓ Juegos deportivos en el exterior
- ✓ Juegos deportivos en el interior
- ✓ Juegos deportivos en la playa
- ✓ Petanca
- ✓ Fútbol
- ✓ Ejercicios de pases con balón

b) *Análisis*

D (Debilidades)

- Existe una incoherencia manifiesta entre la justificación del proyecto y las actividades propuestas. Así, mientras en la justificación del proyecto se apuesta por el aspecto lúdico de las actividades deportivas, entre las actividades propuestas aparecen algunas muy monótonas, como las tablas de gimnasia o los ejercicios de pases con balón.
- Las actividades están planteadas de un modo demasiado genérico, sin especificar sus contenidos. Y, en realidad, los cuatro últimos podrían quedar englobados dentro de los cuatro primeros.

A (Amenazas)

- El principal problema de las actividades, es que se hallan planteadas de un modo demasiado amplio y poco estructurado. Esto genera, a su vez, toda una serie de dificultades añadidas:
- Fernández-Abascal. E.G., et al. (2003) señalan que trabajar formando y educando a otras personas es considerado una profesión de riesgo para padecer diversos problemas de salud mental, enfermedades físicas o síntomas conductuales. El esfuerzo emocional que supone formar puede desembocar en una situación de desgaste, estrés y malestar muy intenso. Esta idea enlaza con el hecho observado de que existe una manifiesta ausencia de motivación y desvalorización de toda la dinámica por parte de los educadores encargados de su puesta en práctica.
- Existe, igualmente, una pobre motivación por parte de los residentes para el desarrollo de la actividad.

En el caso de los residentes, esta desmotivación podría deberse, no obstante, a alguno de los siguientes aspectos:

- 1) Muchos residentes presentan problemas derivados de los efectos secundarios de su medicación, que les dificultan o impiden la realización de las actividades, algo que no es generalmente tenido en cuenta.
- 2) Las actividades no se hallan estructuradas en torno a grados de dificultad física o cognitiva, ni los residentes distribuidos en grupos homogéneos a este respecto.
- 3) En relación al tamaño de los espacios donde se realizan las actividades, no se hallan delimitados de antemano, lo que conlleva el riesgo de que espacios excesivamente grandes causen alienación y produzcan una inhibición de la actividad (Lee, 1981).
- 4) Al no estar desarrolladas las actividades de modo concreto ni existir alternativas, cabe la posibilidad de que muchas de las actividades previstas en el exterior no puedan llevarse a cabo por cuestiones meteorológicas o de no disponibilidad de los espacios públicos previstos.

F (Fortalezas)

- Con el simple planteamiento de actividades físicas grupales, ya se está potenciando la creación de lazos solidarios dentro del grupo. La educación personal del ocio defiende el desarrollo de una persona libre e independiente, pero también integrada y solidaria con los demás.
- La implantación de este proyecto entra de lleno en el contenido del artículo 43 de la Constitución española, en lo que se refiere al fomento del deporte. En concreto, el contenido de este artículo especifica que: *los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.*

O (Oportunidades)

- Al poder realizarse muchas de las actividades propuestas fuera del centro, se consiguen dos importantes objetivos: por un lado se promueve la normalización de los residentes, que pueden hacer el mismo uso de los recursos públicos que otros ciudadanos, y por el otro, se lucha contra el prejuicio existente frente a la enfermedad mental. Y es que, recordando a Quicios (2006), los prejuicios no son comportamientos innatos ni naturales en el ser humano, más bien son el resultado de un aprendizaje social.
- Las actividades grupales son siempre una oportunidad para conocerse mejor, fomentar lazos solidarios y afectivos,
- El juego, con su aspecto lúdico y de diversión proporciona una especie de oasis para los residentes que les permite distanciarse, siquiera por unos momentos, de las preocupaciones de la vida diaria.
- Existe la oportunidad de realizar actividades muy diferentes, con lo que se evita la monotonía que puede existir en otro tipo de actividades más regladas.

