

Revista galega de
TRABALLO SOCIAL

fervenzas—22—



Revista galega de
TRABALLO SOCIAL

fervenzas—22—



Xunta de Goberno	Presidenta, Miriam Rodríguez Sierra Vicepresidenta, Antía Sobrino Bernaldo De Quirós Secretario, Antonio Doval Canabal Tesoureira, Estela Rosende Villar Vogal, Ana María Rodríguez Vogal, Ana María Vilar Varela Vogal, Isabel Fernández Lema Vogal, Silvia Sanjurjo Constenla Vogal, Maira Vilar Pumares Vogal, María Pilar Lema Rey
Responsable da edición	Miriam Rodríguez Sierra
Coordinadora da edición	Ana Mª Fungueiriño Carneiro
Mesa de redacción	Mª Elena Puñal Romaris, Mª Xosé Vázquez Vázquez, Ana Mª Rodríguez González, Begoña Sánchez Roura, Francisco Xabier Aguiar Fernández Juan José Labora González Gabriela Miño Martos
Edita	
Rúa Dublín, 6, baixo, porta 3 15707 Santiago de Compostela Teléfono: 981 56 81 00 Fax: 981 94 18 98 E-mail: fervenzas@traballosocial.gal	Colexio Oficial de Traballo Social de Galicia
Data da Publicación:	Marzo 2020
Imprime	Sacauntos Cooperativa Gráfica
ISSN	1698-5087
ISSN electrónico	2254-7657
Dep. Legal	C-1.884/97

Fervenzas non se responsabiliza das opinións expresadas das/dos autoras/es, nin se identifica necesariamente cos contidos dos textos publicados.

LIMIAR	Páx.	7
1. Imaxinario das traballadoras sociais do Concello de Santiago de Compostela. Unha análise cualitativa dende a perspectiva de xénero <i>Antia Eijo Mejuto</i>	Páx.	11
2. Criterios de risco sociosanitario asociados á claudicación familiar e/ ou angustia ante a alta hospitalaria na unidade de coidados paliativos do Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña (C.H.U.A.C.). <i>Maira Vilar Pumares, Miriam Rodriguez Sierra, Luisa Andaluz Corujo e Juan Sanmartin Moreira</i>	Páx.	39
3. Protocolo de intervención social no servizo de urxencias no Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña (C.H.U.A.C.). <i>Miriam Rodriguez Sierra, Maira Vilar Pumares, Luz Campello García, Ana Mosquera Vázquez e Cristina García Gay</i>	Páx.	55
4. A atención socioeducativa a menores infractores, dúas realidades lonxanas con perfís cercanos: Brasil e España <i>Rafael Arredondo Quijada e Raquel Coelho de Freitas</i>	Páx.	69
5. Achegas sobre o colectivo de Persoas Xordas para una intervención sociocultural en Traballo Social. <i>Leticia González Mosquera</i>	Páx.	83
6. Estudo da evolución da xestión de préstamo de material ortoprotésico no centro de saúde de Cambre 2016-2018 (EOXI A Coruña). <i>Cristina Pereiro Francisco</i>	Páx.	103
7. A problemática social dos cidadáns cunha enfermidade mental na provincia de Ourense. <i>Luis Rodríguez Carmona</i>	Páx.	131

8. Traballo Social e Discapacidade: A educación e a formación como motor da inclusión sociolaboral das persoas con Síndrome de Down. <i>Joel Gómez Coego</i>	Páx.	151
--	-------------	------------

PREMIOS DIA MUNDIAL DO TRABALLO SOCIAL 2019

Modalidade Boa Práctica:

• CoidarNos: Programa de apoio a persoas coidadoras de familiares en situación de dependencia <i>Ana Anta Fernández e Yolanda Neira Cristobo</i>	Páx.	169
--	-------------	------------

Modalidade TFG:

• É o servizo de axuda no fogar un servizo de limpeza encuberto? <i>Javier Bendaña Piñeiro</i>	Páx.	187
--	-------------	------------

EN REDE

Asociación Vínculos Na Infancia Galicia. <i>Alba Covelo Riveiro. Andrea Rodríguez Naveira. Gabriela Miño Martos.</i>	Páx.	215
--	-------------	------------

AFOUTA S. COOP. GALEGA.

<i>Sonia Fernández Bertolez</i>	Páx.	219
---------------------------------	-------------	------------

ENTREVISTA

Concepción Rancaño Osorio. Presidenta do COTSG de Galicia entre os anos 1997-2001, con motivo da conmemoración dos 20 anos do MATIASS. <i>Ignacio Iglesias Vilar</i>	Páx.	225
--	-------------	------------

RECENSIÓN DE PUBLICACIÓNS

Traballo Social y Servicios Sociales. Conocimiento y Ética. <i>Xoán Lombardero</i>	Páx.	231
--	-------------	------------

FICHA DE INVESTIGACIÓN SOCIAL

Perfiles de calidad de vida de las personas mayores dependientes usuarias de centros de día. <i>Luz Magaña Terrón</i>	Páx.	235
---	-------------	------------

NORMAS DE PUBLICACION DE FERVENZAS disponibles en:
<https://traballosocial.gal/publicacions-cots/fervenzas/>

Limiar

Prezados/as compañeiros/as,

A continuación, presentámosvos o número vinte e dous da revista galega do traballo social, *Fervenzas*, no cal se inclúen artigos de diversas áreas de intervención poñendo neste número especial interese na área sociosanitaria e cunha referencia á conmemoración dos 20 anos do MATIASS en recoñecemento ás persoas impulsoras do mesmo.

No artigo *Inmaxinario das traballadoras sociais do Concello de Santiago de Compostela. Unha análise cualitativa dende a perspectiva de xénero*, Antía Eijo Mejuto realiza unha investigación sobre a concepción que teñen as traballadoras do servizo social comunitario sobre o traballo social en relación á bagaxe histórica da nosa profesión e cuestións ligadas á socialización de xénero.

A continuación, Maira Vilar Pumares, Miriam Rodríguez Sierra, Luisa Andaluz Corujo e Juan Sanmartín Moreira en *Criterios de risco sociosanitario asociados á claudicación familiar e/ou angustia ante a alta hospitalaria na unidade de coidados paliativos do Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña (C.H.U.A.C.)* establecen unha interesante relación entre a claudicación familiar e a angustia ante a alta hospitalaria facendo visibles os criterios para unha intervención de proximidade, de apoio e benestar tanto para o doente como para a súa contorna familiar de coidados.

En *Protocolo de intervención social no servizo de urxencias no Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (C.H.U.A.C.)* Miriam Rodríguez Sierra, Maira Vilar Pumares, Luz Campello García, Ana Mosquera Vázquez e Cristina García Gay achégannos ás actuacións que se realizan desde o traballo social en urxencias, con datos sobre o perfil dos usuarios, o aumento da demanda do mesmo e as implicacións que teñen ditas actuacións para o noso perfil profesional.

Seguidamente, Rafael Arredondo Quijada e Raquel Coelho de Freitas en *Atención socioeducativa a menores infractores, dúas realidades lonxanas con perfís cercanos: Brasil e España* preséntanos en clave comparativa un estudo sobre a estrutura dos servizos dirixidos a menores infractores en Brasil e España, indagando sobre as bases do conflito, a violencia e as medidas que se levan a cabo en relación ao benestar e interese do menor.

Leticia González Mosquera en *Achegas sobre o colectivo de Persoas Xordas para unha intervención sociocultural en Traballo Social* reúne experiencias da Asociación de Persoas Xordas de Ourense desde unha perspectiva antropolóxica, centrando o interese en coñecer o sentido de pertenza das persoas integrantes da mesma e prácticas culturais a través do método da entrevista e historias de vida.

Continúa, neste número, un artigo de Cristina Pereiro Francisco titulado *Estudo da evolución da xestión de préstamo de material ortoprotésico no centro de saúde de Cambre 2016-2018 (EOXI A Coruña)* no cal a autora realiza unha análise sobre a demanda de produtos de apoio nun contexto de crecente envellecemento poboacional e a situación máis prolongada de coidados.

En *A problemática social dos cidadáns cunha enfermidade mental na provincia de Ourense*, Luis Rodríguez Carmona realiza un estudo observacional transversal sobre o proceso de inclusión/exclusión polo que atravesan as persoas con enfermidade mental, facendo crítica ao modelo biomédico e a certas políticas que conlevan maior vulnerabilidade para as persoas na devandita situación.

Joel Gómez Coego, no seu artigo *Traballo Social e Discapacidade: A educación e a formación como motor da inclusión sociolaboral das persoas con Síndrome de Down*, achega unha visión das dificultades das persoas con discapacidade e avoga por medidas inclusivas reais que lles permitan a participación plena

Achegamos tamén os traballos premiados no Día Mundial do Traballo Social 2019

Preséntase, por unha banda, o traballo premiado na modalidade de Boa Práctica “Programa CoidarNos” de Ana Anta e Yolanda Neira Cristobo o cal brinda apoio a persoas coidadoras non profesionais e por outra, o traballo premiado na modalidade de TFM, de Javier Bendaña titulado *É o servizo de axuda no fogar un servizo de limpeza encuberto?*

Na sección En Rede damos a coñecer dúas iniciativas de recente creación: a Asociación Vínculos Na Infancia Galicia orientada a brindar apoio a familias con menores en situación de desprotección e Afouta Cooperativa Galega de

Actividades Socioeducativas para o cambio social, empoderamento colectivo e dinamización comunitaria.

Con motivo da conmemoración dos 20 anos do MATIASS, Ignacio Iglesias Vilar realiza unha entrevista a Concepción Rancaño Osorio presidenta do COTSG entre os anos 1997-2001 na que conta como se xestou e implementou o Manual de Traballo, Información e Asesoramento en Servizos Sociais, mais coñecido como MATIASS. Concepción –“Chon”– lémbra-nos aquel momento inicial no que xurde a idea, e se materializa nun programa pioneiro a nivel estatal, así como as persoas que promoveron a iniciativa e a fixeron posible.

E, para concluír, na nosa sección de Comentario de Publicación, incluímos unha recensión realizada por Xoán Lombardero sobre a publicación de María Patrocinio as Heras Pinilla titulada *Traballo Social e Servizos Sociais. Coñecemento e Ética*. E na nosa sección de FICHA DE INVESTIGACIÓN SOCIAL, a realizada por Luz Magaña titulada *Perfiles de calidade de vida de las personas mayores dependientes usuarias de centros de día*.

Aproveitamos a ocasión para mencionar que se modificaron as normas de publicación as cales se atopan dispoñibles na web do COTSG na seguinte url: <https://traballo-social.gal/publicacions-cots/fervenzas/>

A mesa de redacción agradece ás persoas que amosaron o seu interese en participar e facer posible unha nova edición da revista agardando que este número sexa do voso agrado e que sigamos construíndo xuntos un espazo para a investigación social e o empoderamento do noso exercicio profesional.

Un saúdo cordial.

A Mesa de Redacción.

IMAXINARIO DAS TRABALLADORAS SOCIAIS DO CONCELLO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA: UNHA ANÁLISE CUALITATIVA DENDE A PERSPECTIVA DE XÉNERO

Antia Eijo Mejuto

RESUMO

O traballo social nace como unha profesión feminizada froito da profesionalización das actividades de asistencia e coidado asignadas ás mulleres en base á división sexual do traballo. Non obstante, como profesión nacida na cultura de xénero feminina, enfróntase a unha concepción androcéntrica da realidade, o que non só trae consigo a invisibilización da súa dimensión de xénero, senón tamén das consecuencias que desta se derivan.

Fronte a isto, efectuouse unha análise do imaxinario das profesionais do Concello de Santiago de Compostela sobre a profesión do traballo social, con base nunha metodoloxía cualitativa e dende unha perspectiva de xénero. Así, amosouse a influencia desta en determinados aspectos clave para a construción profesional que van dende o nivel máis persoal das profesionais, amosándose a socialización de xénero como un factor condicionante na elección de estudos de traballo social, ata o nivel máis amplo, o status da profesión, onde a desvalorización e invisibilización desta se amosaron como cuestións intimamente ligadas á feminización.

PALABRAS CLAVE

Traballo social, xénero, profesión, imaxinario, servizos sociais comunitarios.

RESUMEN

El trabajo social nace como una profesión femenina, fruto de la profesionalización de las actividades de asistencia y cuidado asignados a las mujeres en base a la división sexual del trabajo. Sin embargo, como profesión nacida en el seno de una cultura de género femenina, se enfrenta a una concepción androcéntrica de la realidad, lo que no solo trae consigo la invisibilización de su dimensión de género, sino también de las consecuencias que de esta se derivan.

Frente a esto, se efectúa un análisis del imaginario de las profesionales del Ayuntamiento de Santiago de Compostela sobre la profesión del trabajo social en base a una metodología cualitativa y desde una perspectiva de género. Así, se muestra una influencia de esta en determinados aspectos clave para la construcción profesional, que van desde el nivel más personal de las profesionales, mostrándose la socialización de género como un factor condicionante en la elección de estudios, hasta el nivel más amplio, el status de la profesión, donde la desvalorización e invisibilización de la misma se mostraron como cuestiones íntimamente ligadas a la feminización.

PALABRAS CLAVE

Traballo social, género, profesión, imaxinario, servicios sociales comunitarios.

ABSTRACT

Social work was born as a female profession, due to the professionalisation of assistance and caring activities traditionally being assigned to women, based on work division by sexes. However, as a profession being born within a female gender culture, social work faces an androcentric conception of reality, which implies not only the invisibility of its gender, but also the consequences that this brings.

On behalf of this, an analysis of the imaginary of Santiago de Compostela Council social workers is done, based on a qualitative methodology and from a gender perspective. Furthermore, an influence of gender in some aspects for professional construction will be shown ranging from the most personal level of the professionals-with gender socialization being a determining factor in the choice of studies- up to the broadest level, the professional sta-

tus, in which its devaluation and invisibility were shown as issues intimately related to femininity.

KEY WORDS

Social work, gender, profession, imaginary, social services.

INTRODUCCIÓN

Se se bota unha ollada á evolución histórica da profesión do traballo social, esta amósase como unha profesión de carácter asistencial e de exercicio feminino. Isto, vese reflectido nos antecedentes desta na acción caritativa, exercida a través de institucións como as damas da caridade ou as fillas da caridade (Moix, 2006) ou na propia orixe da profesión no seo da COS, cuxa acción sería exercida a través de figuras como a das visitadoras amigables (Moix, 1991).

Esta mesma liña asistencial darase no caso español onde se engaden como factores influíntes, xa no século XX, o franquismo e a Guerra Civil, e no que o exercicio das ocupacións benéficas por parte da muller terá unha connotación positiva. Estas eran exercidas, en calquera caso cun carácter graciable e nunca dende unha perspectiva de dereitos (Lacalzada, 2010). Así, non é ata o período da transición cando se comeza a pór en marcha a construción dun sistema público de servizos sociais, onde a superación da tradición benéfica e asistencial xa se formula como obxectivo (Roldán e García, 2006).

A profesión do traballo social non só conta cunha tradición feminina, senón que segundo datos como os reflectidos polo estudo levado a cabo polo Colexio de Traballo Social de Galicia (Capeáns et al., 2016), na actualidade a meirande parte das persoas colexiadas no caso galego seguen a pertencer ao xénero feminino (92.4 % de mulleres, fronte a un 7.6 % de homes).

Xa que logo e, en base ao anteriormente referido, se ben se parte da idea de que toda realidade debe ser analizada e entendida dende unha perspectiva de xénero, no caso da profesión do traballo social, isto considérase de suma importancia, posto que construír un corpo teórico para a profesión dende unha perspectiva androcéntrica implicaría analizar unha realidade feminizada dende uns parámetros masculinos.

A categoría de xénero fórmulase entón como eixe na presente investigación. Esta xorde no seo dos feminismos e evoluciona dende a súa orixe con Beauvoir (1949), na Segunda Ola, ata o afondamento na súa conceptualización coas feministas radicais. Entre elas, cabe destacar a figura de Millet (1970) quen considera as asignacións xenéricas como froito das pautas

transmitidas dende os axentes de socialización, dando lugar, así, ao que se entende como socialización diferencial: a consideración de que nenos e nenas son por natureza diferente e, consecuentemente están chamados a desempeñar papeis diferentes na vida adulta (Varela, 2008).

Ante isto, a perspectiva de xénero pretende favorecer a construción dunha nova configuración social resignificando a historia, a sociedade, a cultura e a política. Neste sentido, a aplicación da perspectiva de xénero nas políticas foi evolucionando dende a igualdade formal, entendida como a ausencia de discriminación, ata a actual estratexia da transversalidade de xénero ou mainstreaming, que pretende a aplicación da perspectiva de xénero en todas as políticas, niveis e etapas (Council of Europe, 1998).

Xa que logo, o traballo social, definido como unha profesión que pretende promover o cambio e o desenvolvemento social, a cohesión e o fortalecemento e liberación das persoas (IFSW e IASSW, 2014), ha de ser entendido dende unha perspectiva de xénero, non só na acción práctica, senón tamén na análise de quen a exerce: as e os axentes da intervención.

A presente investigación fará, entón, un percorrido polo imaxinario das traballadoras sociais do Concello de Santiago de Compostela, a través dunha metodoloxía cualitativa e dende unha perspectiva de xénero.

Partirase, polo tanto, das crenzas, opinións e experiencias das participantes para analizar diversas realidades que inflúen na construción e desenvolvemento da profesión: a escollo de estudos, as percepcións da poboación sobre o traballo social, as demandas e reivindicacións laborais das participantes e os sentimentos destas no desenvolvemento do seu exercicio profesional. Ademais e, como pregunta emerxente no proceso de investigación, analizarase o status da profesión do traballo social.

I. MATERIAL E MÉTODOS

Obxectivo xeral

Analizar o imaxinario das traballadoras sociais dos servizos sociais comunitarios do Concello de Santiago de Compostela sobre a profesión do traballo social dende unha perspectiva de xénero

Obxectivos específicos

- Determinar se a socialización recibida inflúe na elección de estudos de traballo social.

- Explorar como as profesionais senten que se percibe a profesión do traballo social na sociedade.
- Analizar as ideas e sentimentos das propias profesionais sobre o desempeño da súa actividade profesional.
- Describir como se percibe a situación e condicións laborais no ámbito do traballo social e, máis concretamente, nos servizos sociais comunitarios.
- Explorar a percepción das participantes sobre o status da profesión.

Poboación obxecto de estudo

A poboación obxecto de estudo foron as traballadoras sociais dos servizos sociais comunitarios do Concello de Santiago de Compostela, seleccionáronse seis delas por conveniencia, criterios de inclusión eran que fosen maiores de idade, profesionais do traballo social e se atopasen empregadas actualmente nos servizos sociais comunitarios do Concello de Santiago de Compostela; e factores que implicaron a exclusión non contar con dispoñibilidade horaria para a realización das entrevistas no período establecido e non ter unha experiencia superior a un ano no eido do traballo social.

Táboa 1

Criterios de inclusión e exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Maioría de idade Estar en posesión da diplomatura ou grao en Traballo Social Estar empregada na actualidade nos servizos sociais comunitarios de Santiago de Compostela	Non contar con dispoñibilidade horaria no mes de marzo para a realización da entrevista. Experiencia no eido do traballo social inferior a 1 ano.

Como se pode observar na táboa, o feito de que todas as persoas que compoñen o universo poboacional pertencen ao xénero feminino, non obedece a ningún criterio da investigación senón que, pola contra, se atopa relacionado co feito práctico de que non existían, no momento de realizar a investigación traballadores sociais desempeñando a súa

actividade profesional nos servizos sociais comunitarios do Concello de Santiago de Compostela.

Ademais dos datos de xénero anteriormente referidos, para a elaboración do cadro tipolóxico unicamente se recolleron os datos relacionados co grupo de idade ao que pertencen as persoas, froito dunha clasificación previamente elaborada. Deste xeito, non se compilou máis información persoal sobre as profesionais para manter o anonimato destas, dado o pequeno tamaño do universo poboacional. Os grupos de idade elaboráronse tendo en conta as persoas maiores de 18 anos en idade laboral e, dentro deste rango elaborouse unha división en base a grupos quinquenais de idade, conformándose catro grupos:

- a. Persoas de entre 18 e 30 anos de idade
- b. Persoas de 31 a 45 anos de idade
- c. Persoas de entre 46 e 60 anos de idade
- d. Persoas maiores de 60

Táboa 2.

Cadro tipolóxico das poboación obxecto de estudo

PERSOA ENTREVISTADA	GRUPO DE IDADE
E1	46-60 anos
E2	31-45 anos
E3	46-60 anos
E4	46-60 anos
E5	31-45 anos
E6	31-45 anos

Técnica de recollida de datos

A investigación fíxose en base a unha metodoloxía de carácter cualitativo, entendida como aquela que pretende acadar a comprensión e afondar no fenómeno obxecto de estudo, dende o punto de vista das e dos participantes, no seu ambiente e en relación cos aspectos que as rodean (Guerrero, 2016). Neste caso, tomáronse como punto de partida as experiencias, opinións e a percepción subxectiva da realidade das traballadoras sociais dos servizos sociais comunitarios de Santiago de Compostela.

Isto abórdase, non obstante, dende o paradigma crítico, que busca cuestionar as diferentes dominacións sociais (Tójar, 2006) e dende unha perspectiva de xénero, posto que o xénero se formula como a categoría de análise principal, epóñense en cuestión as asignacións realizadas ao xénero feminino e o menor poder deste fronte ao masculino nos contextos patriarcais (Cobo, 1995).

Para a recollida dos datos utilizouse como técnica a entrevista, xa que se considerou o método máis adecuado para a compilación da información relativa ao tema obxecto de estudo, e a persoa entrevistada é a protagonista e buscan xerar un contexto de espontaneidade. Xa que logo, tratouse dunha entrevista semiestruturada, elabórase un guión previo onde se estableceron diferentes temáticas a abordar durante esta. Se ben, estes non se abordaron seguindo unha secuencialidade e fóronse introducindo ao longo da conversación, constituíndose unicamente como puntos de referencia.

Traballo de campo e tratamento dos datos

Para levar a cabo a investigación, o traballo de campo iniciouse no mes de marzo de 2018, no cal se solicitou vía correo electrónico a participación das traballadoras sociais dos servizos sociais comunitarios do Concello de Santiago, entregóuselles, posteriormente, unha petición formal de participación mediante unha carta informativa. Neste mesmo mes, realizáronse as entrevistas, tras acordar coas participantes a data e hora destas, de acordo coa súa dispoñibilidade. Estas, foron gravadas, logo de consentimento, para a súa posterior transcrición, que foi feita de xeito manual, dissociándose a información dos datos identificativos para o posterior tratamento da información. Así, cada unha das entrevistas foi codificada como E seguida dun número.

Xa no mes de abril, procedeuse ao tratamento dos datos a través do programa informático QSR Nvivo 10. Deste xeito, establecéronse as meta-categorías iniciais en función das temáticas principais abordadas nas entrevistas, o que en NVivo se nomeou como Nodos (perspectiva etc). Froito do

tratamento das entrevistas, emerxeu un novo nodo non contemplado inicialmente, que se incorporou aos obxectivos da investigación. A partir destes, establecéronse diferentes subnodos, de acordo coas categorías emerxidas no proceso de análise das entrevistas (perspectiva emic) (Tójar, 2006).

Deste xeito, tomáronse como punto de partida catro nodos principais: socialización diferencial e elección de estudos, o imaxinario da sociedade sobre a profesión do traballo social, a situación laboral e o desempeño da actividade profesional, xurdindo a posteriori o status profesional. A partir destes, e froito do tratamento, xurdiron diferentes subnodos, referidos na táboa que se amosa a continuación.

Táboa 3.

Nodos e subnodos

NODOS	SUBNODOS
Socialización diferencial e elección de estudos	Proceso de elección Axentes de socialización Asignación de roles tradicionais Grao de satisfacción ante a decisión
Imaxinario da sociedade sobre a profesión do traballo social	Asignación do xénero feminino Paternalismo Asistencialismo
Situación laboral	Segregación laboral e teito de cristal Condicións e brecha salarial Sobrecarga e queime profesional Dobre xornada
Desempeño da actividade profesional	Asistencialismo e xestión de recursos Proteccionismo Adaptación ás necesidades Sentimentos na acción profesional

NODO EMERXENTE	SUBNODOS
Status profesional	Invisibilización Subordinación profesional Fortalecemento e reformulación profesional

Aspectos éticos e legais

Cabe destacar que a presente investigación foi realizada de acordo coa normativa vixente de protección de datos, seguindo o Regulamento 2016/679 do Parlamento Europeo e do Consello de 27 de abril de 2016 relativo á protección das persoas físicas no que respecta ao tratamento de datos persoais e á libre circulación destes.

De acordo coas consideracións éticas, todo o procedemento foi levado a cabo tendo en conta as pautas e recomendacións da Declaración de Helsinki da Asociación Médica Mundial (AMM)– Principios éticos para as investigacións médicas en seres humanos (1964) e as establecidas no Informe Belmont (1978), sempre baixo o marco do Código Deontolóxico de Traballo Social (2012).