c) Propuestas de mejora

- Las actividades deberían estar, en primer lugar, organizadas en bloques: por ejemplo, actividades de interior y exterior. Asimismo, dentro de cada bloque, deberían estar nuevamente organizadas en categorías como: juegos, actividades deportivas. A su vez, las categorías podrían organizarse de diversas maneras, por ejemplo: juegos con pelota, juegos cooperativos, juegos de presentación, etc.
- Deberían crearse unidades didácticas de cada sesión, especificando el número de residentes, el grupo al que pertenecen, los educadores necesarios, la metodología a aplicar, el tiempo necesario para cada actividad, propuestas alternativas y método de evaluación.
- También sería conveniente, dentro de cada unidad didáctica, crear diferentes variantes de una misma actividad con diferentes niveles de exigencia para poder adaptarlas a todos los residentes.
- Las actividades propuestas deberían ser originales y lúdicas, saliéndose de las consabidas tablas de ejercicios físicos. Se trataría de sorprender a los residentes con un concepto nuevo y positivo

de actividad física para motivarles y que cambien la idea negativa que suelen tener hacia la actividad física.

d) *Síntesis*

Uno de los argumentos de base citados como fundamentación del proyecto es el uso del juego, del elemento lúdico, como clave para potenciar el gusto por la actividad física. Sin embargo, esto no queda suficientemente reflejado en el listado de actividades propuestas. Adolecen estas de ser demasiado generales y ambiguas, de modo que su desarrollo queda finalmente determinado por el planteamiento personal que cada uno de los educadores haga del proyecto.

Por otro lado, se hace hincapié en la importancia de la realización de actividades lúdico-deportivas en el exterior del centro, preferentemente en espacios de uso común, pero no se especifican cuáles son estos espacios, dónde están ni cuál es su disponibilidad.

Igualmente importante es el aspecto de la motivación, o, mejor dicho en este caso, de la ausencia de ella, tanto por parte de residentes como de educadores, para llevar a buen puerto el proyecto. Resulta fundamental averiguar las causas de la desmotivación de unos y otros para involucrarlos en su buen desarrollo.

Por último, resulta imprescindible reorganizar las actividades de un modo coherente y específico, temporalizarlas, generar objetivos específicos para cada actividad, ubicarlas espacialmente y determinar los recursos materiales y humanos necesarios para la puesta en práctica de cada actividad, así como su evaluación.

4. Conclusión

A lo largo de estas páginas se ha pretendido un acercamiento a la realidad en los centros específicos para personas con enfermedad mental crónica, tanto en cuanto a la práctica de actividades, como a la puesta en valor en estos centros de la figura de los educadores sociales.

En este tipo de centros, los Educadores Sociales pueden jugar un papel fundamental, cubriendo un hueco muy específico que difícilmente podría ser llenado por ningún otro colectivo profesional. Trabajando en estrecha coordinación con otros profesionales, como psicólogos, médicos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, los educadores tienen el doble reto de, por un lado, trabajar día a día con el resto de profesionales en su rehabilitación social y, por otro, y no menos importante, concienciar a la sociedad de que es preciso un cambio de mentalidad respecto a las personas con algún tipo de patología mental. Es más, traspasando la propia actividad lúdica, el Educador Social es una pieza fundamental en la generación de climas educativos positivos, poniendo en práctica estrategias como:

- a) *Cooperación*: aprender a trabajar juntos, a confiar, a ayudar y a compartir con los demás.
- b) *Comunicación*: aprender a observar cuidadosamente, a comunicarse con precisión y a escuchar sensiblemente.
- c) *Aprecio a la diversidad*: aprender a respetar y a apreciar las diferencias entre las personas y entender el prejuicio y como este funciona.
- d) *Expresión positiva de las emociones*: aprender a expresar los propios sentimientos, especialmente la ira-enfado y la frustración, encauzándolos en formas no agresivas ni destructivas. De este modo aprenden autocontrol.

Del mismo modo, uno de los aspectos centrales del trabajo de los Educadores Sociales es la programación y puesta en práctica de talleres que permitan desarrollar todo el potencial de estas personas en diferentes áreas, ofreciéndoles la oportunidad de una rehabilitación lo más integral posible. Así, a los talleres que buscan el desarrollo de las destrezas como la psicomotricidad o las manualidades, se unen otros que potencian el desarrollo cognitivo de estas personas, en muchos casos deteriorado por la propia enfermedad y, frecuentemente, el abandono. Gracias a la puesta en práctica de estas actividades, cada vez hay más personas que son capaces de abandonar –aunque sea por unas



horas al día- el centro donde se hallan internos para unirse a otros ciudadanos en gimnasios, bibliotecas, e incluso Institutos de Enseñanza Secundaria, donde muchos tienen la oportunidad de retomar la educación que tuvieron que abandonar en su día.