En base ao referido nos documentos anteriormente citados, os principios éticos sobre os que se asenta a investigación son: autonomía, beneficencia e non maleficencia, a xustiza, o uso responsable dos datos, de acordo co respecto á finalidade, calidade e proporcionalidade destes e, por último, a confidencialidade.

Por último, para a realización desta investigación obtivéronse os consentimentos requiridos. Así, obtívose autorización da xefa da Área de Acción Social do Concello de Santiago de Compostela e o consentimento informado de todas as participantes entrevistadas, anteriormente referido. Do mesmo xeito, como xa se mencionou anteriormente, para o tratamento da información as entrevistas foron codificadas como E e un número, dissociándose dos datos identificadores.

II. RESULTADOS

Socialización diferencial e elección de estudos

Proceso de elección

Parte importante das participantes apelan á aleatoriedade na escolla de estudos de traballo social (E2, E4, E5). Así, traballo social amósase como unha opción secundaria ante outros estudos pertencentes á rama de ciencias da saúde: “Vouche dicir a verdade: estudei traballo social de casualidade. De casualidade, porque realmente ía ir para enfermería” (E5). Resulta salientable que, pese a non ser o traballo social a opción principal, se detectou unha tendencia ao interese por profesións de tradición de coidado e cunha maior representación feminina, como é o caso da enfermería.

Asignación de roles tradicionais

No referido á asignación de roles tradicionais cabe facer referencia á análise por idades, amosándose no caso das participantes de entre 46 e 60 anos unha maior percepción da relación entre a escolla de estudos de traballo social e a asignación de roles tradicionalmente femininos, tanto a elas como á profesión.

Neste sentido, a participante E3 fai referencia a ter percibido a asimilación de características de bondade á súa persoa por parte de axentes externos, observándose a transmisión dende a escola de patróns sexistas (unha muller boa, predisposta ao benestar alleo) que influenciaron o proceso de decisión:

Pois mira, no meu caso: Es que tu... Pues eres así una niña muy buena y te gusta ayudar a la gente y tal, no sé que. Orientoume a miña titora nese momento, de COU. Eu creo que se fose un rapaz, xa non me ía orientar ao Traballo Social (E3).

Ademais, advírtese que os ditos mandatos exerceron como axente homoxeneizador, servíndose de referentes aos que se lle atribuían semellantes características: “Y además hay otra compañera tuya un poco más mayor que también se parece a ti y está de asistente social y le va muy bien” (E3)

Axentes de socialización

Na meirande parte das persoas entrevistadas fábase da existencia dunha influencia de axentes externos no proceso de decisión (E1, E2, E3, E4, E6). Nalgúns casos, faise referencia á orientación académica: “O típico que che conta a túa titora: Mira, pues por tu carácter yo creo que te va bien esto, esto...”¹ (E3) e, aínda que algunhas das participantes manifestan que a orien-

¹ As narrativas son reproducidas de xeito literal, polo que se respectará a lingua escollida pola persoa en todo momento

tación foi contraria á opción escollida, apélase á percepción da existencia dunha expectativa na sociedade e dunha predisposición a nivel persoal de cara á escolla dunha profesión feminizada:

Falamos cunha orientadora que no meu caso me dicía que podía decantarme tanto por unha rama máis científico-técnica que unha rama máis social, pero na miña cabeza, na miña mente estereotipada, non. Non é que me decantara é que o camiño me levou a facer algo... ou Enfermería, Maxisterio, Dereito ou Traballo Social. Non tiñas máis opción, nin a sociedade parecía que te levara a ter outras opcións que non foran esas. (E1)

Neste caso, a percepción dunha influencia non explícita pódese atopar relacionada co currículo oculto, onde a expectativa sentida pola profesional podería tomar forma de diferentes actitudes ou valores transmitidos dende a escola dun xeito implícito.

Por último, outra das institucións clave no proceso é a familia: “Pode ser que me influíra que miña nai sempre foi moi samaritana” (E6). Neste sentido, destácase tamén o papel da relixión como un axente de transmisión de valores que, no caso feminino, serviu para perpetuar os mandatos anteriormente referidos (bondade, predisposición ao benestar alleo): “porque certas cousas telas aí interiorizadas e, claro, eu creo que todo iso si que influíu”. (E4)

Noutros casos, pertencentes ao grupo de idade de 31-45 anos, detéctase a influencia do grupo de iguais no proceso de escolla de estudos (E2) e, pola contra, hai quen considere que esta foi froito dun proceso de decisión persoal, no que non houbo influencia de ningún tipo de elemento externo: “Eu tiña liberdade absoluta na casa para elixir o que eu quixera: queres Enfermería? Pois Enfermería. Queres outra cousa? Non tiña problema ningún” (E5).

Grao de satisfacción ante a elección de Traballo social

En termos xerais as profesionais entrevistadas trasladan sentirse conformes coa súa decisión e cren ter acertado na elección: “Non me arrepiño de nada, creo que é a miña profesión” (E5)

Imaxinario da sociedade sobre a profesión do Traballo Social

Asignación do xénero feminino

Boa parte das profesionais perciben que existe na poboación a aceptación e asignación natural dun binomio traballo social-muller, séntese unha certa expectativa dunha traballadora social de xénero feminino (E1, E3, E5, E6).

Así, cabe ter en conta afirmacións como as da participante E5, onde se formula o traballo social como a profesionalización dos roles de coidado tradicionalmente exercidos no ámbito privado:

Sempre somos as que levemos as riendas, por así dicilo. Dá igual que esteamos dentro da casa que fóra. [...] Para min o papel dos coidados, o papel, o rol dos coidadores, sitúeste onde te sitúes, aínda está no ámbito da muller. O rol do coidador. Dentro da casa? Pois na nai ou na esposa, por así dicilo. Fóra da casa? Na traballadora social [...]

Como nai, como a coidadora perfecta, a que se encarga dos fillos, a que se encarga dos problemas da casa, pois noutra esfera, está tamén a figura da muller, como a traballadora social, a que se preocupa de que os nenos vaian ao colexio... E como noutra escala pero segue así (E5).

Cabe destacar o mantemento da concepción da muller como o “ser para outros”, o que se relaciona intimamente coa súa maternalización, a indución natural de que esta se dedique ao coidado doutras persoas, de xeito que así se define o seu rol, en relación cos demais: a nai ou a esposa.

Paternalismo

As profesionais advirten nas persoas usuarias do servizo unha expectativa paternalista, de xeito que detectan que, en moitos casos, se presupón que o traballo será realizado dende unha liña de protecciónismo e que, incluso, se lles asignan afectos ou características de bondade. Isto responde, xa que logo, a unha concepción estereotipada da traballadora social, onde a non resposta a esta concepción suporía a ruptura da expectativa.

Entenden que... que se é unha muller vai levar a cabo con certo iso, grao de paternalismo, de protección [...] e iso vai na forma de ser da persoa, podes ser perfectamente profesional sen ser demasiado, ao mellor próxima. Non, próxima non é a palabra máis adecuada, senón cunha forma de ser, unha personalidade ao mellor máis sería, menos sería. Si, paternalismo, a palabra é que é paternalismo (E1).

Noutros casos, isto non é asignado directamente ao xénero, senón que se afirma que se “asocia traballador social cuns determinados valores e con cousas que ben... Ou con actitudes paternalistas, que non teñen por que ser nin deben ser” (E4)

Asistencialismo

A figura da traballadora social semella arrastrar unha imaxe asistencial tradicionalmente atribuída, de xeito que non se asocia a súa figura a unha

perspectiva de dereitos, senón a unha acción cun certo carácter paliativo e asistencial: “Eu creo que teñen unha imaxe totalmente asistencialista e máis hoxe en día [...] O de ‘damas de la caridad’ aínda segue aí” (E3). Polo tanto, as participantes cren que se espera delas a xestión de recursos e a resolución de problemáticas de carácter urxente: “O que quere é solventar esa situación de emerxencia, entón vénnos a nós como un mero trámite de recursos” (E2).

Participantes como E3 consideran que isto se atopa directamente relacionado co xénero e outórgaselles a elas un papel máis pasivo na intervención. Neste sentido, podería existir unha relación entre a incorporación minoritaria e tardía de varóns ao exercicio profesional coa súa asociación a diferentes perfís o que, sumado á influencia dos roles e estereotipos de xénero, faría factible unha visión das traballadoras sociais como persoas encargadas da resolución de conflitos, mais non como garante de dereitos. Se ben, as participantes E2, E5 e E6 non asignan a dita concepción ao xénero, senón ao feito de atoparse no primeiro nivel de atención.

Nesta liña, a participante E6 afirma que existe unha connotación de “malas xestoras”, froito da percepción de que os recursos son distribuídos dun xeito inadecuado, sen terse en conta que isto se basea nuns criterios obxectivos.

Condicións laborais

Segregación laboral e teito de cristal

Os servizos sociais comunitarios do Concello de Santiago amósanse como un claro reflexo de segregación horizontal e obsérvase unha sobre-representación feminina na área e no caso específico das traballadoras sociais: “Neste departamento, somos o 99 % mulleres” (E2).

Obsérvase que a dita feminización, pode atoparse ligada coa desvalorización e concepción negativa da cultura de xénero feminina nun sistema rexido polos patróns patriarcais, móstrase isto como un condicionante para a incorporación de persoas de xénero masculino á profesión: “Home, pois seguramente ese rol e esa visión que hai na sociedade, feminizada e asistencialista, pois seguramente non lles resulte atractivo aos rapaces de hoxe en día” (E3)

Xa que logo e, relacionado directamente coa segregación horizontal, refírese que os postos de mando se atopan ocupados por figuras de xénero feminino dentro dos servizos sociais comunitarios: “A concelleira é unha

muller e a xefatura é unha muller” (E1). Enmarcándose así, o liderado feminino nun contexto feminizado e en postos de nivel intermedio.

Dada a ocupación dos postos de poder dentro do ámbito por mulleres, algunhas das profesionais refiren non percibir teito de cristal (E1, E5, E6). Sen embargo, nárranse certas barreiras no acceso aos postos de mando que si encaixan con este fenómeno: o tipo de contrato maioritario (persoal laboral) (E2) ou a connotación negativa da competición (E6, E1).

Condicións e brecha salarial

Considérase que as condicións salariais se atopan dignificadas no caso específico do Concello de Santiago. Se ben é certo, sinálase que estas se atopan condicionadas polo lugar (E2) e polo ámbito no que se exerza actividade laboral (E4), non sendo así en todos os contextos.

En canto ás diferenzas salariais de xénero, maioritariamente observouse que, a nivel interno, se percibe equiparación. Isto, é presentado polas participantes de maior antigüidade coma un dereito adquirido, froito das reivindicacións das traballadoras do servizo:

Os compañeiros, imaxínate, aparejadores que tiñan equiparación que eran o grupo A2, como somos nós agora [...] levaban tempo cobrando un complemento polo mero feito coincidía, paradoxicamente, que eran todos varóns. [...] De feito tiveron que pagarnos atrasos por ese complemento cando o reclamamos (E1)

Sobrecarga e queime profesional

As traballadoras sociais coinciden en afirmar que existe unha importante sobrecarga, contando cun elevado volume de persoas usuarias, o que se está a resolver, na meirande parte dos casos, coa realización de horas extraordinarias: “Nós, como profesionais, estamos aceptando pois ter unhas cargas de traballo inasumibles, por falta de persoal, metendo horas a maiores sen... Que non deberíamos asumir” (E3).

Faise referencia a unha sensación de urxencia, apelándose á “voráxine do día a día” (E3, E1), o que xera un sentimento de ser levada: “Pum, pum, pum, papel, papel, seguinte, que pase, que pase” (E3).

Como unha consecuencia directa da sobrecarga a meirande parte das participantes (E1, E3, E4, E6) refiren sentimentos de esgotamento e saturacións, o que no caso de E1 e E4 se intensifica facendo referencia a un certo queime profesional. Isto, non só se relaciona coa sobrecarga senón, unha vez máis, co tipo de problemáticas abordadas, coa crise e coa percepción, en

xeral, dun contexto de maior tensión: “Eu, despois de vinte e pico anos de profesión, teño que recoñecer que estou nun momento de, o que chaman, de queime profesional, eu creo que o estou vivindo” (E4).

Dobre xornada

A interacción do traballo e a familia tamén se mostra como un factor clave na situación laboral das traballadoras sociais e como unha manifesta desigualdade laboral. Así, refírese a dobre xornada como un elemento influente na percepción de queime: “Eu saio do meu traballo e teño que dedicarme aos meus fillos, á miña casa, pero como a gran maioría, con pais maiores, que non é solo xa a miña casa” (E4).

Unha das respostas clave ante a dita situación é a renuncia, ben a renuncia á proxección profesional: “Cando tiven as miñas fillas tiven que renunciar a certos aspectos a nivel profesional porque non tiña horas para dedicarlle e iso” (E4); ben a renuncia á propia maternidade pola incompatibilidade coa actividade laboral, formulada pola participante E6.

Algunhas participantes, a pesar de percibir que existe unha dobre xornada, asignan esta a un nivel persoal e ás circunstancias propias de cada persoa, considerándose que se solventa “cada un como pode, tirando de familia extensa, programas de conciliación, actividades para os menores...” (E2). Ante esta situación, segundo E6, a conciliación non está a supor unha medida real e factible, servindo unicamente como un mecanismo para pospor a carga de traballo.

Desempeño da actividade profesional

Asistencialismo e xestión de recursos

Amósase que a profesión se está a construír dende as demandas institucionais externas, polo que se está a traballar nun nivel asistencialista e superficial de cobertura das necesidades, onde a burocracia se postula como un dos elementos que máis está a condicionar a intervención: “Porque este traballo de xestión e tramitación absorbe o 90 % [...] A burocracia nos comeu” (E6).

Segundo as participantes, o tempo dedicado á xestión está a solapar outros aspectos do traballo social considerados esenciais e distintivos da profesión: “A profesión é moito máis que iso, é o trato co que tes diante, un labor de mediación, de orientación, de conseguir resituar a xente e motivala para o cambio, para que sexan eles partícipes do seu propio cambio” (E4).

Así, dise ademais que o exercicio doutro tipo de actividades implica traballo extraordinario, en moitos casos, fóra do horario laboral: “prevenición, planificación, programación, por exemplo, deberíamos facer un estudo anual do que é o barrio. É un traballo que, digamos, temos que facer fóra do horario laboral” (E6).

Por outra banda, nunha perspectiva máis optimista, hai quen considera que “non estamos tanto como antes [no nivel asistencial]” (E5) e que o tipo de demanda de servizos sociais comunitarios, condiciona a intervención. Así, fálase da xestión de recursos como un medio para un fin e sitúase o punto de mira nas propias expectativas profesionais: “Eu creo que tamén é cuestión de autoorganización e cuestión do que ti, como profesional, teñas como expectativas. [...] Estamos sempre na queixa e non construímos e queixarse está ben, pero hai que poñer solucións” (E5).

Proteccionismo

As profesionais perciben na súa intervención un certo carácter proteccionista ou paternalista: “Eu agora entendo, que empecei totalmente paternalista coa xente: pobriño” (E1) ou “É unha das miñas desvantaxes no traballo, tamén, que intento arroupar demasiado cando o que se trata é de darlles independencia aos usuarios” (E6). Obsérvase aquí, unha certa retroalimentación entre as persoas usuarias e profesionais de tal xeito que, nun dobre sentido, se asigna e exerce un rol de protección, o cal podería funcionar como unha resposta á expectativa detectada na poboación.

Neste sentido cabe destacar as afirmacións de E6, consideradas representativas dun sexismo benevolente, onde se lle atribúen á muller características de coidado (empatía, escoita...), sendo consideradas como atributos naturais e case biolóxicos, co que se establece unha relación entre o “sexo” e as características persoais.

Eu creo que a nivel de empatía, de escoita dos problemas que poida ter a persoa que tes en fronte, sigo pensando que nós, como mulleres, pois seguimos sendo moito máis empáticas, non? Á hora de poñernos no corpo da outra persoa, do que pode estar padecendo... E penso que eso vai moito no sexo, sigo pensando que os homes nese sentido son máis prácticos (E6).

Adaptación ás necesidades

As profesionais definen, na súa maioría (E2, E3, E4, E5, E6), que a súa intervención se atopa moi ligada á adaptación ás necesidades da persoa: “Cada persoa é unha particularidade e ao mellor o que funciona con unha, non funciona con outra” (E4).

Se ben é certo, esta adaptación, din, debe enmarcarse sempre baixo uns criterios obxectivos, e axustándose á lexislación vixente, para poder garantir criterios de equidade no acceso aos recursos, engadíndose así unha dimensión de xustiza.(E2).

Sentimentos na acción profesional

De acordo co xa referido, algunhas das traballadoras sociais perciben certa frustración e impotencia na súa acción profesional a causa do traballo na liña asistencialista e pola percepción dunha carencia de medios para traballar dende a estrutura e chegar á raíz das problemáticas:

Se arriba non hai presuposto, a nivel político a área non está dignificada, a área non ten a proxección que ti queiras, ao mesmo tempo ti dis, son parte de que non teña esa proxección. Entón estás un pouco... Que non sei como romper a veces (E1).

Como agravantes desta situación engádense a burocratización e a falta de persoal:

Moi burocratizado e que é o traballo e a profesión no ámbito no que estamos e claro, a falta de personal, fai que fagas cousas que ti non terías que facer [...] pero que sen iso non podes facer o outro e claro... Acabas saturando (E3).

Neste sentido, resultan destacables as diferenzas de idade nesta consideración 46-60 anos (E1, E3, E4), fronte ás pertencentes ao grupo de idade de 31-45 (E2, E5, E6), quen refiren atoparse “contenta” (E5) ou “cómoda” (E6), por estar a exercer unha profesión que cumpre cos seus desexos vocacionais e que xera sentimentos de satisfacción “ porque cando pelexas por algo e cando axudas a unha persoa a que mellore a súa situación e ves que o consegue que vai para diante e se vai facendo máis autónoma, logicamente se te sentes reconfortada” (E2).

Non obstante, cabe ter en conta as implicacións destes sentimentos, o que se amosa nas afirmacións da participante E6 quen refire que “dar todo de ti” e “o esforzo que ti fas do teu tempo libre”, compensa pola “satisfacción tamén persoal e profesional”. Obsérvase aquí unha tendencia á relegación das necesidades persoais a un segundo plano que se connota positivamente, o que podería ser froito dunha socialización de xénero onde a relegación das necesidades persoais fronte ás alleas se valore como algo positivo.

Status profesional

Invisibilización

En xeral, as traballadoras sociais perciben que se descoñece o que é o verdadeiro contido da profesión do traballo social, o que perciben incluso no seu contorno máis próximo: “A miña filla di que cando ten que explicar o que é a profesión que lle custa” (E3). Nesta mesma liña existe unha sensación entre estas de atoparse constantemente explicando a súa profesión, o que xera sentimentos de esgotamento, especialmente porque se percibe que non se está a avanzar neste sentido:

Coñeces a unha persoa nova en calquera sitio: Ah, traballo social [...] Si, si, que facedes? Axudádeslle á xente, pero... Pero como? No, mira, xestionamos prestacións, recursos... Ah, xestionais prestacións, e recursos... Dirán: “Ésta ahora se ha inventado una palabra nueva para decir que ayuda” (E1).

Isto, nalgúns casos considérase que se atopa moi ligado ao xénero asignado á profesión por dous motivos: a nivel externo, pola desvalorización que implica o exercicio dunha profesión feminizada (E3) e, a nivel interno, por unha tendencia ao mantemento do rol privado, a pesar da profesionalización, que trae consigo a introspección e a inmersión na práctica, de xeito que non se proxecta cara a fóra o que se está a realizar: “no nos hemos ocupado de dignificar esa... o no hemos tenido tiempo, tampoco tenemos por que ahora flagelarnos. [...] Nos hemos dedicado a trabajar” (E1).

Como feito representativo da falta de visibilidade do traballo social débese destacar a extensión e perdurabilidade no tempo do termo “asistentas”, facéndose fincapé na connotación de axuda do termo: “La asistente, la ayudante, porque claro, aquí a xente, supoño que aquí e en todas partes: voy a la asistente” (E3).

Subordinación profesional

As profesionais refiren sentir subordinación a outras profesións a nivel interno, detectándose diferenzas de status con relación a outros departamentos máis técnicos e tradicionalmente masculinos: “non é igual, non ten igual de peso unha xefatura da área social coma unha xefatura de urbanismo” (E1).

Dun mesmo xeito, isto é percibido noutros ámbitos fóra dos servizos sociais comunitarios, onde se percibe que o traballo social ha de configurarse ao redor das funcións de outras profesións como a da medicina (E4).

Neste sentido, algunhas das participantes consideran probable que exista unha relación entre a feminización e a falta de valoración, se ben isto se afirma dende o nivel individual, asimilándose a figura do home a unha maior fortaleza ou como posuidor dun maior respecto: “Estamos aceptando ciertas cousas que ao mellor se fôsemos homes non se estarían aceptando” (E4) ou

“Se o noso xefe en vez de ser unha muller fose un home, probablemente non nos farían esto” (E5).

Fortalecemento e reformulación profesional

Ante esta situación, as persoas entrevistadas propoñen que o fortalecemento da profesión debe pasar polo impulso da unión profesional. Así, dise que se deben esixir os dereitos profesionais e que é precisa unha reformulación da profesión en base a novas propostas e ao afondamento na investigación (E4). Se ben é certo, a participante E1 matiza que “á loita chegamos un pouco cansadas, non somos tan combativas”.

Do mesmo xeito, fálase dunha necesidade de cuantificación do traballo de cara á visibilización: “É contar o que facemos e dignificar o noso traballo e só nós debemos de dicirlles aos demais: “Mira, es que nosotros estamos haciendo esto e se non o fago eu non o fai ninguén” (E5).

III. DISCUSIÓN

No referido ao proceso de elección de estudos, a información obtida semella concordar co establecido polo Ministerio de Educación, Cultura e Deporte (2016), onde se amosa unha maior representación feminina en ramas como as ciencias da saúde ou as ciencias sociais e xurídicas, un 69,4 % e un 60 % de persoas de sexo feminino, respectivamente.

Nese sentido, a socialización de xénero móstrase como un factor determinante, en concordancia co afirmado por Escarabajal e Soto (2012) os que falan da existencia dunha tendencia social á atribución dunha maior cualificación ás mulleres para un determinado tipo de estudos, neste caso, a rama social. Ademais, os resultados da investigación permiten concordar con Graña (2008), quen considera a escola como un dos axentes clave na transmisión de patróns sexistas.

Non obstante, fronte aos datos obtidos por Capeáns et al. (2016), onde se amosan entre os motivos principais para a elección de estudos de traballo social o favorecemento dunha sociedade máis xusta (34 %) ou a vocación (32 %), no caso da presente investigación as participantes fan referencia a unha escolla máis aleatoria, vindo determinada por non poder cursar os estudos desexados, o que no estudo de Capeáns et al. (2016), só se daría no 8.4 % dos casos.

En relación co imaxinario sobre a profesión na sociedade, destaca a concordancia con estudos como o de Báñez (2012), quen define como profesión feminizada aquela na que as mulleres se atopan sobre-representadas e á que

consecuentemente se lle atribuirán funcións e calidades asignadas tradicionalmente á muller. De acordo con isto e na mesma liña que Báñez (2005), as profesionais refiren a asignación á figura da traballadora social de funcións de coidado e asistencia. Atopáranse, ademais, trazos do xa afirmado por Lorente (2002) quen sinala que a profesión se atopa impregnada de valores e representacións da cultura feminina, o que implica unha imaxe profesional referida á tenrura e á resolución no ámbito privado. Isto cobra sentido, unha vez máis coas afirmacións das participantes que falan da asignación por parte da poboación de características de bondade á súa figura.

En canto á situación laboral, a profesión do traballo social amósase como unha profesión feminizada, de acordo cos datos segregados por sexos extraídos dos diferentes estudos de traballo social feitos ao longo das últimas décadas (Estruch e Güell, 1976, Báñez, 2005, Gómez, 2005, Cabezas, De Armas e Sábater, 2014, Capeáns et al., 2016) ou cos resultados da presente investigación, onde os servizos sociais comunitarios do Concello de Santiago de Compostela se amosan como claro reflexo da segregación horizontal.

En relación con isto e, en contra de estudos como os realizados por Rol-dán, Leyra e Contreras (2012) ou Berasaluze (2009) as traballadoras sociais consideran que non existe teito de cristal no ámbito do traballo social. Non obstante, si concorda con estas a definición dalgunhas das barreiras que estas mesmas autoras relatan: as retribucións salariais, o tipo de contrato ou algunhas de tipo interno como a connotación negativa da competición e do poder.

Ademais, as afirmacións dalgunhas das participantes amosan semellanzas cos discursos incluídos por Rodríguez-Miñón (2017) e considéranse que a ocupación de postos de poder por figuras femininas se atopa directamente relacionada coa feminización do ámbito:

En el campo de los servicios sociales no se nota mucho, pero porque estaba tan feminizada, no sé que pasará en el futuro pero ahora mismo como esto empezó en los años 80 y todas las que empezaron en los años 80 eran mujeres, pues todas fueron siendo designadas y las fueron colocando según crecía el sistema (TS2).

Isto, coincide co definido polas participantes, ao falar da segregación vertical, posto que a ocupación de postos de mando por figuras femininas, darase no caso do Concello de Santiago en departamentos feminizados ou en postos cun carácter intermedio.

No referido ás condicións salariais, amósase concordancia con estudos como o de Capeáns et al. (2016) ao referirse unha certa conformidade no ámbito da Administración pública. Se ben é certo, as profesionais refiren mostrarse satisfeitas no seu exercicio profesional, fronte aos resultados de

Capeáns et al. (2016), onde o grao de satisfacción non é moi levado (máis de 3 puntos, onde 1 é moi satisfeito e 5 é moi insatisfeito).

De xeito unánime, a sobrecarga amósase como unha das maiores trabas no desempeño da acción profesional de acordo coas traballadoras sociais, con autoras como Lorente (2001), Idareta e Ballesterero (2013) ou con estudos como o de Capeáns et al. (2016), onde as persoas que se atopan insatisfeitas co seu desempeño profesional refiren estalo principalmente pola carga de traballo, seguida da burocracia.

Nesta mesma liña, na presente investigación, algunhas das profesionais refiren sentimentos de saturación ou esgotamento, o que nalgúns casos fai que se faga referencia específica a sensación de queime profesional. Este mesmo esgotamento, atoparase estreitamente ligado ao síndrome de *burnout*, onde Facal (2015), destacaría a importancia como categoría de análise do esgotamento emocional. Ademais, tanto a autora como as profesionais refiren que unha das causas deste sentimento é, ademais da sobrecarga, o desequilibrio necesidades-recursos e a non visualización dun cambio efectivo.

Estes resultados, concordan cos obtidos por Fombuena (2006), onde en base á análise da queixa, se recollen afirmacións como “Yo me curro mucho las cosas, más de lo que consigo...” (GD-3E) ou “Es que son exititos, exititos, pero bueno...” (GD-3EG), nas que se fai referencia á non consecución de resultados ou á consecución destes a moi longo prazo.

Se ben é certo, os resultados neste sentido son contraditorios, amosándose unha parte das profesionais satisfeitas na súa acción profesional, o que contradiría os resultados obtidos por Fombuena (2006) ou Gómez (2005) pero que, pola contra, se corresponde co establecido por Capeáns et al. (2016).

Por outra banda, as profesionais amosáronse de acordo en caracterizar a súa intervención, do mesmo xeito que as persoas entrevistadas por Fombuena (2006) como un proceso de adaptación ás necesidades das persoas, mais sempre partindo dos dereitos obxectivos destas.

Outra das consideracións con relación á actividade profesional foi a acción dende un certo proteccionismo e paternalismo. Isto, fronte ao referido por Idareta e Ballesterero (2013) quen ligan o paternalismo na intervención a un proceso de racionalización e burocratización dos servizos sociais, lígase a un nivel individual e ás características da intervención de cada unha das profesionais. Do mesmo xeito, fronte ao considerado polas profesionais, de acordo con Idareta e Ballesterero (2013), os discursos destas enmarcaríanse nunha violencia metafísica con características como a de verificación, se ben non se incorrería no paternalismo propiamente dito.

Por último, amósase o status profesional como unha preocupación para as profesionais o que, fronte a algunhas das participantes da presente investigación, para autoras como Báñez (2012) ou Azpeitia (2003), se atopa intimamente relacionado coa desvalorización do feminino e co mantemento dunha situación de subordinación. Se ben é certo, de acordo co status de semiprofesión ao que Azpeitia (2003) fai referencia, as profesionais perciben que o traballo social é unha profesión de segunda.

Neste sentido, obsérvase nalgunhas das profesionais a asignación referida por Azpeitia (2003) do "par muller-problema" (pp. 158), ao considerarse o xénero como un condicionante a nivel individual, polas propias características atribuídas á muller en base aos estereotipos de xénero e non por unha limitación a nivel estrutural.

IV. CONCLUSIÓNS E RECOMENDACIÓNS

De acordo co presentado nun comezo, esta investigación deu resposta ás preguntas formuladas a través da análise do imaxinario das traballadoras sociais participantes, dende unha metodoloxía cualitativa e dende a perspectiva de xénero. Neste sentido, a presente investigación serviu para dar luz sobre a influencia e relevancia que a dimensión de xénero ten na construción da profesión do traballo social e sobre como esta, nun contexto patriarcal, supón un trazo definitorio para esta.

Así, no referido á socialización observouse a existencia dunha influencia do proceso de socialización de xénero á hora de escoller estudos de traballo social, amosándose como axentes clave na transmisión de roles e estereotipos de xénero a familia ou a escola. Aínda que as participantes pertencentes ao grupo de idade de 31-45 anos referiron percibir independencia no proceso de elección de traballo social, amosouse que os intereses das profesionais xiran, en todo caso, arredor de ramas feminizadas, destacando a presenza de profesións como a enfermería. Isto leva a pensar que, os procesos de socialización incluso nestes casos puideron ter influencia na elección de profesións cun carácter de coidado e asistencia como a do traballo social ou a enfermería.

En canto á imaxe profesional, a maior parte das profesionais observan que existe unha imaxe feminizada, asistencialista e paternalista, tres factores intimamente relacionados. Así, a feminización da profesión e o tradicional exercicio asistencial, trae consigo a correlación na poboación destas dúas concepcións. A isto engádese unha concepción paternalista en base a unha visión estereotipada da traballadora social muller como portadora de afecto, mais non como garante de dereitos.

Pola súa parte, ao abordarse a situación laboral amósase a profesión dignificada con relación ás condicións salariais na Administración, mais non

tanto en relación á carga de traballo. Así, as participantes din sentir sobrecarga, referindo algunhas delas atoparse nunha situación de queime, que se ve intensificada debido a fenómenos como a dobre xornada. Esta, sitúase como un aspecto clave no desenvolvemento persoal e profesional das traballadoras sociais, posto que a resposta á mesma, ante a falta de efectividade das medidas de conciliación é, polo xeral, a renuncia, ben no nivel persoal, ben no profesional.

Á dobre xornada engádanse outras desigualdades de xénero como a segregación laboral nas súas dúas formas principais: a segregación horizontal en base á configuración dos servizos sociais comunitarios de Santiago de Compostela, conformados case unicamente por profesionais de xénero feminino; e a segregación vertical, en tanto que se considera que o feito de que os postos de mando sexan ocupados por figuras femininas, se atopa relacionado coa feminización da área.

Por este motivo, as profesionais din non percibir teito de cristal. Non obstante, das súas narrativas poden extraerse diferentes barreiras e limitacións no acceso ao poder que si concordan con este fenómeno: connotación negativa da competencia, tipo de contrato, retribucións salariais etc.

No que se refire ao exercicio profesional, a meirande parte das profesionais consideran que se está a traballar nun plano asistencial, sendo xestoras de recursos e que esta atención ten efectivamente, nalgúns casos, un corte proteccionista. En calquera caso, fórmase isto como debilidades profesionais que han de ser superadas. Así, fálase de que se debe traballar dende o plano da xustiza social e dos dereitos das persoas, mais sempre adaptando cada intervención a estas.

Por último, a maior desigualdade que as profesionais detectan e sobre a que elas mesmas fixeron fincapé é a da propia profesión con relación a outras. Aínda que isto non se formula en calidade de desigualdade de xénero atópase, ao afondar no seu discurso, unha estreita relación entre a feminización e o status dunha profesión secundaria. Así, por unha banda fálase da invisibilización, ligada a unha dobre causalidade: o exercicio dun rol privado na acción profesional e a desvalorización dunha profesión feminizada. Por outra, amósase o traballo social como unha profesión subordinada a outras máis técnicas e cunha tradición masculina.

Cabe engadir, como recomendación principal, a inclusión de participantes de xénero masculino (o que, á súa vez, se considera como unha limitación nesta investigación). Ademais, considérase e compártese coas profesionais a necesidade dunha maior investigación no eido do traballo social e concretamente, considérase preciso afondar no imaxinario social sobre a profesión, posto que se valora como un factor determinante na construción desta.

En calquera caso, obsérvase a necesidade dunha maior inclusión da perspectiva de xénero nas diferentes investigacións levadas a cabo no eido o que, se ben se atopa en incremento, se valora como insuficiente con relación á achega que isto suporía no avance na comprensión da disciplina do traballo social.

AGRADECEMENTOS

Quero amosar o meu agradecemento a cada unha das participantes por dedicar o seu tempo e ganas e por ter compartido as súas historias, crenzas e opinións comigo, sen as cales non sería posible construír esta investigación. Gustaríame darlle as grazas tamén a Lorena Añón Loureiro por ser guía neste proceso e agasallarme cos seus consellos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Médica Mundial (1964). Declaración de Helsinki de la AMM- Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Recuperado de <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Azpeitia, C. (2003). Género e identidad profesional en los trabajadores sociales. *Cuadernos de Trabajo social*, 16, 147-170. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=857743>
- Báñez, T. (2005). *El trabajo social en Aragón*. El proceso de profesionalización de una actividad feminizada. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=7798>
- Báñez, T. (2012). El trabajo social como profesión feminizada. *Revista de traball social*, 195, 89-97. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/280493954_EL_trabajo_social_ como_profesion_feminizada
- Beauvoir, S. (1949). *Le deuième sexe*. Paris: Gallimard.
- Berasaluze, A. (2009). El devenir del trabajo social en clave de género. *Zerbitzuan*, 46, 133-140. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3119461>
- Cabezas, P., De Armas, D. e Sábater, C. (2014). La situación sociolaboral del trabajo social en La Rioja. *Documentos de Trabajo social*, 14, 62-91.
- Recuperado de :<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5179109>

- Capeáns, M., Saborido, G., Ríos, M.I., Pérez, J. de la Torre, B., Saavedra, D.,... Blanco, P. (2016). *A situación dos e das profesionais do traballo social da Comunidade Autónoma de Galicia*. Santiago de Compostela: Colexio Oficial de Traballo Social de Galicia.
- Cobo, R. (1995). Género en C. Amorós (Dir.), *Diez palabras clave sobre mujer* (pp.55-83). Estella: Verbo divino.
- Consello Xeral do Traballo Social. (2012). Código Deontológico de Trabajo Social. Recuperado de https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico
- Council of Europe (1998). Gender mainstreaming. Conceptual framework, methodology and presentation of good practices: Final report of activities of the Group of Specialists [Transversalidad de género. Estrategia conceptual, metodología y presentación de buenas prácticas: Informe final de actividades del Grupo de especialistas]. Recuperado de <https://www.unhcr.org/protection/women/3c160b06a/gender-mainstreaming-conceptual-framework-methodology-presentation-good.html?query=gender%20mainstreaming%20conceptual%20framework>
- Escarabajal, M. D. e Soto, L. (outubro, 2012). Evolución de la elección de carrera desde una perspectiva de género. Comunicación presentada ao *IV Congreso Virtual sobre Historia das Mulleres*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4715019>
- Estruch, J. e Güell, A. M. (1976). *Sociología de una profesión. Los asistentes sociales*. Barcelona: Península.
- Facal, T. (2015). Prevalencia del síndrome de burnout en trabajadores sociales de los servicios sociales comunitarios. *Portularia*, 12(1), 59-69. Recuperado de: <https://recyt.fecyt.es/index.php/PORT/article/view/17344/0>
- Fombuena, J. (2006). La influencia de la dimensión de género en el trabajo social. *Cuadernos de trabajo social*, 19, 133-154. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2575003>
- Gómez, R. (2005). Radiografía de una profesión: los trabajadores sociales de Castilla y León. *Humanismo y trabajo social*, 4, 199-222. Recuperado de <https://buleria.unileon.es/handle/10612/3246>
- Graña, F. (2008). El asalto de las mujeres a las carreras universitarias “masculinas”: cambio y continuidad en la discriminación de género. *Praxis educativa*, 12, 77-86. Recuperado de <https://cerac.unlpam.edu.ar/index.php/praxis/article/view/462>

- Guerrero, M. A. (2016). La investigación cualitativa. *INNOVA Research Journal* 1(2), 1-9.
- Idareta, F. e Balletero, A. (2013). Ética, paternalismo y burocracia en el trabajo social. *Portularia*, 13(1), 27-35. DOI: <http://doi.dx.org/10.5218/prts.2013.0004>
- International Federation of Social Workers (IFSW) e International Association of Schools of Social Work (IASSW) (2014). Global definition of social work. Recuperado de <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/>
- Lacalzada, M. J. (2010). Los servicios sociales: en el cambio integral de la Asistencia a la cohesión social. *Acciones e investigaciones sociales*, 28, 157-190. Recuperado de <https://papiro.unizar.es/ojs/index.php/ais/article/view/485/0>
- Lorente, B. (2001). Género, profesión y cultura. Una aproximación al estudio de la identidad de los trabajadores sociales. *Revista de Trabajo Social*, 3, 52-77. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/31983>
- Lorente, B. (2002). Trabajo Social, mujer y perspectiva de género. Anotaciones para pensar la intervención social más allá de una intervención sectorial. En M. Olza y J. Hernández (Comps.), *Trabajo Social: cuestiones sobre el qué y el cómo*, (pp. 161-173). Zaragoza: Certeza.
- Millet, K. (1970). *Sexual politics*. New York: Double Day.
- Ministerio de Educación, Cultura e Deporte. (2016). Datos y cifras del sistema universitario español. Curso 2015-2016. Madrid: Secretaría Xeral Técnica. Subdirección Xeral de Documentación e Publicacións.
- Moix, M. (1991). *Introducción al trabajo social*. Madrid: Trivium. Moix, M. (2006). *Teoría del trabajo social*. Madrid: Editorial Síntesis.
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1978). Belmont Report [Informe Belmont]. Recuperado de <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>
- Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeo e do Consello, de 27 de abril de 2016, relativo á protección das persoas físicas no que respecta ao tratamento de datos persoais e á libre circulación destes datos e polo que se derroga a Directiva 95/46/CE (Regulamento xeral de protección de datos). DO, 119/1, do 4 de maio de 2016.

- Rodríguez-Miñón, E. (2017). La mujer como profesional del trabajo social.
- Trabajo social hoy, 80, 30-44. DOI: 10.12960
- Roldán, E. e García, T. (2006). *Políticas de Servicios Sociales*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Roldán, E, Leyra, B. e Contreras, L. (2012). Segregación laboral y techo de cristal en trabajo social: análisis del caso español. *Portularia*, 12(2), 43- 56.
- Tójar, J.C. (2006). *La investigación cualitativa: comprender y actuar*. Madrid: Editorial La Muralla.
- Varela, N. (2008). *Feminismo para principiantes*. Barcelona: Ediciones B.

CRITERIOS DE RISCO SOCIO SANITARIO ASOCIADOS Á CLAUDICACIÓN FAMILIAR E/OU ANGUSTIA ANTE A ALTA HOSPITALARIA NA UNIDADE DE COIDADOS PALIATIVOS DO COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DA CORUÑA (C.H.U.A.C.).

Vilar Pumares, Maira; Rodríguez Sierra, Miriam; Andaluz Corujo, Luisa; Sanmartín Moreira, Juan.

Traballadoras sociais no Complexo Hospitalario Universitario da Coruña e Facultativo U.C.P. do C.H.U.A.C. luisa.andaluz.corujo@sergas.es

Artigo realizado a partir do relatorio co mesmo título, presentado no “XIII Congreso Estatal de la Asociación de Trabajo Social y Salud”, realizado en Pamplona o 12 de maio de 2018.

RESUMO

O seguinte estudo relaciona dous diagnósticos sociosanitarios na atención paliativa no ámbito hospitalario: a claudicación familiar e a angustia ante a alta hospitalaria. Ademais analizaremos os criterios de risco sociosanitario presentes en cada un destes diagnósticos ou en ambos. Con isto preténdese facer visibles aqueles criterios de risco mais prevalectentes, sobre os que debemos realizar un maior esforzo de intervención co coidador ou coidadora principal, coa familia e co/coa doente. Tamén se pretende destacar a

importancia do equipo interdisciplinar na toma de decisións e recoñecer os aspectos sociais para garantir os apoios necesarios a alta hospitalaria.

No traballo social sanitario hospitalario, atopamos en moitas ocasións estes dous diagnósticos como problemas fundamentais á hora de afrontar o traballo co/a doente e os/as seus/súas cuidadores/as principais. Tentamos a través dos datos, visibilizar e ser conscientes de que a claudicación familiar e a angustia á alta ante as necesidades de cuidados, son un hándicap pouco recoñecido á hora de afrontar e planificar a alta hospitalaria, por tódolos actores implicados: profesionais, doentes e cuidadores/as principais. Ambos diagnósticos son os máis prevalectes en todos e todas doentes estudados/as.

O equipo que realizamos este estudo, comprobamos que os diagnósticos de enfermidade avanzada e complexa xéranlle unha grande angustia á familia e ao/á doente que está totalmente relacionada coa sobrecarga emocional e as dificultades das persoas para buscar solucións ás necesidades/problemas. Temos claro que familias e doentes non son capaces, nun momento dado, de atopar solucións de cuidados, polo esgotamento xeral -de índole física, psicolóxica e social-, e isto dá lugar a medos e angustias que dificultan o regreso ao domicilio do/da doente en condicións óptimas. Se comprendemos a situación de esgotamento, podemos atenuar e mellorar as habilidades para atopar opcións que faciliten a busca de cuidados á alta hospitalaria.

Os e as doentes estudados, son os que estiveron ingresados na Unidade de Cuidados Paliativos do C.H.U.A.C., durante o ano 2017, e que precisaron intervención do traballador/a social sanitario/a. Os datos empregados son os recollidos no Rexistro de Datos Sociosanitarios (REDISS).

PALABRAS CLAVE

Criterios de risco social, claudicación familiar, angustia ante a alta hospitalaria, traballo social hospitalario.

RESUMEN

El siguiente estudio relaciona dos diagnósticos sociosanitarios en la atención paliativa en el ámbito hospitalario: la claudicación familiar y la angustia ante el alta hospitalaria. Además, analizaremos los criterios de riesgo sociosanitario presentes en cada uno de estos diagnósticos o en ambos. Con esto se pretende hacer visibles aquellos criterios de riesgo más prevalentes, sobre los que debemos realizar un mayor esfuerzo de intervención con el cuidador o cuidadora principal, con la familia y con el/la paciente. También se pretende destacar la importancia del equipo interdisciplinar en la toma

de decisiones y reconocer los aspectos sociales para garantizar los apoyos necesarios al alta hospitalaria.

En el trabajo social sanitario hospitalario, encontramos en muchas ocasiones estos dos diagnósticos como problemas fundamentales a la hora de afrontar el trabajo con el/la paciente y sus cuidadores/as principales. Intentamos a través de los datos, visibilizar y ser conscientes de que la claudicación familiar y la angustia ante las necesidades de cuidados, son un hándicap poco reconocido a la hora de afrontar y planificar el alta hospitalaria, por todos los actores implicados: profesionales, pacientes y cuidadores/as. Ambos diagnósticos son los más prevalentes en todos los/as pacientes estudiados/as.

El equipo que realizamos este estudio, comprobamos que los diagnósticos de enfermedad avanzada y compleja generan una gran angustia a la familia y al/la paciente que está totalmente relacionada con sobrecarga emocional y las dificultades de las personas para buscar soluciones a las necesidades/problemas. Tenemos claro que familias y pacientes no son capaces, en un momento dado, de encontrar soluciones de cuidados, por el agotamiento general -de índole físico, psicológico y social-, y esto da lugar a miedos y angustias que dificultan el regreso al domicilio del/la paciente en condiciones óptimas. Si comprendemos la situación de agotamiento, podemos atenuar y mejorar las habilidades para encontrar opciones que faciliten la búsqueda de cuidados al alta hospitalaria.

Los/as pacientes estudiados/as, son los que se estuvieron ingresados en la Unidad de Cuidados Paliativos del C.H.U.A.C., durante el año 2017, y que precisaron intervención del/la trabajador/a social sanitario/a. Los datos utilizados son los recogidos en el “Registro de Datos sociosanitario” (REDISS).

PALABRAS CLAVE

Criterios de riesgo social, Claudicación familiar, Angustia ante el alta hospitalaria, Trabajo Social Hospitalario.

ABSTRAT

This work analyzes two Public Health diagnostics in the Hospital Palliative Care: family claudication and anguish towards the hospital discharge. The work also analyzes the Public Health risk criteria that these diagnostics show.

The objective is to make visible the prevail risk criteria, which we must focus on, making a greater intervention effort together with the main carer, with the family and with the patient. In the work we also want to highlight

the importance of the multidisciplinary team participation in the decision making and in recognizing the key social aspects to guarantee the required support to the hospital discharge.

In Public Health Hospital Social Work, we often find these two diagnoses as fundamental problems when facing work with the patient and his main caregivers. Through the data, we try to make visible and being aware that family claudication and anxiety about care needs are a little recognized handicap when facing and planning hospital discharge, for all the actors involved: professionals, patients and the main caregivers. Both diagnoses are the most prevalent in all patients studied.

The team that carried out this study, found that the diagnoses of advanced and complex disease generate a great anguish for the family and for the patient. This anguish is totally related to emotional overload and the difficulties of people to find solutions to their needs and problems. We are aware that families and patients are not able, at any given time, to find care solutions, due to their general exhaustion; both of physical, psychological and social nature. This gives rise to fear and anguish that make it difficult for the patient to return to home in optimal conditions. If we understand this exhaustion situation, we can mitigate and improve the skills to find options that facilitate the search for care for the hospital discharge.

The patients studied are those who are admitted to the Palliative Care Unit of the C.H.U.A.C , during 2017, with the intervention of Public Health Social Work and whose data are collected in the “Registry of Socio-Health Data” (REDISS).

KEY WORDS

Criteria of social risk, Family Claudication, Anxiety before hospital discharge, Hospital Social Work.

1. INTRODUCCIÓN

A OMS define os cuidados paliativos da seguinte forma “Son o coidado activo e integral dos doentes cuxa enfermidade non responde a tratamentos curativos. A atención polo control da dor, por outros síntomas e por problemas psicolóxicos, sociais e espirituais é fundamental. O obxectivo dos cuidados paliativos é conseguir a mellor calidade de vida posible para os doentes e as súas familias (World Health Organization. Cancer pain relief. Ginebra: WHO, 1996)

No ano 2014 a Organización Mundial da Saúde sostiña que nas últimas décadas descenderan as taxas de natalidade e mortalidade cun consecuente

incremento na esperanza de vida e cun progresivo envellecemento da poboación. Ademais, este incremento na esperanza de vida viña acompañado dunha maior supervivencia nas etapas finais desta; aparecen enfermidades crónicas e dexenerativas que fan que, cada vez, un maior número de persoas precisen tratamentos paliativos nas últimas fases da súa enfermidade. Trátase de enfermidades cun alto impacto físico, psicolóxico, social, económico e espiritual, tanto para o/a doente como para a súa familia. Por todo iso, os coidados paliativos se consolidan como unha atención indispensable. A pesar disto, a OMS (2014) estimaba que só unha de cada dez persoas que precisa coidados paliativos recibe esta atención.

Os coidados paliativos van dirixidos, non só a proporcionar atención médica para aliviar o sufrimento e a dor física, senón tamén a paliar o sufrimento emocional e psicosocial, tanto dos/das doentes como das súas familias.

Doente e familia deben considerarse, polo tanto, dende un perspectiva integral, e deben ser abordados dende unha perspectiva interdisciplinar, polo que nos equipos de coidados paliativos se fai imprescindible a presenza dun traballador ou traballadora social.

É ao traballador ou traballadora social a quen lle corresponde a prestación do apoio psicosocial e a abordaxe das necesidades sociais dos e das doentes con enfermidade avanzada e complexa e das súas familias, contribuíndo así a unha mellor calidade de vida destes; entendida a calidade de vida dende todas as súas dimensións: benestar físico, psicolóxico, socioeconómico e espiritual.

A intervención do traballador ou traballadora social sanitarios na Unidade de Coidados Paliativos ten múltiples vertentes, pero en todas elas se debe considerar que cada doente/familia son únicos e irrepetibles, polo que a intervención se debe de levar a cabo tendo presente esta individualidade e diferenciación.

Faise indispensable ademais unha intervención dende o total respecto á dignidade da persoa, considerando todos aqueles aspectos que lle xeren un malestar social de calquera índole (de necesidade de coidados e apoios, estrés na familia e/ou rede de apoio, insatisfacción, inseguridade económica, material, de soidade, todos aqueles de índole sociosanitaria...) e que poidan ser previos á enfermidade, verse exacerbados por esta ou ser consecuencia súa.

Co incremento das enfermidades crónicas e o aumento da esperanza de vida, atopámonos cada vez con máis doentes que presentan necesidades sociosanitarias que non se poden abordar única e exclusivamente dende unha perspectiva clínica. A pesar da lóxica hexemonía do persoal sanitario (médicos/as e enfermeiros/as) nos hospitais, non hai que perder de vista que cada vez son máis os e as doentes e as enfermidades que teñen un maior

peso social: necesidades de cuidados prolongados que hai que garantir, enfermidades psicosomáticas que poñen de manifesto problemas doutra índole (económicos, familiares, de estrés laboral...), familias de tamaño cada vez máis reducido e con cargas laborais, con dificultades para garantir a continuidade de cuidados ao/á doente no domicilio etc.