No menos importante es la misión de los Educadores Sociales de concienciar a la sociedad de la importancia de que estas personas puedan retomar sus vidas, promoviendo la asistencia a actividades culturales y de ocio que enriquezcan las vidas de ese colectivo y les permitan romper la barrera de prejuicios y rechazo que sigue firmemente instaurada contra ellos. En este sentido, como ya se ha señalado con anterioridad, los educadores sociales cumplen una función esencial al servir de enlace entre este colectivo y el resto de la sociedad, ayudando a transformar la visión caduca –pero todavía frecuentemente alimentada por los medios de comunicación- de la persona con una enfermedad mental como un ser peligroso que preciso mantener bajo control y alejando del resto de la gente, sin tener en cuenta la vigencia de los derechos humanos (Pillay, 2012).

5. Referencias

- Asociación estatal de educación social. (2007). *Documentos profesionalizadores. Definición de Educación Social. Código Deontológico del educador y la educadora social. Catálogo de Funciones y Competencias del educador y la educadora social*. Barcelona: ASEDES.
- Asociación Nacional de Neuropsiquiatría. (2005). El proceso de desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos. *Revista Asociación Especializada de Neuropsiquiatría*, 93.
- Delors, J. (1996). *La educación encierra un tesoro. Informe UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI*. Madrid: Santillana.
- Duk, C., y Loren, C. (2010). Flexibilización del currículum para atender la diversidad. *Revista latinoamericana de educación inclusiva*, 4(1), 187-210.
- Fernández-Abascal E. G. et al., (2003). *Emoción y motivación (vol. 1): la adaptación humana*. Madrid: Editorial de Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.
- Generalitat Valenciana. Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas (2016). *CEEM (Centros específicos para personas con enfermedad mental crónica)*. <http://www.inclusio.gva.es/web/discapitados/ceem-centros-especificos-para-personas-con-enfermedad-mental-cronica-907>
- Jiménez Romera, C. (2007). *Calidad de vida*. <http://habitat.aq.upm.es/temas/a-calidad-de-vida.html>
- Kriekemans, A. (1969). *Pedagogía General*. Herder: Barcelona.
- Lee, T.R (1981). *Psicología y medio ambiente*. Barcelona: CEAC
- OMS, 2004. *Promoción de la salud mental. Informe Compendiado*. http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Pérez Serrano, G. (1999) *Coord. Exclusión e integración social*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Pérez Serrano, G. (2002). Origen y evolución de la Pedagogía Social. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 9, 193-231.
- Pérez Serrano, G. (2005). Presentación. *Revista de Educación*, 336, 7-18,
- Pillay, N. (2012). *Indicadores de los derechos Humanos*. Nueva York y Ginebra, ONU. http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Human_rights_indicators_sp.pdf
- Quicios García, M.P. (2006). Multiculturalidad e interculturalidad. En E. López-Barajas Zayas (Coord.) *Estrategias de formación en el siglo XXI: life long learning*. Madrid: Ariel.
- Quintana Cabanas, J.M. (1991). *Pedagogía comunitaria, perspectivas mundiales de educación de adultos*. Madrid: Narcea.
- Sáez Carreras, Juan. (2002). Entrevista a la profesora Gloria Pérez Serrano. Catedrática de Pedagogía Social. UNED-Madrid. *Pedagogía Social. Revista interuniversitaria*, 9, 379-388.
- Sánchez Alber, C. 2013 La figura del Educador Social en el campo de la Salud Mental Comunitaria: el amor por la pregunta y la construcción del caso en red. *Norte de salud mental*, 2013, 11(45), 33-39
- Santamaría, J. S., y Pardo, F. J. R. (2015). *La educación social como acción transformadora: reflexiones y experiencias desde distintos ámbitos de intervención profesional*. Universidad de Castilla-la Mancha.
- Velluters. (2016). *CRIS. Centro de Rehabilitación e Integración Social- Centro de Día de personas con enfermedad Mental* Velluters. https://www.valencia.es/ayuntamiento/Infocidad_accesible.nsf/vDocumentosWebListado/59486C5C1FCEDED8C1257C140039EABE?OpenDocument&bdOrigen=&idapoyo=&nivel=11&lang=1