Sen a intervención do traballador ou a traballadora social sanitarios en moitas ocasións a intervención sanitaria podería “caer en saca rota”, senón se garanten axeitados cuidados tras a alta, de duración e intensidade apropiadas, cunha mínima calidade de vida (axeitada alimentación, hixiene) etc. Por todo isto é preciso pór en valor a tarefa desempeñada polo traballador ou traballadora social sanitarios, que ademais debe realizala na maior parte das ocasións en tempos breves, dada a presión asistencial de cara á alta hospitalaria.

2. ESTUDO

No presente artigo gustaríanos explicar algúns dos datos recollidos na intervención social realizada pola traballadora social da Unidade de Cuidados Paliativos do Complexo Hospitalario Universitario da Coruña.

No quefacer diario do traballador ou traballadora social coa persoa doente e a súa familia adminístrase un protocolo de recollida de datos sociosanitario (REDISS) fonte dos datos que a continuación se expoñen. O obxecto deste artigo, entre os moitos datos que manexamos, é estudar a importancia de dous dos diagnósticos sociais fundamentais na unidade de hospitalización de doentes con enfermidade avanzada e complexa e as situacións de risco social que se identifican cos ditos diagnósticos.

2.1.- DIAGNÓSTICOS SOCIAIS A ESTUDO

Os diagnósticos sociais que temos en conta no estudo que se presenta son os seguintes:

- a— Claudicación familiar
- b— Angustia ante a alta hospitalaria

Breve explicación de ambos os diagnósticos

a.- Claudicación familiar

Defínese a claudicación familiar como “a manifestación implícita ou explícita, da perda da capacidade da familia para ofrecer unha resposta axeitada

ás demandas e necesidades do ou da doente a causa dun esgotamento ou sobrecarga” (De Quadras 2003).

«A claudicación familiar é a incapacidade dos membros dunha familia para ofrecer unha resposta axeitada ás múltiples demandas e necesidades do doente». Na práctica, obsérvanse dificultades para manter unha comunicación positiva coa persoa enferma, a súa familia e o equipo de cuidados. Segundo Gómez Sancho, cando todos no seu conxunto son incapaces de dar unha resposta adecuada, estamos ante unha crise de claudicación familiar (Gómez Sancho M., 1994, 1999). É moi importante poder identificar a aparición deste fenómeno o máis pronto posible polo impacto negativo que produce no coitado do doente. Un sinal de que está tendo lugar, é a solicitude de xeito reiterado por parte da familia do ingreso do e da doente, o que en esencia pode ter implícito unha necesidade de transferir a responsabilidade dos cuidados ao sistema sanitario, xeralmente por medos e dúbidas no coitado do/da paciente, e polo esgotamento físico do cuidador ou cuidadora principal.

Tamén pode darse o caso de que a persoa enferma prefira ingresar por sentir que supón unha carga para os seus cuidadores e cuidadoras, ou por sentirse máis segura con respecto ao manexo clínico estando ingresada nun centro hospitalario.

Cada persoa da familia vese afectada pola enfermidade avanzada dun dos seus membros de xeito emocional, cognitivo e na súa conduta diaria. Debido a esta situación créase unha necesidade constante de reaxustes e adaptacións ao longo da evolución da enfermidade, e este é o motivo polo que a familia pode desembocar nun desaxuste familiar cando non é posible facerlles fronte aos ditos reaxustes ou ás demandas necesarias. Consiste, basicamente, nunha forte crise emocional cunha rendición respecto dos cuidados.

Entre os seus desencadeates destacan a persistencia de dúbidas e medos non resoltos e o esgotamento físico do cuidador ou cuidadora. A claudicación da familia pode ser episódica-temporal ou definitiva (esta última pode ser a expresión de conflitos familiares previos que conducen os cuidadores e as cuidadoras ao abandono do/da doente, ou expresión dunha imposibilidade real de coitado no domicilio pola ausencia de recursos).

Isto tamén provoca, en ocasións, discrepancias entre os/as profesionais do equipo, xa que a planificación da alta hospitalaria é moi complexa se a familia —e especialmente o/a cuidador/a principal— non se atopa nunha situación de estabilidade emocional e de manexo da situación, tanto na realización dos cuidados básicos, como na toma de decisións, na aceptación de recursos sociais e sanitarios etc.

A intervención ideal do/da profesional do traballo social sobre a claudicación familiar é a prevención.

O alivio completo do sufrimento do/da doente, o apoio continuado dos e das profesionais e o compartir as responsabilidades na toma de decisións contribúen a diminuír a sobrecarga afectiva. Unha vez aparecida a claudicación, débese intervir procurando a recuperación do control dos cuidados por parte da familia e o contorno cuidador. A actitude dos profesionais debería ser de comprensión e desculpabilización, para posteriormente planificar unha nova etapa de cuidados no domicilio. Sen dúbida, deberíase facilitar un respiro á familia mentres se produce o seu reaxuste cun ingreso hospitalario, entre outras opcións.

É importante entre as habilidades do e da profesional de traballo social de saúde, aprender a identificar situacións de claudicación e realizar intervencións de xeito individual e grupal con aqueles e aquelas cuidadores/as que inicien unha situación de sobrecarga. Entre as intervencións recomendadas en relación coa claudicación familiar, que o traballador ou a traballadora social pode realizar, atopamos:

- Ofrecer dispoñibilidade para unha comunicación profunda e de apoio emocional, clarificando que nin fuximos nin xulgamos.
- Facilitar a comunicación intrafamiliar.
- Explicar que para eles tamén é un proceso adaptativo no que se asumen novos roles, responsabilidades e situacións.
- Axudar a diferenciar, e facer visibles, as necesidades de todo tipo, ademais de apoiar e resaltar o que están facendo ben, crítica construtiva.
- Axudar a entender que os seus recursos persoais son compatibles e/ou complementarios co apoio externo, en caso de que o precisen. Ademais de ter en conta os factores de risco, existen diversas escalas de detección da sobrecarga familiar como Zarit (valora a sobrecarga do cuidador), que deberíamos de integrar no noso traballo diario.

b.- Angustia ante a alta hospitalaria

Como segundo diagnóstico social estudado, atopámonos coa angustia ante a alta hospitalaria unha vez que se termina a atención que motiva o ingreso hospitalario. O ingreso hospitalario, na unidade de cuidados paliativos, vén motivado fundamentalmente polas crises de descompensación dos síntomas, que xeran unha grande angustia do e da doente e da familia e especialmente do cuidador ou cuidadora principal; tanto se o/a doente ten un diagnóstico anterior a ese mesmo ingreso ou ben se o diagnóstico é recente.

As atencións nas unidades clínicas dos hospitais de agudos están sendo modificadas cara á humanización, con profesionais preocupados pola instrución aos e ás doentes para o autocoidado e a atención ás familias para adherelas nas necesidades de coidados. Pero, aínda atopamos que os familiares no hospital son a maior parte do tempo observadores ansiosos, en tanto que na casa deben ser coidadores principais, un papel para o que teñen pouca experiencia e moitas dificultades. Especialmente cando o/a doente sofre unha alteración do nivel de conciencia e/ou deixa de tragar, manifesta que ten dor, non se dispón do mesmo material ortoprotésico que no hospital, o domicilio non está adaptado, ten barreiras ou existen outras persoas dependentes e/ou menores no domicilio etc.

A partir da realización do estudo, diagnóstico e tratamento sociosanitario o traballador ou traballadora social que atende as persoas ingresadas e as súas redes sociais máis próximas, para que a enfermidade non sexa motivo de perda da calidade de vida, de discriminación ou marxinação social e para asegurar a continuidade de coidados no domicilio no momento da alta hospitalaria.

Según Dolors Colom (2000): pódese proceder á alta cando clinicamente sexa factible, asegurándonos de que:

- Ten capacidade para seguir as indicacións terapéuticas.
- Conta cun contorno favorable que o apoia e coida.
- Ten asegurada a continuidade da asistencia por parte doutros servizos de atención sanitaria e, se cabe, social e sociosanitaria.
- A alta non entraña riscos para a persoa nin para o seu contorno.

No caso dos e das doentes paliativos/as, debemos de ser máis “exquisitos”, comprometidos e delicados, xa que é unha situación de gran vulnerabilidade da propia persoa e do seu contorno; con síntomas complexos que afectan a todas as partes implicadas, non existe posibilidade de melloría, e non sempre son aceptadas e comprendidas polas persoas coidadoras. Debemos de ser exhaustivos nas indicacións e informacións, tentar non deixar nada ao azar xa que cada acontecemento é vivido como algo desmesurado, incrementando o malestar presente e futuro.

Cada síntoma do e da doente, cada nova situación, pode engadirlle máis ansiedade a/o propio/a doente e á familia. Por este motivo, este é un diagnóstico que oss traballadores e as traballadoras sociais sanitarios/as detectamos nunha gran porcentaxe das persoas coas que intervimos, que manifestan a súa angustia de cara á alta hospitalaria, tanto se as atencións se van

realizar no domicilio, como se a persoa vai ingresar nun centro residencial, sobre todo se este é o paso que se vai dar tras a hospitalización.

2.2. SITUACIÓNS DE RISCO

As situacións de risco, relacionadas con estes dous diagnósticos sociais que atopamos na análise dos datos estudados, segundo os datos recollido no REDISS, ordenadas de maior a menor frecuencia de presenza son as seguintes:

1. Necesidade de coidados básicos (ABVD)
2. Estrés relacionado co coidado/sobrecarga
3. Patoloxía dexenerativa/mal prognóstico
4. Pluripatoloxía
5. Necesidades instrumentais (AIVD)
6. A familia expresa que non pode atender o/a doente
7. Vive con cónxuxe ou par de iguais
8. Non se pode comunicar
9. Sobrepeso
10. Baixa resiliencia familiar/persoal
11. Cónxuxe enfermo/ dependente no domicilio
12. Actitude pasiva da familia
13. Illamento social

3. RESULTADOS DO ESTUDO

Os datos que imos amosar foron recollidos a través do rexistro de datos socio-sanitarios (REDISS) empregado no Servizo de Traballo Social do Complexo Hospitalario Universitario da Coruña durante o ano 2017, de doentes hospitalizados na Unidade de Coidados Paliativos.

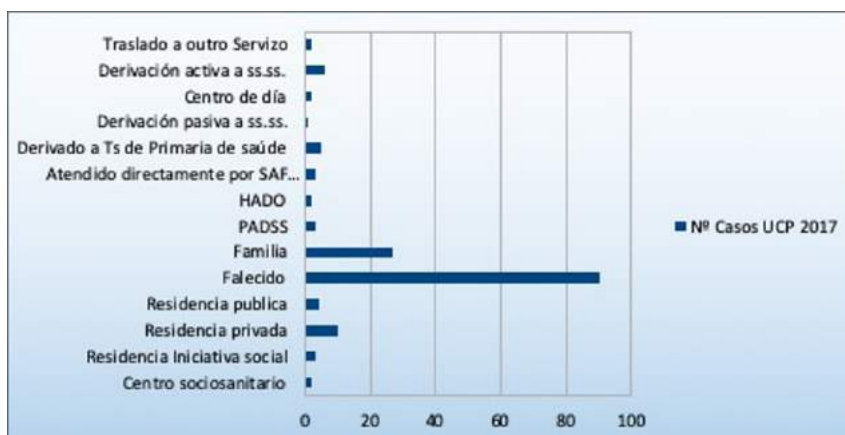
3.1.- Derivacións a alta hospitalaria

Preséntanse os casos atendidos na Unidade de Coidados Paliativos da E.O.X.I. da Coruña no ano 2017 e as derivacións a alta hospitalaria.

Dende o servizo de traballo social, valoráronse un total de 160 doentes ingresados/as, estes supoñen un 34,20 % do total dos doentes que ingresan na unidade. As derivacións ao Servizo de Traballo Social chegan dende o propio equipo da unidade, doutros traballadores social de saúde, de servizo sociais ou ONG, ou acoden por iniciativa propia.

Do total de 160 doentes valorados, un 50,4 % falecen durante o ingreso, e preto dun 20 % no momento da alta hospitalaria regresa ao coidado familiar.

Táboa 1. Derivacións a alta hospitalaria dende a U.C.P. no ano 2017



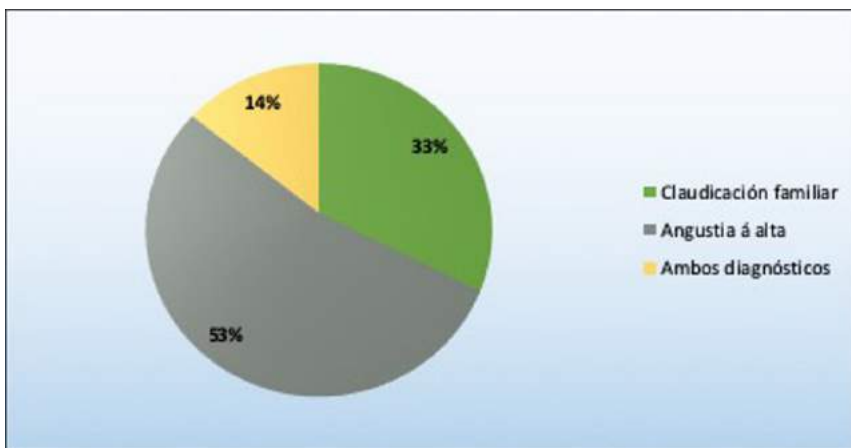
Fonte: Elaboración propia a partir dos datos do aplicativo REDISS do ano 2017

3.2.- Diagnósticos sociais estudados

Das persoas estudadas, o 53,25 % presentan “Angustia ante a alta hospitalaria”; un 32,47 % presentan “Claudicación familiar” e un 14 % presentan ambos os diagnósticos de forma conxunta.

Dende as unidades hospitalarias hai que fortalecer e apoderar os coidadores e coidadoras principais, os propios e propias doentes e fomentar as axudas domiciliarias de soporte e os servizos de proximidade.

Táboa 2. Presenza dos diagnósticos sociais estudados



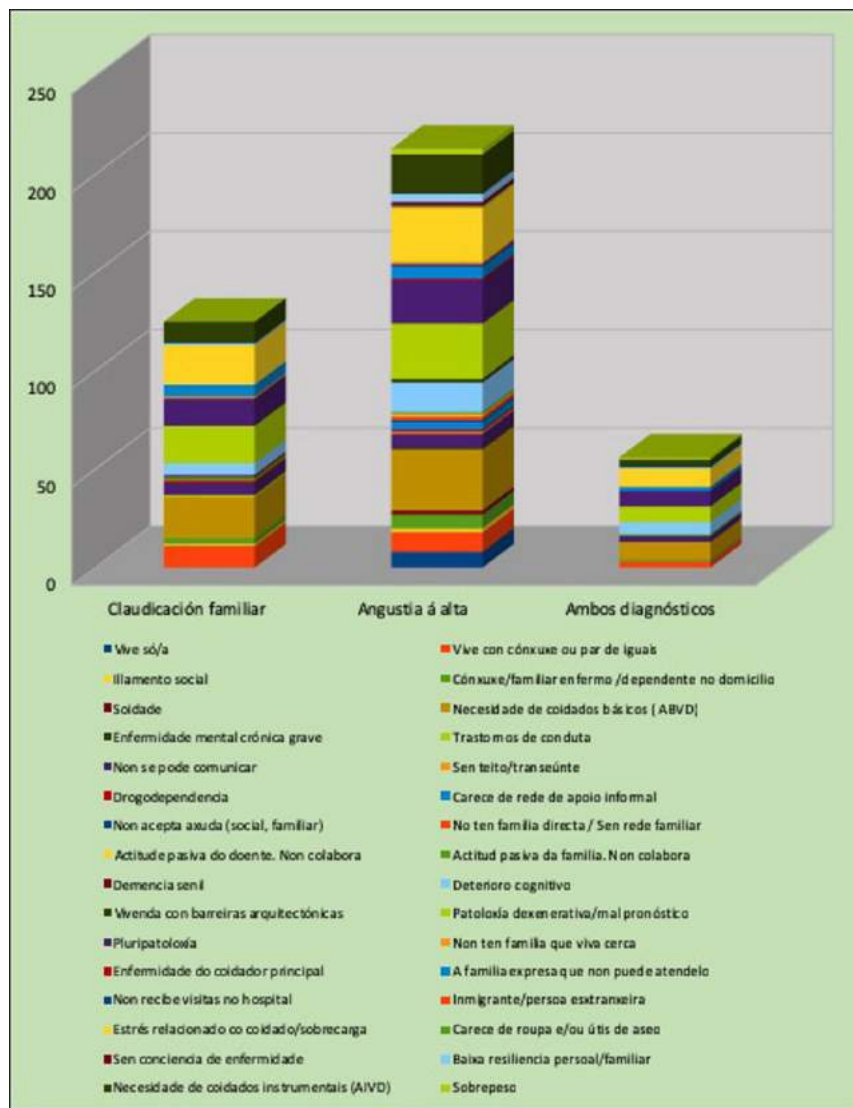
Fonte: Elaboración propia a partir dos datos do aplicativo REDISS do ano 2017

3.3.- Criterios de risco por cada diagnóstico social

A continuación móstranse os criterios de risco en cada diagnóstico social analizado. Demóstrase que unha vez que o/a doente se atopa hospitalizado/a na Unidade de Coidados Paliativos, é complexo encamiñar a alta ao domicilio ou a outros dispositivos.

Por orde de importancia, á hora de intervir dende o traballo social sanitario, os criterios de risco que máis se repiten en ambos os diagnósticos son, en primeiro lugar e como punto de inflexión, a perda de funcionalidade para as actividades básicas da vida diaria. A continuación: pluripatoloxía, estrés relacionado coa sobrecarga, que os/as doentes vivan sós/soas ou con par de iguais, que existan outras persoas dependentes no domicilio, soidade, que carezan de conciencia de enfermidade e que a familia manifeste que non pode atendela. Atopamos un total de 32 indicadores de risco.

Táboa 3. Diagnóstico social - Criterios de risco



Fonte: Elaboración propia a partir dos datos do aplicativo REDISS do ano 2017

4. CONCLUSIÓNS

- A funcionalidade do/da doente é o criterio de risco máis importante á hora de planificar os cuidados e buscar alternativas á alta hospitalaria. É o criterio de risco social que máis veces se presenta nos dous diagnósticos sociais estudados. Moitas veces atopamos pacientes con enfermidade avanzada e complexa, que valoran a continuidade ou a adecuación dos tratamentos se estes van empeorar a súa funcionalidade. É, polo tanto, importante que o equipo traballe a información e a toma de decisións compartidas con respecto á afectación da realización das actividades da vida diaria.
- Os diagnósticos de enfermidade avanzada e complexa xéranlle unha grande angustia á familia e ao/á doente que está totalmente relacionada coa sobrecarga emocional e a dificultade das persoas para buscar solucións ás necesidades/problemas. As condicións en que realiza as actividades diarias o cuidador/a informal ten que ser considerado como un aspecto máis na atención á/ao doente paliativo, para minimizar ou atenuar a sobrecarga. Identificamos que en moitas ocasións ao final da vida o/a cuidador/a principal presenta problemas físicos, mentais e socioeconómicos.
- É imprescindible traballar e formarnos en habilidades. Tal e como o entende a autora Pamela Trevithick, o concepto de habilidades expresa o seguinte: “Habilidade significa o grao de coñecemento, pericia, criterio e experiencia que se pon en xogo dentro dunha situación, dunha liña de acción ou dunha intervención determinada”. Imprescindibles, polo tanto, no traballo óptimo na atención social paliativa. A formación en habilidades será pois, una boa clave para axudar os e as doentes e aos seus familiares para facer máis efectivas as nosas intervencións.
- O envellecemento da poboación e a convivencia con “par de iguais” debe poñernos en alerta sobre a necesidade de buscar alternativas domiciliarias de cuidados accesibles con rapidez, accesibles economicamente e personalizadas, xa que as persoas maioritariamente desexan morrer no seu domicilio coa garantía dunha calidade de vida axeitada.
- Cabe mencionar que a necesidade de acompañamento por soidade aumenta en función da idade e acentúase nas persoas máis maiores. Contar co apoio da rede social é un factor que axuda ao afrontamento da enfermidade, diminuíndo a fatiga e o esgotamento que pode producir a claudicación familiar, e inflúe positivamente na calidade de vida dos/as doentes con enfermidade avanzada e complexa.
- Unha das habilidades do/da traballador/a social neste ámbito é recoñecer as ferramentas que cada membro da familia ten, e utiliza-

las de xeito equilibrado para que ninguén sufra sobrecarga física nin emocional.

- O necesario uso de escalas para a detección precoz das problemáticas de cuidadores/as e doentes, para poder buscar solucións que se poidan implementar no ámbito do traballo social sanitario.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Colom, D. (2000). La planificación del alta hospitalaria. Zaragoza. S. XXI de España Editores SA, 2.
- Corujo, L. A., & Pumares, M. V. (2017). O valor engadido do traballo social na unidade de cuidados paliativos do complexo Hospitalario Universitario da Coruña-Hospital de Oza. Revista galega de traballo social, (20), 35-50.
- De Quadras, S., HERNANDEZ, A., Pérez, E., Apolinar, A., Molina, D., Montllo, R., & Novellas, A. (2003). Reflexiones multicéntricas sobre la claudicación. Medicina paliativa, 10(4), 187-190.
- Del Prado, C. I. (2016). Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas. Intervención psicológica y espiritual. Psicooncología, 13(2/3), 433.
- Gómez Sancho, M. (1999). La atención a la familia: crisis de claudicación emocional de los familiares. Medicina Paliativa en la cultura latina. Madrid: Arán.
- Masfret, D. C. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales, (47), 109-119.
- Pérez, C. (2009, 25 de agosto). Atención Primaria de Salud. Acercamiento a familias de pacientes con cáncer de mama. Revista Psicología Científica. com, 11(13). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/atencion-primaria-familias-pacientes-con-cancer>
- Plan Gallego de Cuidados Paliativos (2007). Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Sergas. Santiago de Compostela. (<https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/gal/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF1-277.pdf> (Consultado 08 de xaneiro de 2018).
- Trevithick, P. (2002). Habilidades de comunicación en intervención social: manual práctico (Vol. 51). Narcea Ediciones.

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN SOCIAL NO SERVIZO DE URXENCIAS NO COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DA CORUÑA (CHUAC)

*Rodríguez Sierra, Miriam; Vilar Pumares, Maira; Campello
García, Luz; Mosquera Vázquez, Ana; García Gay, Cristina*

*Traballadoras sociais no Complexo Hospitalario Universitario da Coruña
maira.vilar.pumares@sergas.es*

*Artigo realizado a partir do relatorio co mesmo título, presentado
no XIII Congreso Estatal de la Asociación de Trabajo Social y
Salud, que tivo lugar en Pamplona o 12 de maio de 2018.*

RESUMO

O/a traballador/a social sanitario/a intervén para valorar a situación social dos/das doentes, realizando unha investigación dos factores sociais que inflúen no proceso saúde-enfermidade e establecendo un diagnóstico social que indicará a necesidade de poñer en marcha os recursos sociais existentes.

O aumento da complexidade sociosanitaria dos/das doentes atendidos/as no servizo de urxencias, esixe reforzar a importancia deste diagnóstico social. Así, xunto co diagnóstico médico, é preciso avaliar criterios de risco social que afectan tanto o tratamento clínico como a continuidade dos coidados e que poden influír directamente no criterio de alta ou ingreso hospitalario.

Todo isto implicou a formalización dun protocolo que garantira unha axeitada derivación dos e das doentes ao Servizo de Traballo Social na área

de urxencias, asegurando unha atención e tratamento integrais que fíxese visible a nosa intervención neste servizo.

O obxectivo deste artigo é dar a coñecer o protocolo de intervención social no servizo de urxencias do CHUAC que para o noso traballo diario supuxo un avance fundamental na integración e coordinación cos restantes profesionais deste servizo e que, en definitiva, garante que os e as doentes reciban unha verdadeira atención integral.

PALABRAS CLAVE

Traballador/a social sanitario/a, intervención social, urxencias hospitalarias, risco social, protocolo.

RESUMEN

El/la trabajador/a social sanitario/a interviene para valorar la situación social del/a paciente, realizando una investigación de los factores sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad y estableciendo un diagnóstico social que indicará la necesidad de poner en marcha los recursos sociales existentes.

El aumento de la complejidad sociosanitaria de los/as pacientes atendidos/as en el servicio de urgencias, exige reforzar la importancia de este diagnóstico social. Así, junto con el diagnóstico médico, es preciso valorar criterios de riesgo social que afectan tanto al tratamiento clínico como a la continuidad de los cuidados e que pueden influir directamente en el criterio de alta o ingreso hospitalario.

Todo esto implicó la formalización de un protocolo que garantizase una adecuada derivación de los/as pacientes al servicio de Trabajo Social en el área de urgencias, asegurando una atención y tratamiento integrales que visibilizase nuestra intervención en este servicio.

El objetivo de este artículo es dar a conocer el protocolo de intervención social en el servicio de urgencias del C.H.U.A.C. que para nuestro trabajo diario supuso un avance fundamental en la integración y coordinación con los restantes profesionales de este servicio y que, en definitiva, garantiza que los/as pacientes reciban una verdadera atención integral.

PALABRAS CLAVE

Trabajador/a Social Sanitario/a, Intervención social, Urgencias hospitalarias, Riesgo social, Protocolo.

ABSTRACT

The health social worker intervenes to assess the social situation of the patient, researching the social factors that have influence in the health-illness process and making a social diagnosis which will indicate if existing social resources should be set in motion.

The increase in the social health complexity of the patients tended by the emergency department requires to reinforce the importance of this social diagnosis. Along with the clinical diagnoses we must assess the social risk criteria that affect both the clinical treatment and the care continuity and may have a direct influence in the discharge or in the hospitalisation criterion.

All of that leads to formalize a protocol that guarantees an appropriate patient referral to the Emergency Room Social Work Service. This assures a comprehensive attention and treatment and makes visible our intervention in this service.

The objective of this article is to publicize the protocol of social intervention in the Emergency Service of the CHUAC. This protocol is, to our daily work, a fundamental advance in the integration and coordination with the other professionals of the Service, guaranteeing a true integral attention to the patients.

KEYWORDS

Hospital Social Work, Social Intervention, Emergency department, Social Risk Protocol

1. INTRODUCCIÓN

A atención sanitaria urxente en España representa un importante volume dentro das prestacións do sistema nacional de saúde. Trátase dunha vía de acceso extraordinaria ao sistema sanitario, inmediata e con dispoñibilidade continuada. Representa a principal vía de entrada á hospitalización, e con iso á asistencia especializada. Non obstante, a resposta á demanda de asistencia sanitaria urxente adquiriu na actualidade unha importante complexidade.

Existen factores como o envellecemento progresivo da poboación, o aumento de patoloxías crónicas e elevada comorbilidade, o cambio nos modelos familiares, o desenvolvemento desigual da Lei de dependencia e unha rede deficiente de servizos de proximidade, que favorecen a frecuentación

dos e das doentes ao servizo de urxencias, e fan máis complexas as propias patoloxías clínicas polas que se acode a este servizo. Todos estes factores fan que o servizo de urxencias sufra unha situación de constante presión asistencial. Non obstante, a súa abordaxe require de medidas de tipo estrutural, que van máis alá do propio sistema de saúde, pero que repercuten na utilización que doentes e familiares fan do servizo de urxencias.

- A isto debemos engadirlle que existen catro perfís de doentes, cada vez máis habituais neste servizo, que requiren dunha intervención sociosanitaria:
- Doentes con enfermidade mental grave, para estes o servizo de urxencias é a única vía de acceso á atención en crise.
- Persoas en grave situación de exclusión social con reingresos frecuentes, que empregan o servizo de urxencias como a vía habitual de acceso ao sistema sanitario; con asistencias derivadas en gran parte de multiproblemáticas relacionadas coa súa situación de exclusión, entre as que podemos destacar: intoxicacións etílicas ou por substancias, agresións, e/ou problemáticas de saúde relacionadas con prolongadas estancias en situación de rúa.
- Persoas estranxeiras sen dereito a asistencia sanitaria, en situación administrativa irregular, que empregan o servizo de urxencias como a forma de entrada ao sistema de saúde e que carecen posteriormente dunha continuidade asistencial, producíndose nestes casos unha ruptura no seguimento da atención a súa saúde.
- Persoas maiores en situación de fragilidade, pluripatolóxicas, sen rede familiar de apoio ou con rede familiar desgastada. Representando este último, o perfil de doente de maior complexidade e que con maior frecuencia debemos abordar dende o servizo de urxencias.

Estes doentes de alta complexidade sociosanitaria son dificilmente abordables de xeito integrado dende o servizo de urxencias. Precisan dunha intervención de grande amplitude que implique a diversos dispositivos e axentes sociais, facilitando unha atención integral e prolongada no tempo.

2. TRABALLO SOCIAL EN URXENCIAS DO COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DA CORUÑA (CHUAC)

O traballo social en urxencias debe entenderse como unha especialidade dentro do traballo social sanitario. Require dunha intervención áxil, con rápida toma de decisións, limitada no tempo e en ocasións afrontado intervencións xa iniciadas, con maior ou menor éxito, dende outros niveis de atención social.

Na área de urxencias, o traballo social sanitario é un servizo asistencial de apoio ao proceso de atención sanitaria, no que os indicadores sociais e o risco sociosanitario do e da doente, poden incidir de xeito significativo na súa saúde e na planificación da alta hospitalaria. A nosa función principal nesta área do hospital é:

- Realizar a valoración social da persoa con criterio de risco.
- Determinar a complexidade do caso e da intervención social.
- Establecer o plan de intervención sociosanitario.

Dende o servizo de traballo social do CHUAC, valorando a nosa intervención en urxencias nos últimos anos e tendo en conta a análise da xestión de casos de especial dificultade, detectamos a necesidade de introducir cambios e procesos de mellora que redundasen nunha atención asistencial de calidade. Ao mesmo tempo era necesario facilitar a nosa intervención interdisciplinar co resto de profesionais pertencentes ao servizo de urxencias.

Pero por que xorde este protocolo? O protocolo xorde a raíz das dificultades que percibiamos na nosa intervención no servizo de urxencias. Así, a unha intervención de por si complexa, tiñamos que lle engadir as dificultades que atopábamnos co noso propio sistema, que dificultaba a intervención aínda máis se cabe:

- A posible dificultade do persoal facultativo para identificar as situacións de risco social, téndoas en consideración nos seus diagnósticos e tratamentos clínicos, dun xeito integrado.
- A derivación informal dos e das doentes que se facía ao servizo de traballo social, xunto á limitada coordinación asistencial posterior.
- A falta de sistematización na interacción entre o servizo de traballo social e o propio servizo de urxencias, que á súa vez lle restaba visibilidade e valor ao arduo traballo desempeñado polo traballador e a traballadora sociais de referencia.
- A difícil abordaxe de doentes de saúde mental crónicos, nos curtos tempos de intervención deste servizo.

Á vez, todas estas dificultades, restábanlle calidade á asistencia prestada, e limitaban a abordaxe integral do/da doente, o que favorecía os reingresos no servizo de urxencias.

En base a estas dificultades percibiuse a necesidade de introducir procesos de mellora que garantiran unha axeitada atención sociosanitaria

dos/das doentes durante todo o tempo de permanencia no servizo de urxencias. Así como, que asegurase a integración do diagnóstico social no diagnóstico clínico do/da doente como garantía dunha atención integral. Todo isto reforzaría o diagnóstico social, como factor determinante, á hora de producirse os ingresos ou altas hospitalarias dende á área de urxencias.

As dificultades detectadas, engadimos un cambio no perfil dos e das doentes cos/coas que interviñamos en traballado social de urxencias: aumentaban en número pero tamén en complexidade. Así nos últimos cinco anos, produciuse un incremento progresivo do número de doentes que precisaban de intervención social no servizo de urxencias. No ano 2013 interveuse con 273 persoas, cun aumento progresivo e alcanzáronse as 376 intervencións no ano 2017. Isto supuxo un incremento do 37 % en tan só cinco anos.

Táboa 1. Doentes avaliados/as no servizo de urxencias



Fonte: Elaboración propia a partir dos datos do aplicativo REDISS anos 2013-2017

Pero como sinalamos este incremento non foi só numérico, tamén se produciu un incremento na alta complexidade e na carga sociosanitaria dos/das doentes atendidos/as.

A medición desta complexidade, fundamentouse na “Clasificación dos perfís de intervención segundo o Modelo de Xestión de Casos” (Campello, L. 2016, p.76), considerando o risco psicosocial que presentan os/as doentes, determinado polas necesidades de apoio e a carga de xestión sociosanitaria.

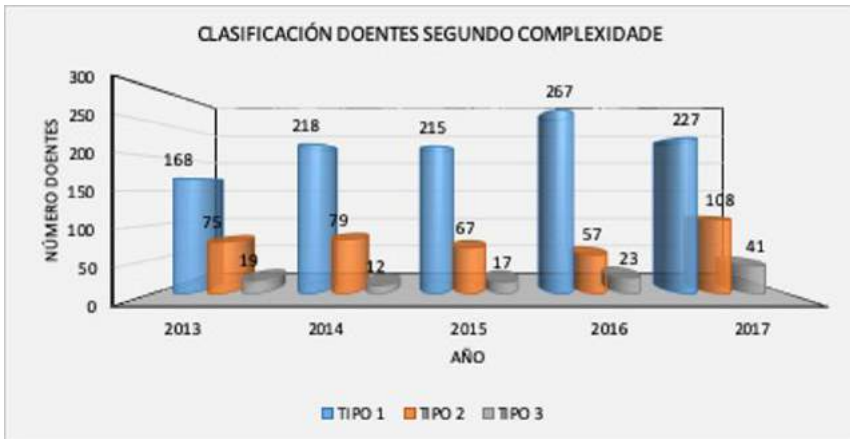
De acordo con Campello, L. (2016) este modelo de clasificación baséase na “autonomía social” que posúen os e as doentes para resolver as nece-

sidades de apoio que presentan e o proceso de intervención que requiren. Xorden así tres tipoloxías:

- **Tipo 1 ou de “abordaxe xenérica”**— caracterízanse por un tipo de intervención básica: estudo, valoración psicosocial e información -orientación- asesoramento e se fose preciso derivación a outro sistema ou servizo.
- **Tipo 2 ou de “abordaxe focalizada”**— require dun tratamento personalizado, que pode precisar mediación, xestión e/ou mobilización de recursos, apoio e acompañamento no proceso. Así como enlace con outros sistemas de continuidade máis ou menos especializados.
- **Tipo 3 ou de “abordaxe multidimensional”**— aqueles casos que presentan multiproblemática sociosanitaria. Caracterízase por requiren un modelo de intervención de “Xestión de caso complexo”, e o/a profesional é quen debe asumir o liderado na resolución do caso.

Deste xeito clasificamos os/as doentes atendendo a súa complexidade e valoramos a dificultade da intervención. Así, na táboa seguinte pódese apreciar o incremento, especialmente nos dous últimos anos, do grupo de doentes máis complexos, os denominados “Tipo 3 ou de abordaxe multidimensional”.

Táboa 2. Clasificación dos/das doentes segundo a complexidade



Fonte: Elaboración propia a partir dos datos do aplicativo REDISS anos 2013-2017

Se ben numericamente os/as doentes Tipo 3 non foron os/as máis significativos/as, tiveron un alto impacto no noso sistema sanitario, dado que supoñen a maior carga asistencial para o servizo de traballo social e, na maioría dos casos, un consumo de estancias hospitalarias evitables.

Este Tipo 3 de doentes incrementouse nos últimos anos. Concretamente no 2017 supoñen practicamente o 11 % dos/das doentes cos e coas que se intervén no servizo de urxencias, fronte ao 6 % que supoñen no conxunto de todos os servizos do hospital. Entendendo que estes casos, só excepcionalmente son resolubles desde este mesmo servizo, na maioría das ocasións non teñen outra saída inmediata que non sexa o ingreso hospitalario para lle dar continuidade á intervención social.

De acordo con todo o exposto anteriormente, destacando a alta complexidade dos casos, no ano 2018 aprobouse o “PROTOCOLO DE TRABALLO SOCIAL EN URXENCIAS”.

3. PROTOCOLO DE TRABALLO SOCIAL EN URXENCIAS

3.1. METODOLOXÍA

3.1.1. SOLICITUDE DE INTERVENCIÓN

A petición de intervención de traballo social, se realiza polo/a médico de Urxencias ou especialista responsable do e da doente, a través de interconsulta na historia clínica electrónica. Esta interconsulta é asignada o/á traballador/a social responsable do servizo de urxencias.

Os/as profesionais de servizos sociais comunitarios e outras entidades sociais, poden derivar tamén a aqueles e aquelas doentes que estean sendo atendidos/as en Urxencias en situación de risco ou vulnerabilidade sociosanitaria, da que teñan constancia. Inicialmente esta solicitude de intervención realízase vía telefónica, posteriormente deben acompañar unha solicitude de intervención social en Urxencias por escrito, vía correo electrónico ou fax.

3.1.2. COORDINACIÓN DOS E DAS TRABALLADORES/AS SOCIAIS COS/COAS PROFESIONAIS DO SERVIZO DE URXENCIAS

A intervención realizada por parte do/a traballador/a social e o estado do caso coa información o máis actualizada posible rexístrase na historia clínica electrónica, concretamente no apartado de consultas externas, de traballo social, xerando o noso propio curso clínico.

Ao mesmo tempo debe establecerse unha comunicación e información proactiva/coordinación co médico ou médica responsable do/a doente e/ou xefe/a de Urxencias, sempre que se considere preciso.

3.1.3. RESPONSABILIDADES DE TRABAJO SOCIAL NO SERVIZO DE URXENCIAS

A.- Valoración e intervención psicosocial:

- Estudo social (rede de apoio, condicións de vida, necesidade de coidados, recursos económicos, vivenda e hábitat...).
- Valoración das necesidades psicosociais e de risco sociosanitario tanto da persoa como medio para coñecer a complexidade do caso, orientar a intervención e apoiar a toma de decisións.
- Intervención psicosocial orientada á alta médica dende o Servizo de Urxencias, en función das necesidades de saúde do/a doente. Isto implica:
 - Apoio psicosocial e axuda ás familias co fin de reorganizar a atención despois do episodio de urxencias.
 - Información e asesoramento de recursos de apoio a alta (públicos, privados e terceiro sector).
 - Xestión e mobilización de recursos sociais de apoio ao coidado da persoa, en caso necesario.
 - Localización de familiares e/ou persoas da rede informal de apoio (veciñanza, amigos...) para implicalos no apoio e toma de decisións consensuadas.
 - Recompilación de documentación para trámites para recursos de apoio urxentes.
 - Implicar a rede social no apoio e seguimento, especialmente nos casos que retornan ao domicilio.
 - Coordinación con servizos sociais comunitarios e atención primaria de saúde de referencia, tanto para recadar información, como para derivación e seguimento se procede.

B.- Peche e destino do caso, partindo de que a responsabilidade da alta e ingreso hospitalario, lle corresponde ao/á médico ou médica ou especialista de referencia do/a doente no Servizo de Urxencias, as alternativas posibles son:

- Alta a domicilio habitual ou a domicilio alternativo (familiar, social...) con mobilización de recursos de apoio e derivación/enlace con servizos comunitarios.

- Ingreso en centro da rede de inclusión (albergue, fogares de atención a persoas en exclusión, pensións, pisos ou comunidades terapéuticas etc.) ou en programas de rúa (programa Sen Teito de Cruz Vermella, cocina económica, programas de Inclusión dos concellos...).
- Ingreso en centro residencial, xeralmente privado ou de iniciativa social, tendo en conta que os prazos de acceso a centro público implican procedementos moi prolongados no tempo, non axeitados para necesidades urxentes.
- Ingreso hospitalario segundo criterio de traballo social, en base á situación de complexidade sociosanitaria do/a doente e ao grave risco que suporía unha alta para a súa integridade física ou psíquica; engadido a que os tempos que requiren os procedementos de intervención social en casos complexos, non son compatibles cun servizo de urxencias.

Neste último suposto:

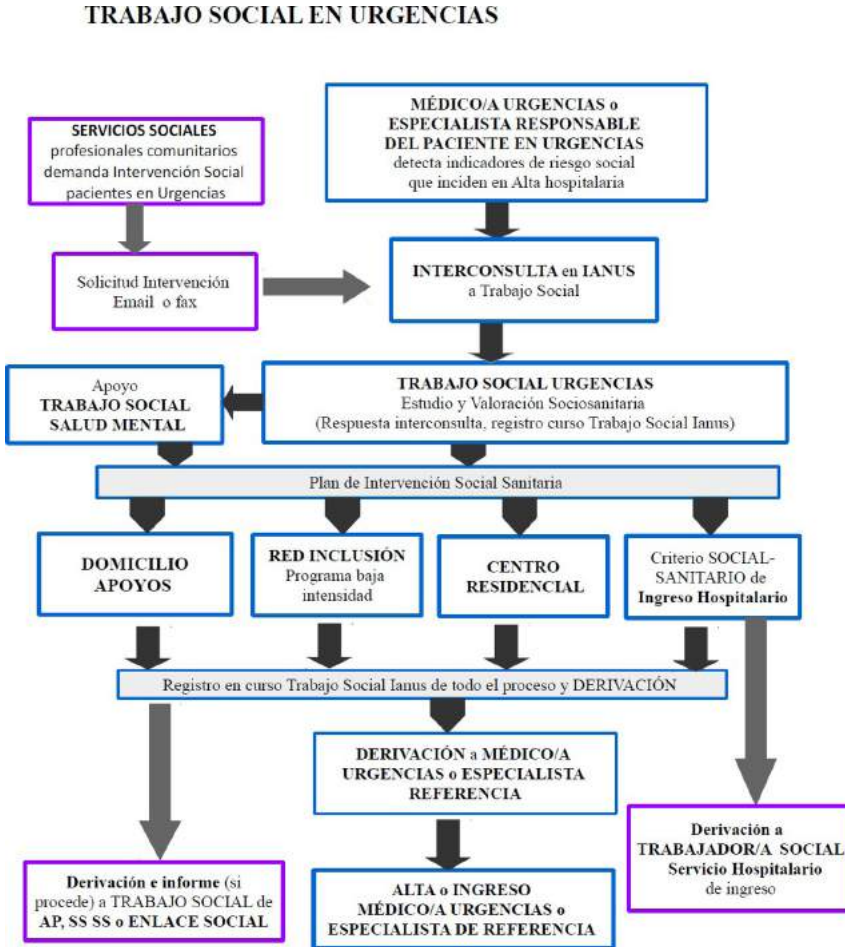
Informase o médico ou médica responsable ou especialista que leve o caso, mediante contestación de interconsulta e curso clínico de traballo social na historia clínica electrónica, do criterio sociosanitario de ingreso. É este, quen realiza o ingreso hospitalario seguindo o circuíto ordinario, con fin de completar a intervención social-sanitaria axeitada a cada doente, que garanta a continuidade da atención.

Así mesmo, dérívase a/o traballador/a social do servizo no que o/a doente vaia ingresar, para continuidade do plan de intervención sociosanitario.

Durante o proceso de intervención de traballo social, cando se precisan informes de saúde complementarios, como unha valoración cognitiva ou funcional dun especialista, como apoio para poder determinar o risco e o plan de intervención social que se vai seguir, pódese solicitar. A dita petición canalízase a través do/a médico/a responsable do/a doente.

C. Realízase informe social de derivación a Servizos Sociais Comunitarios, a Atención Primaria de saúde ou ao servizo específico que corresponda, para garantir a continuidade asistencial, tanto en caso de retorno ao domicilio, como a recurso social alternativo, sempre que así se considere.

FLUXOGRAMA



4. VALORES ENGADIDOS COA IMPLANTACIÓN DO PROTOCOLO

No tempo transcurrido dende a posta en marcha deste protocolo podemos constatar a implantación de melloras que supoñen un valor engadido ao traballo que vimos desempeñando. Entre elas destacamos:

- Indicar o ingreso do/a doente no hospital que por motivos sociosanitarios, e sendo inviable o retorno ao seu domicilio ou a algún dispositi-

vo alternativo, precisan a xestión dunha intervención complexa. Esta complexidade sociosanitaria é un criterio máis de ingreso en urxencias que á súa vez permite o ingreso en planta cunha identificación previa do/a doente, un plan inicial de intervención social-sanitario e unha correcta derivación ao traballador ou traballadora social de referencia pertencente ao servizo adxudicado ao/á doente.

- Unha maior implicación dos/as distintos/as profesionais na identificación e derivación sistematizada, en función de indicadores de risco social.
- Garantir o seguimento activo do/a doente por parte do persoal médico durante toda a estancia deste no servizo de urxencias, ata que finalice a intervención social.
- Integración da abordaxe social como unha parte máis do proceso asistencial. Os tempos de intervención social intégranse dentro do proceso da atención sanitaria en urxencias.
- Posibilidade por parte do/a traballador/a social de acceder a informes e valoracións médicas complementarias (psiquiatría, neuroloxía etc.) como instrumento para determinar o risco social e así establecer o plan de intervención e a toma de decisións axeitadas.
- Contar co apoio dos traballadores e traballadoras sociais de Saúde Mental (Servizo de Psiquiatría, Hospital de Día e USM) naqueles casos que presentan patoloxía psiquiátrica e intervención social previa.
- Favorecer que se visualice e se recoñeza a intervención social en saúde. Todo isto lévase a cabo a través da historia clínica electrónica (aplicativo IANUS), onde se rexistra a intervención realizada dende o noso servizo. Ao mesmo tempo, a dita información queda á disposición de todos os/as profesionais pertencentes ao sistema de saúde, facilitando a continuidade da asistencia.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Campello, L. & Sierra, M. (2016). Modelo de gestión de Trabajo Social Sanitario según tipología de pacientes. *Trabajo social y salud*, (85), 73-82.
- Camelo, A., & Cifuentes, R. M. (2006). Aportes para la fundamentación de la intervención profesional en Trabajo Social. *Revista Tendencias & Retos*, (11), 169-187.

- Defensor del Pueblo (2015) Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: Derechos y Garantías de los pacientes. Estudio conjunto de los defensores del pueblo.
- Miró, Ó., Sánchez, M., Coll-Vinent, B., & Millá, J. (2000). Estimación del efecto relativo que ejercen los determinantes externos e internos sobre la eficacia de un servicio de urgencias de medicina. *Medicina clínica*, 115(8), 294-296.
- Troiani, M. J. (2011). La identidad profesional del Trabajo Social en la Guardia de Urgencias. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, (63), 9-8.

A ATENCIÓN SOCIOEDUCATIVA A MENORES INFRACTORES, DÚAS REALIDADES AFASTADAS CON PERFÍS PRÓXIMOS: BRASIL E ESPAÑA

Rafael Arredondo Quijada. Doutor pola Universidade de Málaga (España). rafarrqui@uma.es

Raquel Coelho de Freitas. Doutora da Facultade de Dereito da Universidade Federal de Ceara (UFC) (Brasil). rclcesar@gmail.com

RESUMO

Desde a importancia de coñecer e describir como se desenvolve a acción de protección cara a menores vulnerables e en conflito, que á súa vez supoñen un sector de poboación clave para o desenvolvemento posterior dos países, xorde unha estancia posdoutoramento na Universidade Federal de Ceara (UFC). Cuxo resultado é a presente publicación, onde se comparan e contrastan dúas realidades sociolóxicas moi diferentes, pero no que refire ao perfil dos menores non tan afastada. Unha centrada na comunidade autónoma de Andalucía (España), e a outra de Brasil no estado de Ceará. Cuxo obxectivo principal son os menores con algún tipo de medida xudicial, que non conleva o internamento nun centro pechado, senón no medio aberto.

PALABRAS CLAVE

Menores, infractores, atención socioeducativa, intervención social, traballo social

RESUMEN

Desde la importancia de conocer y describir cómo se desarrolla la acción de protección hacia menores vulnerables y en conflicto, que a su vez suponen un sector de población clave para el desarrollo posterior de los países, surge una estancia postdoctoral en la Universidad Federal de Ceara (UFC). Cuyo resultado es la presente publicación, donde se comparan y contrastan dos realidades sociológicas muy diferentes, pero en lo que refiere al perfil de los menores no tan lejana. Una centrada en la comunidad autónoma de Andalucía (España), y la otra de Brasil en el estado de Ceará. Cuyo objetivo principal son los menores con algún tipo de medida judicial, que no conlleva el internamiento en un centro cerrado, sino en medio abierto.

PALABRAS CLAVE

Menores, Infractores, Atención socioeducativa, Intervención social, Trabajo Social,

ABSTRACT

From the importance of knowing and describing how the protection action is developed towards vulnerable and conflicting children, which in turn represent a key population sector for the subsequent development of the countries, a postdoutoral stay at the Federal University of Ceara arises (UFC) Whose result is the present publication, where two very different sociological realities are compared and contrasted, but in what refers to the profile of minors not so distant. One focused on the autonomous community of Andalusia (Spain), and the other from Brazil in the state of Ceará. Whose main objective are minors with some kind of xudicial measure, which does not involve detention in a closed center, but in an open environment.

KEYWORDS

Minors, Offenders, Socio-educational attention, Social intervention, Social Work,

1. INTRODUCCIÓN

A constante mellora da intervención social, en todos os seus aspectos e sectores de poboación, debería ser un elemento en continua abordaxe xa que virá non só a diminuír custos económicos senón sobre todo sociais, principal-

mente a xerar condicións de vida e benestar da sociedade no seu conxunto, como obxectivo máximo para alcanzar. Á vez que modificar dinámicas pechadas que inician bucles onde se reproducen accións sen a debida análise e avaliación en moitas das ocasións, xerándose un sentimento de ineficacia cara ao resto da poboación, e en moitas das situacións a formulación, ante a opinión pública, de que se está ante problemáticas imposible de solución, con altas taxas de reincidencia.

Aínda que máis aló dos aspectos teóricos que caracterizan diferentes modelos de acción, ante distintas problemáticas, posiblemente un dos factores menos analizados sexan como se organizan, estruturan e planifican tanto os recursos humanos, como os diferentes niveis de acción tanto a nivel público como en coordinación con outros axentes externos. Por iso é polo que o seu coñecemento, intercambio de experiencias e ideas, suxire un espazo propicio para a mellora. Polo que o desenvolvemento da investigación aplicada, que pretende estudar unha situación concreta coa intencionalidade de identificar carencias e problemas para posteriormente aplicar os coñecementos con fins prácticos, é clave, xa que se busca coñecer para poder alcanzar unha modificación da realidade (Ander-Egg, 1995).

Contar cunha estrutura organizativa o máis acertada posible, permitirá optimizar e rendibilizar os recursos dispoñibles e que se van aplicar. Se isto ademais se traslada ao ámbito de acción e sector de poboación que deu pé ao presente artigo, como son os menores, asume aínda unha maior importancia, ante a necesidade de priorizar o grao de eficacia na acción cara a este colectivo, sen desmerecer outros e outras situacións de conflito. Onde os países que foron analizados ademais son asinantes da Convención sobre os Dereitos do Neno (España e Brasil), que Mudanca e Flores (2014: 125) a definen como:

... un instrumento para a protección e promoción de dereitos vinculante e con superioridade xerárquica sobre todas as leis dos estados parte, o cal implica o desafío de adaptar a lexislación precedente e renderlle conta á comunidade internacional con respecto aos compromisos subscritos. É o tratado máis completo xa que incorpora toda a escala de dereitos internacionais (civís, económicos, políticos e sociais), así como aspectos de lexislación humanitaria.

Todo iso, identificando á vez catro tipos de dereitos: de supervivencia, de desenvolvemento, de protección e de participación (Mudanza e Flores 2014). Por iso é polo que as análises extraídas veñen espertar inquietudes de mellora, á vez que xerar un debate que debe ser aberto e en constante evolución, onde o benestar dos menores obxectos da intervención se debe situar no seu epicentro.

En base ao anterior é desde onde xorde unha estancia posdoutoramento cuxo obxectivo non é outro que: coñecer dous modelos organizativos no que á intervención con menores que teñen medidas no medio aberto se refire. Facilitando desta maneira a concreción de como se estrutura a intervención desde

dúas realidades, que non difiren nin en canto ao suxeito nin o obxecto desta. Para o que se realizaron procuras tanto de bibliografía nos dous países, como análise documental e intervención e participación en diferentes encontros e reunións realizadas cos organismos intervinientes na cidade de Fortaleza, capital do Estado de Ceará, relacionados coa protección de menores. Así, mantivéronse reunións de traballo co ministerio público e con representantes dos CRAS e CREAS da cidade de Fortaleza onde se puideron abordar cuestións relacionadas coas medidas de liberdade asistida cara aos menores que estes centros atenden. E tamén coa Rede Socieducativa de Medidas de Medio Aberto, participouse por último no Seminario Internacional de Medidas no Medio Aberto, que tivo lugar na Facultade de Dereito da Universidade Federal de Ceará (Figura 1), no que se presentou o Sistema de Reforma en España.

Figura 1. Cartel anunciador e programa do Seminario Internacional de Medidas no Medio Aberto (España-Brasil)

19 e 20 de Agosto de 2019 Horário: 19/08 às 18:00 horas
20/08 às 08:00 horas

**SEMINÁRIO INTERINSTITUCIONAL BRASIL
ESPANHA DE SOCIOEDUCAÇÃO, ARTE E
JUSTIÇA RESTAURATIVA**

*(com a presença do professor Rafael Arraondo Bujanda -
Universidade de Málaga-ESP)*

Local: Anfiteatro da Faculdade de Direito da UFC.
Rua Meton de Alencar, S/n - Centro, Fortaleza

Programação
segunda -feira 19/08

17:30 Cofundamento
18:00 - Apresentação de abertura
Apreciação de Diogo Brasil - Adilzete do Centro Socieducativo Ceardensidrio;
18:15 - Mesa de abertura do seminário
- Professor Dr. José Cândida Lemos Attencour e Albuquerque - Diretor de curso de Direito da UFC;
- Raquel Coelho de Freitas - Professora da Curso de Direito da UFC;
- Dr. Luiz Ramon Teixeira Corvelho - Superintendente do Seae;
19:00 - Palestra Magna: Liberdade Assistida e a Socialização no Espaço
Professora Rafael Arraondo Bujanda - Universidade de Málaga, Espanha
19:45 - Composição de Mesa - Liberdade Assistida e o Sistema de Justiça
Mediadora Francisca Silva - Coordenadora das Diversas Socieducativas das Seas
- Dra. Antônio Lima Sousa - Procuradora de Justiça - MPCE;
- Dr. Raimundo Donaceti Rodrigues Junior - Juiz de Direito, Coordenador do Juizado do Infância e Juventude;
- Dra. Luciana Maria de Oliveira do Amaral - Defensora Pública do 2º Defensorado de Atendimento aos Juvenis e Adultos em um complexo no Car de Fortaleza;

Terça -feira 20/08

08:00 - Cofundamento
08:30 - Abertura do Seminário
09:00 - Composição da Mesa - Construção e Desafios do Plano
Diurnal
Mediadora Ana Tereza Cruz - Coordenadora de Monitoramento Seas
- Everton Cabral Maciel - Orientador de Célula de Gestão - Seapig
- Renan Santos Pinheiro - Fórum DCA
- Dra. Antônio Lima Sousa - Procuradora de Justiça - MPCE
- Valério Cruz - Grupo de rede de Fortaleza
14:00 - Abertura de tarde
- Apresentação artística com o grupo de Diogo Akissi Barbosa
14:12 - Composição da Mesa - Pánel - Liberdade Assistida e suas experiências.
Mediador: Eliseu Pereira Gervasio - Coordenador do Programa de Sigmas do Seae
- Inocencio de Oliveira Machado - Gerente do Célula de Proteção Especial - PSE do Secretariado de Desenvolvimento Social, Direitos Humanos e Combate à Fome do município de Fortaleza;
- Maria do Silveira Nogueira - Coordenadora do Coordenadora Especial de Gestão Integrada de Assistência Social da Secretaria de Desenvolvimento Social, Direitos Humanos e Combate à Fome do município de Fortaleza;
- Adolécere Francisco
- Luciano Otávio Alves Ribeiro - Diretor do Escola Municipal Celso de Lima Silva -

organização

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Nudi
UFC

2. OS MENORES DE HOXE: ADULTOS DE MAÑÁ

2.1. O menores reflexo da sociedade actual

A Convención dos Dereitos do Neno adoptada pola Asemblea Xeral das Nacións Unidas o 20 de novembro de 1989, e entrada en vigor o 2 de setembro de 1990, recoñece o dereito daqueles individuos menores de 18 anos do pleno desenvolvemento mental, físico e social ademais da expresión libre-

mente das súas opinións. Este texto ten o seu antecedente na Declaración Universal dos Dereitos do Neno no ano 1959, como lembran Pastor, Prado e Moraña (2018). E aínda que transcorreron sesenta anos, na actualidade os menores seguen sendo obxecto de toda unha serie de riscos sobre os que se fai necesaria unha reflexión e actuación urxente en moitas das ocasións.

Posiblemente un dos elementos máis importantes para ter en conta na actualidade sobre factores que lles afectan de maneira directa aos menores, sexa o da violencia. As teorías reactivas sosteñen que a orixe da violencia se atopa na contorna ambiental na que esta se manifesta, de forma que é o contexto o que interfere sobre o individuo e lle fai adoptar este tipo de condutas que se establecen a modo de resposta (Garaigordobil e Oñederra, 2010; Gómez, 2013). Na Táboa 1 concréntanse as principais subcorrentes que se estableceron dentro das teorías activas e dentro das teorías reactivas.

Táboa 1. Teorías sobre a orixe da violencia

	Subcorrentes	Ideas centrais
Teorías activas: a violencia é un impulso innato.	Teoría xenética	Hai un compoñente xenético que predispón o individuo cara á violencia.
	Teoría etiolóxica	A violencia é unha reacción que lle facilita a adaptación ao individuo e que lle permitiu sobrevivir.
	Teorías da personalidade	A violencia é un trazo estrutural das variables persoais do individuo.
	Teoría da frustración	A agresión é froito da frustración do individuo ante o medo a non alcanzar as súas metas.
	Teoría da activación	A agresión nace cando o individuo entra en estado de cólera, que precede á frustración, pero comparte con ela a motivación.

Teorías reactivas: a violencia é resultado da interacción coa contorna.	Teoría da aprendizaxe social	A agresión é o resultado da aprendizaxe social baixa o que o individuo tivo contacto coa violencia e observou que ten recompensas.
	Teoría sociolóxica	A violencia é froito da interacción social, de forma que está influenciada por factores culturais.
	Teoría ecolóxica	A violencia é produto da interacción coa contorna.

Fonte: Elaboración propia a partir de Garaigordobil e Oñederra (2010) e Gómez (2013)

De forma xenérica, de acordo con Gómez (2013) o termo violencia fai referencia á supeditación dunha serie de medios co obxectivo de danar a outros; neste tipo de condutas con carácter xeral perséguese a conquista dun obxectivo persoal, a violencia é un medio instrumental a través do que se pode posibilitar acceder á consecución de tales fins. A abordaxe deste termo ha de ser desligada dun concepto co que se pode atopar un certo paralelismo, o de agresión. As diferenzas entre violencia e agresión foron explicadas en clave cultural, de forma que, como destacou Sanmartín (2004) a violencia é o resultado das interaccións que se producen entre a bioloxía e a cultura, a diferenza da agresión, froito do instinto do individuo.

Na actualidade os menores viven e conviven en contornas ben de maneira directa e/ou indirecta onde a violencia xoga un papel importante. Desde o ámbito do lecer: vodexogos, películas e series, lugares de entretemento etc., a outros máis próximos que en moitas das ocasións forman parte da súa propia contorna de relacións: barrio, cuadrilla, grupo de iguais etc. Unha violencia que non ten que ser puramente física, senón transmitida e considerada noutras manifestacións como pode ser: psicolóxica, económica etc. Escenarios que chegan a converterse en habituais e normalizados para os menores e que veñen en ocasións a xustificar ante eles mesmos os seus comportamentos e accións. Desde esta premisa os menores de hoxe non son senón reflexo da sociedade na que se atopan inmersos, polo que só un cambio nesta posibilitará un cambio nos seus comportamentos. Sen esquecer que ese cambio haberá de producirse en e cos axentes socializadores como son a familia, a escola, a comunidade e a contorna dos iguais do propio novo, considerando á vez de maneira moi

directa o complexo mundo actual das redes sociais, con internet como elemento que se sitúa a nivel de eixo vertebrador, e todo o que significa a comunicación desde os *mass media*.

2.2. Intervención no medio aberto

A experiencia do menor co ambiente sociocultural posibilitalle a adquisición dunha personalidade xuízosa do mesmo xeito que un conxunto de valores propios (Ocón, 2004.). Por iso é polo que considerando as ideas achegadas por Petrus (1997), na intervención educativa con menores con dificultade ou conflito, especialmente nos procesos de execución das medidas xudiciais no medio aberto, se pode indicar cara á consideración da educación social, esta:

- a. como adquisición de competencias sociais, é dicir, a acción educativa que ten como obxecto a aprendizaxe das virtudes ou capacidades sociais que un grupo ou unha sociedade considera correctas e necesarias á súa integración.
- b. como socialización, un proceso que lles permite aos individuos integrarse na sociedade, asimilando normas, valores e actitudes necesarios para convivir sen demasiados conflitos no seu grupo social (Silvia, 2002).

Pero non só desde a educación social se enfoca e se realiza unha intervención con menores no medio aberto, senón que o labor para desenvolver está constituído por un plan de acción deseñado desde un enfoque interprofesional, desde a psicoloxía ao traballo social, que suman para conformar o triunvirato da acción social profesional con estes menores. Onde o concepto de medio aberto fai referencia ás medidas xudiciais que se executan na contorna familiar e social do menor (Blasco e Almirall, 2012). Unha intervención no seu medio natural onde se xerou a situación conflictiva, teniendo en cuenta as causas polas que se cometeu a infracción e incidindo en diversos ámbitos como: o familiar, o escolar, o laboral etc., todos eles núcleos que favorecen a reinserción e resocialización do menor infractor.

Esta intervención no medio aberto necesita á súa vez dunha coordinación cos diversos axentes e recursos sociais, desde o ámbito sanitario, ao escolar ou ao dos servizos sociais. Xa que o proceso de intervención e socialización non se pode interpretar desde elementos estancos sen conexión, senón ao revés, urxe a implementación de redes para non só establecer sinerxias entre os distintos actores, senón tamén para desenvolver unha intervención o máis acertada e completa posible, que dea como resultado o éxito da medida e non se produzan altos índices de reincidencia,

á vez que unha sensación de fracaso da intervención e da medida aplicada ao conxunto da sociedade. Desde unha análise da literatura especializada sobre que intervencións son as que establecen mellores porcentaxes na redución da reincidencia, son aquelas que:

axudan a que o suxeito desenvolva estratexias máis hábiles de solución de problemas; que dispoñen de autocontrol para non responder con violencia fronte a provocacións, reais ou imaxinarias; que sexa capaz de relacionarse nos contextos escolares, laborais e sociais onde poida forxar un autoconceito positivo. (Garrido, et al., 2009: 22)

De cara a achegar un posible paralelismo nos recursos existentes centrados na intervención con estes menores e as súas familias en cada un dos países abordados, recóllense na seguinte Táboa 2, dous recursos por cada un dos estados no seu nivel de comunidade autónoma no caso de España e de estado no caso de Brasil, desde o máis xeral ao específico.

Táboa 2. Denominación dos recursos existentes de atención a menores e familias

Brasil (Ceará)	España (Andalucía)
Centro de Referencia de Asistencia Social (CRAS)	Nivel primario de Servizos Sociais (Centro de Servizos Sociais Comunitario)
Centro de Referencia Especializado para Asistencia Social (CREAS)	Equipos de Tratamento Familiar (ETF)

Fonte: Elaboración propia

A atención social en Andalucía (España) vén marcada pola súa norma de referencia nesta materia, como é a Lei 9/2016, do 27 de decembro, de servizos sociais de Andalucía. Onde define os centros de servizos sociais comunitarios, dentro do nivel primario, como:

2. ... o primeiro nivel de referencia para a valoración das necesidades, a planificación, a intervención, tratamento, seguimento, avaliación da atención e coordinación con outros axentes institucionais do Sistema Público de Servizos Sociais de Andalucía, garantindo a universalidade no acceso a este e a súa proximidade ás persoas usuarias, familias, unidades de convivencia e grupos da comunidade.

3. ... constituirán o nivel de referencia para a prevención de situacións de vulnerabilidade social, a valoración das necesidades, a planificación, a intervención, o seguimento e a avaliación da atención, así como a coordinación con outros axen-

tes e institucións presentes no territorio, co obxecto de articular a resposta ás necesidades individuais, familiares, grupais e comunitarias de atención. (BOJA 248, p. 23)

No que respecta a Brasil o recurso con certa analoxía sería o denominado como Centro de Referencia de Asistencia Social (CRAS), definido como a porta de entrada á asistencia social: “É un lugar público, situado principalmente en áreas de maior vulnerabilidade social, onde se ofrecen servizos de asistencia social, co obxectivo de fortalecer a convivencia coa familia e a comunidade. (Ministerio da Cidadanía. Secretaría Especial do Desenvolvemento Social).

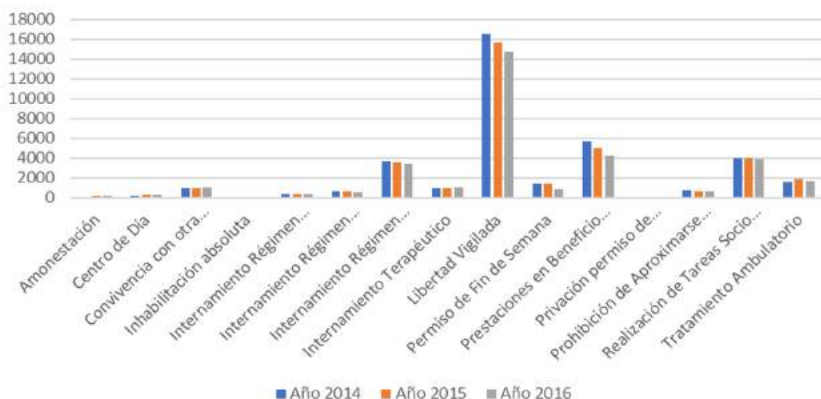
Nun segundo nivel, situaríase o Centro de Referencia Especializado para Asistencia Social (CREAS), como “unha unidade pública da política de asistencia social onde se atende a familias e persoas en risco ou que foron violadas.” (Ministerio da Cidadanía. Secretaría Especial do Desenvolvemento Social), no que respecta a Brasil. Un recurso para identificar a nivel da comunidade autónoma andaluza en España, cos equipos de tratamento familiar (ETF), cuxo obxectivo é “... proporcionarlles ás familias con menores en situación de risco ou desprotección, un tratamento específico e integrador que permita a adquisición de pautas rehabilitadores que compensen a situación que poida afectar directa ou indirectamente ao benestar dos menores” (Junta de Andalucía).

2.3. Aspectos cuantitativos de dúas realidades, non tan diferentes

A continuación, detállase a modo de radiografía desde a consideración de variables cuantitativas, as dúas realidades que son obxecto desta publicación, a correspondente a Brasil (estado de Ceará) e a España (Comunidade Autónoma de Andalucía), no que a menores con medidas se refire.

Na Gráfica 1 móstrase a evolución desde o ano 2014 ao 2016 en España, das diferentes medidas que son susceptibles de lles ser impostas aos menores por parte dos xuíces, todas elas recollidas no art. 7 da Lei orgánica 5/2000, do 12 de xaneiro, reguladora da responsabilidade penal dos menores. A liberdade vixiada é a medida máis utilizada polos xuíces, representando entre un 44 %-45 % do total, seguida das prestacións en beneficio da comunidade e en terceiro lugar a medida de realización de tarefas socioeducativas, todas elas medidas no medio aberto e suman entre as tres un 70 % ou o que é o mesmo tres de cada catro medidas.

Gráfica 1. Evolución das medidas (art. 7 da LORPM) executadas en España durante os anos 2014-15 e 16

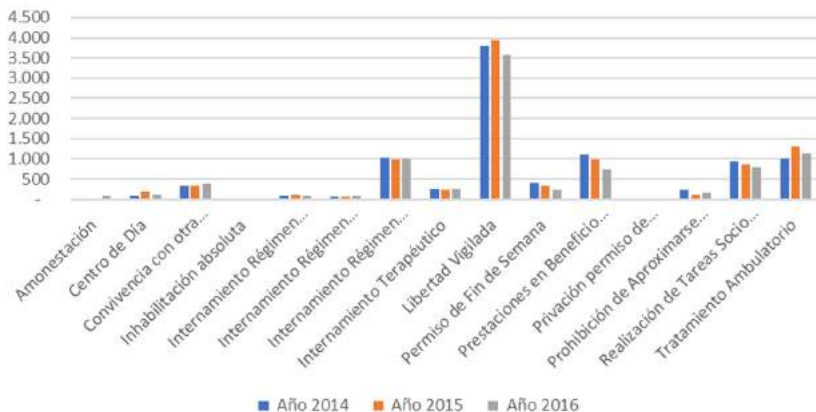


Fonte: Elaboración propia a partir do Sistema Estatal de Información de Servizos Sociais

No caso concreto da comunidade autónoma de Andalucía, (Gráfica 2), tamén foi a liberdade vixiada a medida máis utilizada polos xuíces no período do ano 2014 ao 2016, representando o 41 % do total. Seguíndolle a medida de tratamento ambulatorio, e en terceiro lugar o internamento en réxime semiabierto, neste caso diferindo dos resultados a nivel estatal.

Pola súa banda, se se comparan os resultados desde a globalidad na evolución dos tres anos, a nivel estatal existiu unha diminución no que a medidas executadas refírese do 11,43 % no ano 2016 con respecto ao 2014. Porcentaxe que en Andalucía só foi do 7,19 %, máis de catro puntos de diferenza. Á vez que se pode extraer un perfil destes menores desde a consideración do xénero e a idade, sendo na súa maioría do xénero masculino (83 %) e nun tramo de idade maioritario que vai de 16 a 17 anos, representando o 45 % do total no ano 2016, incrementábase nun punto con referencia ao ano 2014.

Gráfica 2. Evolución das medidas (art. 7 da LORPM) executadas en Andalucía durante os anos 2014-15 e 16



Fonte: Elaboración propia a partir do Sistema Estatal de Información de Servizos Sociais

No caso de Brasil e tomando como referencia a enquisa nacional sobre medidas socioeducativas no medio aberto, realizada polo Ministerio de Desenvolvemento Social, Brasil no ano 2018 tiña 117 207 adolescentes e mozos que cumprían liberdade asistida e/ou servizo comunitario. Unha cantidade que viña representar o 82 % de todas as medidas socioeducativas aplicadas no país, onde as de semiliberdade e hospitalización incluíanse no 28 % restante (Sousa e Camelo, 2018). Esta enquisa tamén facilita un perfil destes adolescentes, sendo este o dun mozo de sexo masculino (o 88 %), cunha idade media que se sitúa entre os 16 e 17 anos (46 %) e que cumpre medidas por tráfico de drogas nun 20 % dos casos, seguido de roubo nun 15 % e de furto nun 10 %.

De maneira específica no estado de Ceará eran 1.631 os adolescentes identificados con medidas socioeducativas, onde o 60 % situábase tan só en catro municipios: Fortaleza (capital do estado), Caucaí, Sobral e Aracati.

Desde a comparativa de ambos os estados e países, o perfil dos menores que cumpren medidas socioeducativas non difire con respecto ao xénero, maioritariamente homes sobre mulleres, un 83 % no caso de España sobre un 88 % no caso de Brasil. Nin na idade, esta sitúase entre os 16 e 17 anos en ambos os casos. Só se marca unha diferenza que é respecto á orixe da infracción que xerou a posterior medida, así mentres en Brasil se sitúa en primeiro lugar a droga seguida do roubo e o furto, no caso de España en primeiro lugar sitúase accións contra o patrimonio, seguido de lesións (Junta de Andalucía).

5. CONCLUSIÓN

Como se indicou anteriormente, os menores e mozos non son senón o reflexo dos seus iguais na actualidade: a sociedade na que lles toca vivir en función do territorio e da contorna persoal e familiar no que conviven. Por iso é polo que calquera intervención para realizar con eles non pode perder de vista e non considerar esta variable que é clave para obter resultados positivos e cambios nos comportamentos e actitudes.

Cando ocorren feitos e accións prexudiciais non só para os propios menores senón para a sociedade no seu conxunto, que xera sancións cara a eles, raras veces se realizan reflexións máis aló do feito ocorrido desde onde analizar o porqué deses comportamentos. Ante a rapidez dos acontecementos e para trasladar unha sensación cara á cidadanía de tranquilidade, recórrese por parte das administracións para realizar alegacións que adoitan ir no endurecemento das medidas coercitivas e para nada en reflexionar de maneira pausada sobre o ocorrido. Medidas que mesmo

logo non teñen un seguimento e acompañamento para comprobar se se puxeron en marcha.

A intervención con menores a través de medidas no medio aberto, supoñen un esforzo non só de cara ao menor e o seu contexto, senón tamén para a opinión pública e a sociedade. Xa que estas medidas trasládanse en moitas das ocasións como inútiles e con faltas de rigor e/ou dureza sobre o ocorrido. Por iso é polo que cando estas medidas non obteñen un resultado satisfactorio, senón pola contra xeran reincidencias no comportamento do menor, non só fracasa o menor senón o sistema no seu conxunto, un sistema que é o que se atopa na xénese de moitas das accións que o menor e/ou mozo realiza, situándose nun bucle de acción reacción.

Este tipo de medidas, aínda que en xeral a intervención social, require de dispoñer duns recursos suficientes tanto no económico como no ámbito do persoal e material. Uns recursos inexistentes en moitas das ocasións xa que é o sector social o máis afectado e un dos primeiros recorrentes á hora de accionar recortes e medidas económicas por parte das administracións. Non considerando os recursos dedicados ao ámbito social como investimento, senón pola contra como gasto proclive e fácil de eliminar xa que dificilmente e/ou raramente o sector ao que vai dirixido se atopa estruturado e con capacidade de reivindicación. Polo que volvendo á falta de análise que xa se comentaba, esta variable de escaseza de recursos é moi importante cando de avaliar e detectar que é o que está a fallar refírese, para que un menor volva a reincidir ou unha intervención social non obteña os resultados que se lle espera.

Por último, e os datos cuantitativos que neste artigo describíronse veñen confirmalo, aínda que hai unha distancia que supera os 5.700 kms., entre España e Brasil, son os mozos con idades comprendidas entre os 16 a 17 anos os que máis sancións reciben e atópanse cumprindo medidas no medio aberto, e aínda que a orixe do feito se está afectado polo contexto social do territorio, os aspectos como son o xénero e a idade debesen de ser indicadores de alerta á hora de desenvolver proxectos e/ou medidas preventivas en ambos os lugares.

6.- BIBLIOGRAFÍA

- Ander-Egg, E. (1995). *Técnicas de investigación social*. Argentina: Lumen
- Blasco, C. e Almirall, J. (2012). Acción socioeducativa con familias no ámbito da xustiza xuvenil desde o Medio Aberto. *Revista de Educación Social* 15. Recuperado de <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2014/12/doutrina34784.pdf>.
- Constitución Española. Recuperado de <https://www.boe.es/legislacion/documentos/constitucioncastellano.pdf>.

- España. Convención dos dereitos do neno, adoptada pola Asemblea Xeral das Nacións Unidas o 20 de novembro de 1989. *Boletín Oficial do Estado*, núm. 313, do 31 de decembro de 1990, pp. 38.897 a 38.904
- España. Lei 9/2016, do 27 de decembro, de Servizos Sociais de Andalucía. *Boletín Oficial da Junta de Andalucía*, núm. 248, do 29 de decembro de 2016, pp. 5.415 a 5.487.
- Garaigordobil, M., e Oñederra, J.A. (2010). *A Violencia entre iguais: Revisión teórica e estratexias de intervención*. Madrid: Pirámide.
- Garrido, V., Rodríguez, J.F., Garde, A., Blanco, A., Tresgallo, P., Balbás, J., Fernández-San, C., Rodríguez, M^a E., Díaz, A., Martínez, F., González, V., Baudín, F., Díaz, M^a A., Elías, L., Salgueiro, M., Samperio, E., Díaz-Aja, G., Lobote, J. I. e Ruiz, I. (2009). *A predición e a intervención cos menores infractores: un estudo en Cantabria*. Cantabria: Dirección Xeral de Políticas Sociais. Recuperado de <http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/A%20prediccion%20e%20a%20intervencion%20con%20os%20menores%20infractores.pdf>.
- Gómez, A. (2013). Bullying: o poder da violencia. Unha perspectiva cualitativa sobre acosadores e vítimas en escolas primarias de Colima. *Revista mexicana de investigación educativa*, 18(58), pp. 839-870.
- Junta de Andalucía. Xustiza Xuvenil. Memorias, informes e indicadores básicos. Recuperado de <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/turismoregeneracionjusticiayadministracionlocal/areas/justicia/juvenil/paginas/indicadores-basicos-xustiza-xuvenil.html>.
- Ministerio da Cidadanía. Secretaría Especial do Desenvolvemento Social. Recuperado de <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento/cras>.
- Mudanca, R., e Flores, C. (2014). Dereitos do neno, participación infantil e formación cidadana desde espazos educativos non formais: a experiencia do Consello Consultivo de Nenos, Nenas e Adolescentes da comuna de Coquimbo, Chile. *Temas de Educación*, 1, pp. 123- 141.
- Ocón, J. (2004). Unha análise comparativa das medidas alternativas de protección de menores en Andalucía e España. *Cadernos de Traballo social*, 17, pp. 63-81.
- Pastor, E., Prado, S. e Moraña, A. (2018). Impacto da Convención sobre os Dereitos do Neno nos estados de Arxentina, Brasil, Chile, España e Uruguai. *Revista Prisma Social* n^o 23, pp. 66-100

- Petrus, A. (1997). *Pedagogía social*. Barcelona: Editorial Ariel
- Sanmartín, J. (2004). *O labirinto da violencia: causas, tipos e efectos*. Madrid: Editorial Ariel.
- Silva, D. (2002). *A educación social, en Infracción xuvenil e educación social. Monografías. Con Programa Ferramentas*. Uruguai: Defensa dos Nenos Internacional.
- Sistema Estatal de Información de Servizos Sociais (2019). Recuperado de https://seiss.imsero.es/ibi_apps/WFServlet?IBIAPP_app=wfsui &IBIF_ex=SUIFX001&CLA_FEX=2100&COD_ANIO=2016&random=20190811
- Sousa de, M. e Camelo, A. (Coord.) (2018). Relatorio dá pescuda nacional das medidas socioeducativas en meio aberto. Non sistema único de Asistencia Social. Brasil: Ministerio do Desenvolvemento Social. Recuperado de <http://blog.mds.gov.br/redesuas/pesquisa-mse/>.

ACHEGAS SOBRE O COLECTIVO DE PERSOAS XORDAS PARA UNHA INTERVENCIÓN SOCIOCULTURAL EN TRABALLO SOCIAL

Leticia González Mosquera

RESUMO

O presente artigo presenta un extracto da investigación realizada a través dun traballo de campo etnográfico co colectivo de persoas xordas da Asociación de Persoas Xordas de Ourense. A través do coñecemento das características da súa comunidade, da importancia dada ao valor da súa lingua, a lingua de signos, e dunha comprensión das súas prácticas culturais, é posible ofrecer unha guía de acción valiosa sobre as formas de ser do/a “outro/a” xordo/a como minoría lingüística e cultural. Esta “guía” como resultado final, pretende orientar a intervención profesional en traballo social co colectivo de persoas xordas dende unha perspectiva sociocultural en oposición a unha médica- rehabilitadora baseada nas nocións de minusvalía ou discapacidade.

PALABRAS CLAVE

Comunidade xorda, lingua de signos, prácticas culturais, traballo social, colectivo de persoas xordas.

RESUMEN

El presente artículo presenta un extracto de la investigación realizada a través de un trabajo de campo etnográfico con el colectivo de Personas Sordas de la Asociación de Personas Sordas de Ourese A través del conocimiento de las características de su comunidad, de la importancia dada al valor de su lengua, la lengua de signos, y de una comprensión de sus prácticas culturales, es posible ofrecer una guía de acción valiosa sobre las formas de ser “del otro/a” sordo/a como minoría lingüística y cultural. Esta “guía” como resultado final, pretende orientar la intervención profesional en trabajo social con el colectivo de Personas Sordas desde una perspectiva sociocultural en oposición a una médica-rehabilitadora basada en las nociones de minusvalía o discapacidad.

PALABRAS CLAVE

Comunidad sorda, lengua de signos, prácticas culturales, trabajo social, colectivo de personas sordas.

ABSTRACT

This paper presents an extract of a research carried out through an ethnographic field work with Deaf People from the Ourense’s Association of Deaf People. Through knowledge of the characteristics of their community, the inherent importance given to the value of their language, Sign Language, and an understanding of their cultural practices, it is possible to offer a valuable action guide on the different ways of being another deaf person living in a linguistic and cultural minority. This “guide” as a final result, aims to guide the intervention of professional social workers with the Deaf People group from a sociocultural perspective as opposed to a rehabilitative doctor based on the notions of handicap or disability.

KEYWORDS

Deaf community, Sign Language, cultural practices, social worker, deaf people collective.

INTRODUCCIÓN

Dende sempre existiron comunidades de persoas xordas en todo o mundo, pero o interese académico polas súas peculiaridades socioculturais é relativamente recente. A maioría dos estudos xurdían dende unha perspectiva médica, rehabilitadora, baixo a consideración da xordeira como unha pato-

loxía que era preciso curar, “o modelo tradicional, oral e con base médica, ten un obxectivo primordial: rehabilitar o deficiente auditivo” (Chavarría, 1994:3). Así pretendíase “integrar” as persoas xordas na sociedade oínte maioritaria sen ter en conta as súas especificidades.

O meu interese no estudo das persoas xordas como comunidade diferenciada, cunha cultura, identidade e lingua propias, xorde da inmersión nela como membro desta, dando comezo coa práctica do traballo social co colectivo e tras a reflexión de que unha correcta intervención profesional debe pasar antes por un coñecemento profundo de todas estas realidades.

Este traballo sintetiza algunhas das experiencias recollidas con parte da comunidade de persoas xordas da provincia de Ourense, que se reunía na Asociación de Persoas Xordas da cidade durante os anos 2014-2015. O meu interese céntrase en como constrúen as persoas xordas os criterios de adscrición e pertenza á súa comunidade así como ás súas producións culturais materializadas en prácticas concretas. A través das súas historias de vida demostran como facer da alteridade unha identidade cultural reafirmada, obxectivada en reivindicacións creativas no desenvolvemento histórico dunha lingua, unha cultura e unha comunidade propias. O obxectivo último é o de proporcionar unha descrición útil do colectivo para visibilizar as súas distintas características, capacidades e necesidades, así como orientar a intervención en traballo social dende a consideración do colectivo como unha minoría lingüística e cultural.

2. METODOLOXÍA DE INVESTIGACIÓN

A proximidade ao obxecto de estudo foi posible ao converterme en membro da súa comunidade tras aprender lingua de signos e participar activamente nos seus eventos e actividades. Esta circunstancia, brindoume posteriormente o acceso á recollida de datos a través de entrevistas en profundidade con persoas xordas e oíntes da comunidade. Iniciouse a observación participante no ano 2014, a realización das entrevistas realizase no ano 2015 e a análise dos datos durante o 2018.

A categorización dos datos obtidos a través das técnicas de observación participante e entrevista realizouse empregando unha metodoloxía reflexiva e interpretativa. Utilizouse un enfoque holístico, mantendo un especial interese polas descricións emic da comunidade xorda e unha posterior análise cualitativo dos fenómenos observados.

O perfil das persoas entrevistadas responde á procura de posicións diferentes na comunidade. Así, realizáronse sete entrevistas en profundidade semiestruturadas —catro a persoas xordas e tres a persoas oíntes—. As persoas xordas entrevistadas foron as seguintes: unha muller

líder na comunidade, un home profesor de Lingua de Signos Española, un home hipoacúsico integrado na comunidade xorda e un home xordo traballador social.

En canto as persoas oíntes: unha intérprete de lingua de signos e dous ¹CODA: dúas fillas de pais xordos. As entrevistas realizadas ás persoas xordas foron gravadas en vídeo en lingua de signos española ao coñecer a entrevistadora a lingua nativa e non necesitar o uso de intérprete de lingua de signos e posteriormente transcritas-traducidas e analizadas. As das persoas oíntes foron realizadas mediante cuestionario semiestructurado por escrito para facilitar a reflexión.

3. O PROBLEMA DA DEFINICIÓN

A evolución histórica da concepción da xordeira polo propio colectivo (perspectiva emic) e pola sociedade oínte maioritaria, percorreu un longo camiño dende a consideración desta alteridade como “anormalidade”, pasando por unha perspectiva médico rehabilitadora que pretendía “normalizar”, “curar” e/ou “educar”, ata unha perspectiva sociocultural na actualidade. “O modelo cultural (ou lingüístico ou funcional) despatoloxiza a xordeira ao ver as persoas xordas como un grupo minoritario lingüístico e cultural dentro dunha sociedade oínte, marcado pola diferenza en lugar da limitación”. (Wright e Reese 2014:276).

Así, é habitual atopar que na sociedade oínte emprégase con frecuencia o cualificativo “xordomudo”, terminoloxía que deriva da consideración da xordeira como “anormalidade” ou “discapacidade”, e que no uso común emprégase para referirse a persoas “xordas de nacemento”, isto é, prelocutivas, cuxa xordeira prodúcese antes da adquisición da linguaxe. Este grupo mantén unha diferente categorización con respecto ás poslocutivas, que adquiriron a linguaxe e con posterioridade presentaron unha perda da función auditiva.

Dende un punto de vista “emic”, as persoas xordas non tratan a perda auditiva como discapacidade, si non que a transforman nunha diferenza positiva baixo a cal xurdiu unha lingua propia xeradora dunha cultura e identidade xordas. Neste sentido, as súas reivindicacións diríxense á supresión das barreiras de comunicación que dificultan o seu día a día nas interaccións coa sociedade oínte. A perspectiva sociocultural, considera que as persoas xordas, polo feito de selo, comparten unha especial e/ou distinta forma de concibir o mundo e percibir as cousas.

¹ “A palabra CODA significa Children Of Deaf Adults, é dicir, fillos de pais xordos, é un termo empregado pola Organización Internacional CODA”. (De Melo, 2015:88).

Nas súas historias de vida, contan a modo de narración de toma de conciencia da diferenza, como se lles prohibía que configurasen a súa propia linguaxe a través do corpo –poderíamos falar do nacemento do mito fundacional do colectivo como grupo étnico a través destas experiencias comúns compartidas coa lingua de signos como forza motriz—. Dende entón, conquistaron esferas de identidade erixíndose como comunidade, comprobouse que a súa lingua, efectivamente o é. As persoas xordas sempre o souberon, pero o comezo da “concesión” desta realidade comezou a dar os seus primeiros pasos nos anos 60 cando Stokoe (2005), publica a súa obra *Sign Language Structure*, na que demostra que as linguas de signos son linguas naturais, que posúen as mesmas características lingüísticas que as linguas orais.

O ámbito educativo, é aínda hoxe en día un dos principais contextos no que as persoas xordas dirixen os seus esforzos para introducir melloras no dereito ao uso da súa lingua. “O feito de que, salvo excepcións, as persoas xordas crezan en familias oíntes supón un cambio substancial na forma en que se aprende e transmite a lingua. A maioría adquire o idioma fóra da familia, polo que a escola se converte na axencia esencial en termos de transmisión interxeracional”. (Cabeza-Pereiro e Ramallo, 2016:16). A metodoloxía oralista segue sendo a predominante nas escolas, feito que, dende a súa propia visión emic, restrinxe a súa autoidentificación positiva como persoas xordas: “os xeitos de vivir, non se nacen con elas, ensínanse. Ás persoas xordas, sempre, ata agora, Quen nos ensina? As persoas oíntes. Os xordos crecíamos sen un referente xordo adulto, sen un modelo lingüístico de referencia”. (Persoa xorda traballador social, entrevista persoal, 31 de marzo de 2015).

A pesar do grande avance que supuxo para o colectivo de persoas xordas o recoñecemento da Lei de lingua de signos española en España (Lei 27/2007, de 23 de outubro, pola que se recoñecen as linguas de signos españolas e regúlanse os medios de apoio á comunicación oral das persoas xordas, con discapacidade auditiva e xordocegas, BOE 255, do 24/10/2007) que inclúe o dereito das persoas xordas a contar con ²intérpretes de lingua de signos nos centros educativos, a realidade materialízase nunha falta de recursos e nunha incompreensión das necesidades reais do xordo:

Unha persoa xorda se ve a lingua oral, se ve un texto escrito, non vai alcanzar unha boa comprensión. A lingua de signos permítelle desenvolver a súa intelixencia. (...) Os oíntes basean o seu pensamento na súa forma de linguaxe, as súas frases, as súas estruturas, son diferentes. O xordo, non percibe isto, os mundos

² Intérprete de lingua de signos: profesional que interpreta e traduce a información da lingua de signos á lingua oral e escrita e viceversa co fin de asegurar a comunicación entre as persoas xordas, con discapacidade auditiva e xordocegas, que sexan usuarias desta lingua, e o seu contorno social. (Páx. 43255, BOE 255, do 24/10/2007).

son distintos, van por separado. (Persoa xorda líder da comunidade, entrevista persoal, 5 de marzo de 2015).

O enfoque educativo nos centros séguese centrando nunha perspectiva rehabilitadora ou médica da persoa xorda. O colectivo defende un modelo bilingüe-bicultural e esixe a presenza de docentes xordos, segundo as súas propias palabras, para contar cun modelo, un referente, a través do cal poder ir configurando a súa identidade xorda dende a infancia.

Con respecto á presenza da figura do intérprete de lingua de signos española, (ILSE) foi un dos logros máis importantes para o colectivo na superación das barreiras comunicativas que supuña e aínda supón, esa dependencia socialmente imposta. Antes da existencia do intérprete de lingua de signos, era obrigada a presenza dun familiar que facía de ponte comunicativa entre a persoa xorda e a oínte cando a primeira realizaba calquera xestión administrativa, médica, legal, persoal etc. A persoa xorda non podía intervir posto que era alleo a todo o que alí se dicía mentres se trataban temas que lle afectaban profundamente. Unha vez terminaba o encontro, o familiar “resumíalle” á persoa xorda o que acababa de acontecer. A través do intérprete prodúcese unha comunicación simultánea en tempo real, o intérprete non media, é neutral, emite as mensaxes nunha e outra lingua como o faría calquera tradutor. A interpretación simultánea esixe unha alta capacidade de concentración, axilidade mental, rapidez, dominio das dúas linguas implicadas na tarefa e sobre todo, un profundo coñecemento da cultura xorda. Por iso interpretan, non traducen, posto que as mensaxes emitidas nunha e outra dirección son procesados baixo os parámetros dunha tradución cultural.

Con todo, a sociedade oínte, con demasiada frecuencia, non consegue entender este papel e dirixese ao intérprete constantemente como se fora en calidade de “acompañante que lle explica” á persoa xorda, negándolle a esta a súa capacidade e protagonismo.

A metodoloxía de intervención en traballo social co colectivo de persoas xordas debe partir desta consideración da posta en valor do outro como posuidor de distintas capacidades e características propias definitorias. Seguindo a Muyor (2011:15):

Dende o Foro de Vida Independente realízase un “xiro epistemolóxico” que propón o uso do novo termo “diversidade funcional”, como substituto dos pexorativos “discapacidade”, “invalidéz” etc. tradicionalmente utilizados para designar ao colectivo. Deste xeito a persoa pode atopar unha identidade que non sexa percibida como negativa.

A práctica do traballo social con grupos con peculiaridades culturais e lingüísticas, pode atopar un apoio teórico nas achegas dos estudos cul-

turais e en particular na pedagogía do multiculturalismo crítico como posición ideolóxica, que como sinala (Nash, 1999: 15, citada en Bueno, 2008:69)

“non se limita nin moito menos ao ámbito da escola, senón que implica a toda a sociedade no seu conxunto, nunha dinámica xeral relacionada coa xustiza social, o desenvolvemento da cidadanía, a democracia participativa e a eliminación do sexismo”.

O/a profesional do traballo social, debe ter acceso ás categorías que aquí pretendo analizar, isto é, as dinámicas dialóxicas dentro das súas comunidades, as súas pautas culturais e especificidades. Este acceso, só é posible a través dun dominio amplo da lingua de signos si queremos garantir a calidade e efectividade das nosas intervencións e non actuar como meros xestores de recursos.

4. CRITERIOS DE ADSCRICIÓN Á COMUNIDADE XORDA

O acceso ao colectivo de persoas xordas prodúcese no seo das comunidades que conforman, por iso, o seu estudo e coñecemento é fundamental para a súa abordaxe como minoría lingüística e cultural.

A Confederación Nacional de Xordos (CNSE, 2016) define a comunidade xorda do seguinte xeito:

É aquela que participa duns valores culturais e lingüísticos construídos arredor da lingua de signos e a unha concepción visual do mundo. Confórmana persoas xordas e oíntes que comparten o mesmo legado lingüístico e cultural. Está dotada dunha estrutura asociativa con tupidas redes de relacións, articuladas ao redor de entidades organizadas e cultura propia onde a xordeira non é considerada nin deficiencia nin discapacidade.

A comunidade xorda dálle forma ao sentimento identitario e á cultura das persoas xordas permitindo o seu desenvolvemento aínda vivindo en situacións de contacto permanente coa cultura oínte maioritaria.

De León, Gómez, Vidiarte e Piñeyro (2007:3) describen da seguinte forma esta convivencia intercultural:

As persoas xordas están inmersas nun mundo que emprega e manexa outra lingua, un mundo lingüísticamente incompatible co que é imposible xerar unha comunicación, pero co que debe necesariamente interactuar, por iso os xordos son persoas biculturais. De alí a importancia da comunidade xorda como espazo de referencia para o desenvolvemento da identidade e a súa propia lingua.

Seguindo a Morales (2008:118) “A pertencenza a dita comunidade defínese polo uso da lingua de signos, como lingua natural e primeira lingua, así como polos sentimentos de identidade grupal que posúen como xordos”.

A mesma autora na súa investigación, inclúe como membros da comunidade xorda soamente ás persoas xordas ao considerar que só elas, son posuidoras das características propias de ser xordo. Pero dende o seu punto de vista emic defíneno como a conformada non só por persoas xordas ou -hipoacúsicas persoas cunha perda auditiva de variable intensidade- senón tamén persoas oíntes e familias de persoas xordas que manteñen unha vinculación e interacción co colectivo por diferentes motivos –identificación e/ou pertencenza, motivos persoais, profesionais etc.–. O que lles permite formar parte da comunidade é principalmente o emprego e coñecemento da lingua de signos, pero tamén o respecto polos seus valores, cultura e identidade. O nivel de implicación avalíase en función do manexo e interiorización da súa lingua, o coñecemento sobre o colectivo, a participación activa nas súas celebracións, a defensa das súas reivindicacións, establecendo niveis de maior/menor inclusión/exclusión dentro do grupo. Así, unha persoa hipoacúsica, pode aprender a súa lingua, defender os mesmos intereses e manifestar sentimentos de identificación e pertencenza, pero hai sempre un límite, unha barreira que lle separa da persoa xorda prelocutiva. Isto débese a que esta última, constrúe o mundo baixo unha perspectiva puramente visual porque non ten memoria auditiva.

A comunidade xorda, é para as persoas xordas, un valor en si mesmo. Para eles e elas é un sentimento de unión, unha forza solidaria que se materializa en obxectivos comúns, nunha cosmovisión compartida e nunha empatía cara á súa cultura, formas de ser e cara á súa lingua, é ante todo un sentimento real.

As persoas afectadas senten un apoio ideolóxico, o apoio do grupo, queren loitar, compartir as necesidades diarias, pero ollo!, a loita da comunidade xorda, no é só para as persoas xordas é unha loita para as dúas, a oínte tamén (...).A comunidade é un valor (...). (Persoa xorda profesor de lingua de signos, entrevista persoal, 22 de marzo de 2015).

Faise énfase nunha evolución do sentimento de rexeitamento cara a unha apertura da comunidade a novos oíntes interesados e interesadas pola súa lingua e prácticas culturais. Este novo enfoque do colectivo supón unha estratexia adaptativa forte, no sentido de que son conscientes de que na visibilización da súa diferenza na sociedade maioritaria atópanse as posibilidades de consecución dos seus obxectivos.

A comunidade xorda pode semellar pechada pero non o é, debemos entender que as persoas xordas sufriron moito, a sociedade intentou que desaparece-ramos, que nos extinguíramos, isto xera un sentimento forte de resistencia.

Nese senso houbo unha evolución, fai 15 ou 20 anos viñan oíntes e era... Ti que fas aquí? Agora é Ah! Vés aprender lingua de signos? Interésache contactar con nós? Benvido". (Persoa xorda, traballador social, entrevista persoal, 31 de marzo de 2015).

As persoas xordas coinciden nas súas percepcións sobre os criterios mínimos de adscrición na súa comunidade. En primeiro lugar, resulta imprescindible o coñecemento da lingua de signos a un nivel alto de competencia. O respecto e posta en valor da súa identidade, lingua, cultura e a implicación nas súas actividades e reivindicacións son igualmente importantes. O que caracteriza o lazo de unión da comunidade, concepto máis amplo no que se inclúen ademais das persoas xordas, as persoas oíntes vinculadas por diferentes motivacións, é sen dúbida, a defensa da lingua de signos. Diferencian como categoría emic o "colectivo de persoas xordas" no que se inclúen só membros con perda auditiva de variable intensidade, do de comunidade que acabamos de describir.

Para a integración do oínte este debe saber lingua de signos. A comunicación debe ser directa, sen intermediarios, sen barreiras de comunicación. (Persoa xorda, profesor de Lingua de Signos, entrevista persoal, 22 de marzo de 2015).

Unha vez adquiridas as condicións mínimas para lograr un proceso de inclusión satisfactorio, o que se desprende da observación participante e dos testemuños dos nativos, é que para que se produza unha adscrición real, débese entender á comunidade como familia e rede de apoio solidaria. Ademais, a percepción dos membros, debe ser a de que a persoa interesada en formar parte, posúe un interese real no colectivo froito dun proceso de identificación empático non utilitarista.

(...) Por que nos sentimos mal? As persoas oíntes veñen e vanse, as persoas xordas nunca marchan, as persoas xordas quedan, toda a vida, ata que morren. Un oínte abre unha porta, péchaa e vaise. As persoas xordas fártanse, semella un zoo. Como se estiveramos nunha gaiola. (...). (Persoa xorda, profesor de Lingua de Signos, entrevista persoal, 22 de marzo de 2015).

En canto ao proceso de inclusión da persoa hipoacúsica impón normas de adscrición máis duras:

Vemos os hipoacúsicos igual que unha randeeira, agora con oíntes, agora con xordos, os xordos queremos que escollan unha forma de vida, o xorda ou oínte, nada máis. (...). (Persoa xorda, traballador social, entrevista persoal, 31 de marzo de 2015).

Nos testemuños das persoas xordas, móstrase un duro rexeitamento ao emprego da comunidade con fins estratéxicos:

(...) nas persoas hipoacúxicas o proceso de identificación como xordo cústalles moito (...). (...). O problema é que ás veces, o obxectivo non é o interese real, queren aproveitarse, atopar un posto de traballo, como unha estratexia. (...). Para integrarse deben comunicarse ben con nós, entender que os xordos somos unha familia que lle dá unha cultura. (Persoa xorda líder da comunidade, entrevista persoal, 5 de marzo de 2015).

En canto á opinión das persoas oíntes, así resume unha das CODA entrevistadas os requisitos imprescindibles para formar parte da comunidade xorda:

Para ser membro da comunidade xorda debes: ser aceptado polas persoas xordas, mostrar respecto por elas, nunca roubarlles o protagonismo: manterte nun segundo plano en determinadas ocasións e botarlles unha man cando llo soliciten. (CODA número 2, entrevista escrita, 13 de febreiro de 2015).

As persoas oíntes que pertencen á comunidade empatizan coas situacións de discriminación e dominación que sufriron as persoas xordas ao longo da súa historia e intentan manterse nun segundo plano cedéndolles o protagonismo, aínda que, ás veces, estas tensións son froito de controversias. Un exemplo deste límite de adscrición grupal é que, no movemento asociativo, as persoas oíntes socias teñen voz, pero non voto. Deste xeito asegúrase que o xurdimento e consolidación de liderados, a esfera das decisións político-reivindicativas e de representación do colectivo, quede reservada exclusivamente ás persoas xordas.

5. A CULTURA XORDA.

A cultura xorda, como evidencian os testemuños dos nativos e nativas, non se reduce a un compendio de prácticas e producións culturais, alberga nela as relacións intrínsecas e diacríticas entre aquelas e a identidade étnica e lingüística. Responde a comportamentos concretos moldeados a partir da toma de conciencia da diferenza e da percepción visual do mundo.

Skliar (1997) suscitaba un concepto de cultura xorda baseado na relación desta coa lingua de signos así como con procesos identificativos de experiencias comúns de marxinação. Estas experiencias, definidas como sufrimento dan solidez aos vínculos entre persoas xordas dotando de forma e contido o concepto de cultura xorda universal.

A cultura xorda compóñena as formas de comportamento modelo do grupo, a identidade visual, a arte visual, o feito de ter unha lingua propia, pódese chamar cultura visual. O teatro por exemplo, non podemos oír, empregaríase a lingua de signos, faise fincapé na iluminación, é dicir, diferentes formas culturais visuais que substitúan ás acústicas. Por exemplo, as persoas oíntes incluso da nosa

comunidade, pensan que un concerto ou un festival, consistiría en adaptar as cancións á lingua de signos, e non. Fan unha imitación sen expresión corporal dunha canción interpretada a lingua de signos seguindo a estrutura da lingua oral, non sinto nada! Precisamos sentir, a través de cores, vibración, luces, estruturas como unha tarima de madeira... Ás persoas xordas tamén se nos poden poñer os pelos de punta. Por iso a cultura non é só a lingua. Pénsase que é pasalo dunha lingua a outra e non, é adaptalo á nosa cultura. Se se quere construír algo así para a cultura xorda hai que esquecer a oínte. (...) Existe unha importante discriminación cultural. A ver, a cultura xorda é unha fusión, quero dicir, é como a area, é raro, é difícil de ver ou atrapar pero está dentro. Cómo explicas que unha persoa xorda vai a un país estranxeiro e, é a mesma cultura! Como vén?, como xorde?, non é unha obra, é unha cultura visual que nos afecta por igual, o mesmo sufrimento... (Persoa xorda, profesor de Lingua de Signos, entrevista persoal, 22 de marzo de 2015).

A cultura xorda é o humor, o noso teatro é diferente pola nosa expresividade, os nosos chistes son distintos, baséanse nun apoio visual que os oíntes non empregades e isto dálles un sentido completamente diferente, existe unha cultura xorda universal. (Persoa xorda, líder da comunidade, entrevista persoal, 5 de marzo de 2015).

Onde os oíntes observan una marcada diferenza cultural é sobre todo, no humor xordo:

O humor moitas veces nace de xogos de letras, de artificios da linguaxe que mudan radicalmente dependendo da lingua que se empregue. Neste este caso a lingua de signos e a lingua oral e as súas características son determinantes. O humor en lingua de signos vén de imaxes visuais directas e chocantes. Tamén, ás veces, das experiencias vividas polas persoas xordas. (CODA número 1, entrevista escrita, 13 de febreiro de 2015).

As persoas xordas manteñen a existencia dunha forma de ser xorda universal. A influencia da configuración da lingua de signos no pensamento da persoa xorda xeraría certas disposicións cognitivas básicas comúns. Este feito, sumado a unha cosmovisión concreta centrada na visualidade e na autopercepción da diferenza, pode producir pautas culturais semellantes traducidas en comportamentos concretos característicos das persoas xordas en todo o mundo.

Estariamos falando dunha unidade psíquica xorda. Fan énfase nas posibilidades de comunicación entre falantes de linguas de signos distintas e nun patrimonio común compartido transnacional. O concepto de comunidade xorda que eles defenden transcende fronteiras e así podemos comprobalo se investigamos o funcionamento, reivindicacións ou consignas das persoas xordas en diferentes partes do mundo. Estas manifestacións poñen en evidencia a necesidade de realizar un estudo comparativo que avale as consideracións das persoas xordas ao respecto.

6. OS RITUAIS, NORMAS E VALORES, COSTUMES E PRODUCIÓNS CULTURAIIS.

- **Rituais:** as fórmulas de despedida das persoas xordas constitúen todo un ritual. Despídense unha por unha. Esta dinámica pode chegar a eternizarse se hai outras persoas en proceso de despedida posto que unha norma, e esta si, máis explícita, é a de procurar non interromper a dúas persoas xordas que están conversando. Outras formas de ritual son as dinámicas de acollida na comunidade incluídos os ritos de paso a través do alcume ou bautizo do novo ou nova aspirante.³
- **Costumes:** moitos deles visuais, como a disposición dos espazos para o máximo aproveitamento óptico, incluída a iluminación ou a localización nas esquinas dos establecementos para obter unha perspectiva máis ampla. As persoas xordas acostuman a brindar rozando as súas mans, a súa forma de dicir “bo proveito” realízase propinando un suave golpe sobre a mesa. O aplauso xordo realízase elevando as mans por encima da testa e axitándoas.

Os símbolos, consignas e heráldica son importantes para eles e elas, cada asociación ten o seu escudo e bandeira. Designan unha situación de interculturalidade xa que ilustran aspectos gráficos da cultura maioritaria en conxunción coa propia.

En convencións e actos é usual atopar obxectos á venda con mans debuxadas e a súa cor emblemática é o azul turquesa.

Como indicaba unha das CODA entrevistadas, é costume entre as persoas xordas gravar e fotografar todo para a súa conservación e difusión.

- **Normas e valores:** a conduta endogrupal das persoas xordas é rixida. Hai un sistema normativo implícito que se debe ter en conta para que o proceso de inclusión na comunidade se resolva positivamente. Hai que coñecer como chamar e dirixirse a unha persoa xorda, intentar non interromper cando dúas persoas xordas falan entre elas, o coñecemento e dominio da lingua de signos é fundamental. A implicación e participación é indispensable, pero o oínte debe manterse nun segundo plano.

³ O “bautizo” prodúcese ao outorgarlle un alcume consistente nun sinal que describe un aspecto físico ou persoal do bautizado. A partir dese momento, todas as persoas xordas e oíntes da comunidade identificarante a través da túa seña. Este fenómeno ten unha dobre utilidade, por unha banda, de economía da linguaxe, posto que sen o sinal, o nome da persoa de referencia ten que ser deletreado a través do alfabeto dactilolóxico (consistente na correspondencia entre un signo e unha letra do abecedario) e alongaríase moito a comunicación cando se empregasen nomes propios. Doutra banda, é un signo de identidade que identifica a persoa alcumada.

O intercambio e acceso á información é moi importante, moi valorado polas persoas xordas.

As persoas xordas aluden constantemente á existencia de valores, cando son preguntadas por esta cuestión non saben ofrecer unha resposta concreta. A miña conclusión é que non se refiren a modos de comportamento ideais ou normas morais senón ao que eles toman en especial consideración. O que para eles e elas é digno de protección e conservación. Polo tanto, os seus valores principais son: a comunidade, identidade, cultura e lingua propias.

- **Producións culturais:** o referido a súas expresións artísticas teatrais, escultóricas, gráficas ou pictóricas, poéticas, narrativas, audiovisuais etc.

Presentan un potencial de expresión artística característico. Nun dos festivais de cultura xorda ao que asistín observei tipos de danza poética e poesía narrada incorporada, fórmulas creativas propias do colectivo como parte do seu folclore baseado na corporeidade. A produción de cine propio estase expandindo entre as persoas xordas e en Galicia cóntase cunha asociación dedicada á produción e formación audiovisual en lingua de signos.⁴

O humor xordo, tamén constitúe un tipo diferente de produción cultural. O problema da tradución cultural móstrase moi evidente neste caso. Hai bromas que son intransmisibles a lingua de signos posto que teñen que ver con xogos e artificios propios das linguas orais tales como xogos de palabras ou frases feitas, tratamos con dúas gramáticas con marcadas diferenzas a todos os niveis: morfolóxico, sintáctico e semántico. O oínte como “o outro” queda perfectamente retratado nas súas bromas, e é frecuentemente referenciado e as alusións ao intérprete, incluso como obxecto de humor negro, son moi comúns por atoparse indisoluble das súas rutinas.

7. TRABALLO SOCIAL E IDENTIDADE XORDA: EXEMPLOS DE CHOQUE CULTURAL.

Para poder intervir axeitadamente con persoas xordas, xordocegas, con discapacidade auditiva e as súas familias é preciso un amplo coñecemento previo de que é unha persoa xorda, cales son as súas características e necesidades e aprender a súa lingua. O coñecemento en profundidade da comunidade xorda constitúe un rito de paso necesario para a intervención cun colectivo que esixe un alto grao de especialización. Hei de dicir que durante este longo proceso, as persoas xordas foron pacientes, comprensivas e axudáronme a desenvolverme cada vez mellor na súa lingua natural.

⁴ <https://www.idendeaf.es/>

No exercicio da miña práctica profesional, como exemplo de choque cultural, habitualmente queixábame do que eu chamaba unha especie de “complexo comunicativo”. Dados os distintos niveis de manexo da lingua de signos entre as persoas xordas, sumado ás evidentes carencias comunicativas que sofren diariamente nas súas rutinas de intercambio coa sociedade maioritaria, produciase un rexeitamento desmedido cando lle solicitaba a unha persoa xorda que me volvese a explicar a súa demanda ou lle dicía: “nárrame máis amplamente este aspecto porque non comprendín ben”. A resposta inmediata era a de concluír que eu non era capaz de captar a mensaxe emitida en lingua de signos, cando o que ocorría na maioría dos casos, é que o discurso carecía de datos relevantes para unha resposta axeitada ou que, comprendendo todos os signos emitidos, presentábase unha historia descontextualizada. Aclaraba entón, que en toda comunicación humana se producen estas interferencias, que é habitual entre oíntes que as mensaxes non se comprendan e se produzan malos entendidos, e que se trataba de fenómenos intrínsecos aos intercambios comunicativos. Nalgúns casos, non logrei que se comprendese isto e observaba que se volvía a producir a mesma situación con usuarios/as novos/as.

Outro exemplo de situacións culturalmente chocantes produciase —como me relatou unha das CODA entrevistadas— con esa sobre esixencia que a persoa xorda profunda exerce sobre o oínte (neste contexto como profesional). Ten que ver cos desequilibrios de poder dos que xorden esas dobres reaccións opostas, ou ben de idealización ao oínte, ou de enfatización do valor outorgado á persoa xorda en oposición ao concedido ao oínte. En ocasións atopábame con demandas que nada tiñan que ver co meu traballo, por exemplo temas de competencia dun profesional do dereito. Nestes casos informaba das funcións e campos de acción do traballo social —están definidas claramente en distintos soportes a disposición do público, e fixéronse varias charlas respecto diso—. Con todo, nalgúns casos, claramente a persoa marchábase pensando que non posuía os coñecementos suficientes para o desenvolvemento da miña profesión. Estas situacións pertúrbame moito ao comezo. Comprendín que tiña que ver con estes procesos implicados na “alterización” do oínte. É algo así como: “ti oes, deberías saber sobre todos estes temas, tes acceso total á información”.

As persoas usuarias ás que dirixía a miña atención constituían un grupo heteroxéneo, entre eles/as tamén había persoas con perda auditiva non usuarias de lingua de signos e as súas familias, familias oíntes con membros xordos, todos estes perfís carecían de identidade xorda. A miña condición de oínte nestes casos, axudábame para poder establecer pontes de unión entre as dúas culturas.

Sobre as condicións do traballador/a social con persoas xordas, opinaba así unha das entrevistadas.

O mellor é un traballador social xordo, un profesional que nos atenda na nosa lingua, é marabilloso. Así podemos realizar as xestións só porque o entendemos todo moi ben. Se é un traballador social oínte e sabe lingua de signos tamén ben. (Persoa xorda líder da comunidade, entrevista persoal, 5 de marzo de 2015).

A opinión de que é preferible un/unha traballador/a social xordo/a é comprensible, aínda que como profesional é difícil asimilar que a condición de oínte impoña unha barreira infranqueable. Este feito, ten que ver co fenómeno identitario posto que un traballador ou traballadora social oínte nunca desenvolverá unha identidade xorda.

8. CONSIDERACIÓNS ÚTILES PARA A INTERVENCIÓN EN TRABALLO SOCIAL CO COLECTIVO DE PERSOAS XORDAS.

As demandas máis frecuentes coas que me atopei por parte das persoas xordas foron de información, asesoramento e xestión sobre distintos recursos básicos e específicos ás súas necesidades así como apoios de lectoescritura. As carencias educativas que viviron e aínda sofren provoca que moitos deles e delas padezan analfabetismo funcional, polo que non logran comprender o significado dos textos aínda que poidan lellos. Nestes casos, realizaba unha adaptación á súa lingua e cultura do contido deses escritos que normalmente desembocaba nun proceso de orientación sobre os pasos concretos para resolver o asunto, xestións oportunas, lugares aos que recorrer etc. A realización de xestións básicas, sobre todo administrativas, supón unha tarefa custosa para moitas persoas xordas. En multitude de ocasións atopeime ante a verbalización de teño un problema, cando en realidade tratábase de sinxelos trámites administrativos.

Aínda que o perigo de que o profesional do traballo social poida caer nun excesivo rol paternalista e intentando xerar un proceso de independencia produza o efecto contrario ao longo das distintas fases da intervención sempre está presente, atopeime con que este risco me parecía maior no caso do colectivo de persoas xordas. As barreiras de comunicación e os problemas de lectoescritura prodúcenlles fortes inseguridades polo que é frecuente que soliciten acompañamentos e mediacións ao/á traballador/a social:

Existe un perigo de sobreprotección. Os acompañamentos que realiza o/a traballador/a social poden converterse nunha arma de dobre fío perdendo a misión educativa por falta de recursos, tempo, e pola falta dunha dinámica interdisciplinar que permita suplir as carencias detectadas. (Persoa xorda traballador social, entrevista persoal, 31 de marzo de 2015)

Describirei polo tanto, cales son as consideracións que me parecen útiles para reverter esta necesidade nun proceso de cambio, obxectivo do traballo social como práctica profesional. Este cambio deberá ser consciente, to-

mando como punto de partida o protagonismo e papel de axente activo da persoa xorda.

- Limitar os acompañamentos a situacións de clara necesidade xa que a persoa usuaria pode “acomodarse” a esta situación e xerarse unha non desexada dependencia do ou da profesional.
- Ao realizar un acompañamento é aconsellable que o/a traballador/a social acuda sempre acompañado/a de un/unha intérprete de lingua de signos para que o usuario ou usuaria interveña en primeira persoa e o contido da información sexa accesible ao completo. (Este/a profesional límitase a establecer pontes de comunicación entre as mensaxes emitidas nunha e outra lingua sen intervir con opinións, xuízos, explicacións nin aclaracións no evento comunicativo).
- Entender o acompañamento como unha oportunidade para o desenvolvemento doutros tipos de intervención: concienciación social das características comunicativas das persoas xordas, resolución de dúbidas en contextos interactivos da vida diaria, posibilidade de habilitar socialmente, detección de necesidades sobre as que podían xurdir proxectos individuais de intervención, dotar de pautas de autonomía e apoderamento ás persoas xordas, transmisión de informacións útiles para a autodefensa de dereitos básicos etc.
- A transformación do acompañamento nunha fórmula de mediación intercultural preventiva que transcenda a mera resolución de conflitos.

Outro aspecto central da práctica do traballo social que se evidencia fundamental no traballo co colectivo, é o deseño e desenvolvemento de proxectos individuais e familiares de intervención. Frecuentemente deixamos de realízalos por acumulación de tarefas e pola necesidade de ofrecer respostas inmediatas. Con todo, é a ferramenta máis axeitada para poder planificar e avaliar o noso traballo e para o éxito na consecución de mellores, prevencións ou eliminación de situacións-problema.

Para o seu desenvolvemento, resulta imprescindible a presenza doutros perfís profesionais especializados en comunidade xorda cuxo rol e funcións quedaban reflectidas nos proxectos. Desta forma, débense establecer os obxectivos e actuacións nas que cada profesional está implicado/a de forma coordinada e consensuada. A dinámica interdisciplinar inclúe a presenza de compañeiros/as como educadores/as, psicólogos/as, orientadores/as laborais, especialistas en lingua de signos etc.

O traballo social con persoas xordas, debe, ademais, acompañar as persoas xordas nas súas reivindicacións sociais promovendo unha mellora social real para a igualdade de oportunidades.

Nalgúns sectores da comunidade educativa e médica aínda se mantén que a lingua de signos pode prexudicar a aprendizaxe da lingua oral, e así informan as familias que desconcertadas e desorientadas pola chegada dun membro xordo á familia, non saben que camiño tomar. A lingua de signos é unha lingua máis, e adquirese a idades máis temperás que a lingua oral posto que para a aprendizaxe desta última, requírense procesos máis avanzados de desenvolvemento a nivel fonolóxico.

O modelo educativo empregado ata agora fracasou pero non se realiza unha formulación seria da súa revisión e modificación porque socialmente continúan existindo numerosos prexuízos ao redor da xordeira e da lingua de signos como sistema de comunicación que impiden un cambio de paradigma: o sistema educativo segue obsesionado coa rehabilitación. O enfoque non se basea no desenvolvemento cognitivo. (Persoa xorda traballador social, entrevista persoal, 31 de marzo de 2015).

O modelo que se defende dende as asociacións e federacións de xordos é o bilingüe. Sosteenen que a forma de educar os novos membros xordos/as é intentando lograr a súa competencia en ambas linguas. Isto conséguese coa presenza nos centros educativos de especialistas xordos, intérpretes de lingua de signos, mestres en educación e linguaxe e logopedas. O modelo que se vai defender é intercultural porque as persoas xordas viven inmersas en dúas culturas.

Só a través dunha implicación e coñecemento das súas características socio-culturais, da comprensión do seu mundo simbólico, pode o profesional do traballo social lograr o éxito no seu acompañamento no apoderamento das persoas xordas.

Tendo en conta que como profesionais oíntes (os/as que o sexamos), non poderemos alcanzar unha identidade xorda, quedáanos centrarnos no que si podemos facer para dar as respostas máis axeitadas na intervención social co colectivo:

- Dominio amplo da lingua de signos.
- Coñecemento, respecto, empatía, posta en valor e defensa da súa lingua, reivindicacións, cultura, costumes, tradicións e comunidade.
- Práctica da escoita activa, implicación e participación.
- Acompañamento e guía nos procesos de apoderamento, nas súas reivindicacións e problemáticas, e a persoa xorda é o axente activo e protagonista dos seus propios cambios, melloras e logros.
- Cumprimento do contido normativo descrito no estudo sobre a súa comunidade e costumes.

- Reciclaxe e actualización constante sobre recursos, medios de apoio, barreiras de comunicación, avances tecnolóxicos etc. que melloren a calidade de vida das persoas xordas.
- Coordinación e traballo en equipo interdisciplinar.

9. CONCLUSIÓNS.

Con este traballo pretendeuse realizar un achegamento á identidade, cultura e comunidade xordas presentando descrições da vida interna do colectivo de persoas xordas e da súa comunidade. O fin último é ampliarlle o coñecemento sobre esta minoría lingüística e cultural ao profesional do traballo social para facilitar unha exitosa intervención profesional. A parte empírica presentou os testemuños máis esclarecedores das persoas xordas sobre os temas obxecto de análise así como datos extraídos das notas de campo a través da observación participante. Tras a exposición destes, podemos sintetizar as seguintes conclusións:

- Sobre a comunidade xorda, dos testemuños podemos deducir que esta posúe dúas dimensións, a saber: por unha banda obsérvase un carácter pragmático compartido, a nivel de defensa de intereses, distinguible doutro solidario e emotivo que ten que ver coa concepción da comunidade como familia e da importancia de implicarse, participar e pasar tempo xuntos.
- En canto aos criterios mínimos de pertencenza e adscrición á comunidade xorda atopamos: o coñecemento amplo da lingua de signos, o respecto e posta en valor da súa identidade, lingua e cultura así como a implicación nas súas actividades e reivindicacións. O/a oínte engade a necesidade de relegarse a un segundo plano cedendo o protagonismo á persoa xorda. Nun nivel profundo de análise, observamos que resultan imprescindibles a consideración da comunidade como familia e rede de apoio solidaria e a percepción por parte dos seus membros das intencións nobres, non utilitaristas, da persoa que acaba de chegar.
- A cultura xorda transcende a descrición das prácticas e producións culturais creadas e recreadas polas persoas xordas. Supón a comprensión profunda desas producións, a posibilidade de darlles forma e participar delas. Hai connotacións nas interaccións, nos comportamentos, nas formas de ser e nas propias prácticas culturais, que só están ao alcance das persoas xordas polo feito de selo. A lingua de signos e as súas implicacións cognitivas no pensamento da persoa xorda xunto co autoconcepto da diferenza articúlanse como xeradores de cultura.

- A cultura xorda sería a materialización en formas de ser, comportamentos, rituais, costumes, valores, normas e prácticas culturais propias das persoas xordas derivadas das implicacións da existencia dunha identidade étnica colectiva. Esta conclusión permite a abordaxe do colectivo como fenómeno étnico.
- O/a traballador/a social que desenvolve o seu traballo con persoas xordas debe basear a ética das súas prácticas profesionais nun modelo sociocultural que entenda a persoa xorda como aquela con diferentes capacidades e posuidora dunha identidade, lingua e cultura propias.
- O/a traballador/a social debe adherirse a un modelo intercultural que desterre consideracións etnocéntricas de supremacía de tal ou cal cultura e que traballe a favor dunha participación inclusiva real. A postura ideolóxica e teórica máis axeitada é a do multiculturalismo crítico.

REFERENCIAS:

- Bueno, J. (2008). Nuevos retos, nuevas perspectivas para la educación multicultural. *Revista de educación inclusiva*, 1, 59-76.
- Cabeza-Pereiro, C., Ramallo, F. (2016). Lenguas de signos y educación en España. Una aproximación desde la comunidad sorda. *Language Problems & Language Planning*. 40:1, 1-25. doi: 10.1075/lplp.40.1.01cab.
- Chavarría Navas, S. (1994), Un cambio de paradigma: La educación de la persona sorda, *La Educación*, núm. 119 vol. III.
- Confederación Nacional de Sordos (CNSE), (2016). *Comunidad sorda y cultura sorda*. Recuperado de http://www.cnse.es/psordas.php?id_seccion=2
- De León, A.; Gómez, J.A.; Vidiarte, P e Piñeyro, M. (2007). *Cultura sorda y ciudadanía construyendo identidad*. Recuperado de <http://www.cultura-sorda.org/cultura-sorda-y-ciudadania/>
- De Melo, A. V. (2015). Children of deaf adults: CODAS em Sergipe. *Interfaces científicas*, 3,3, 85-91, doi: 10.17564/2316-3828
- Morales García, A. M. (2008). *La comunidad sorda de caracas: una narrativa sobre su mundo*. Tesis doctoral. Universidad pedagógica experimental libertador, instituto pedagógico de Caracas. 2008. Recuperada de: http://www.cultura-sorda.org/wp-content/uploads/2015/04/Tesis_Morales_2008.pdf

- Muyor, R, (2011). La (con)ciencia del Trabajo Social en la discapacidad: hacia un modelo de intervención social basado en derechos, *documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, 49, 9-33. Recuperado de: http://www.trabajosocialmalaga.org/archivos/revista_dts/49_1.pdf
- Skliar, C. (1997). *La educación de los sordos. Una reconstrucción histórica, cognitiva y pedagógica*. Mendoza: Universidad de Cuyo, EDIUNC.
- Stokoe, W. (2005). Sign language structure: An outline of the visual communication system of the American Deaf. *In: Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 10:1, 3-37. doi:10.1093/deafed/eni001
- Wright, G., Reese, R. (2014). Strengthening Cultural Sensitivity in Mental Health Counseling for Deaf Client. *Journal of Multicultural Counselling and Development*, 43, 275-287. doi: 10.1002/jmcd.12021.

ESTUDO DA EVOLUCIÓN DA XESTIÓN DE PRÉSTAMO DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO NO CENTRO DE SAÚDE DE CAMBRE 2016-2018 (EOXI A CORUÑA)

Cristina Pereiro Francisco

Traballadora Social N° Colex. 1348 - Complexo Hospitalario Universitario de Vigo - Hospital Meixoeiro

RESUMO

Dentro dos acordos de xestión (ADX)¹ da Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña, nos obxectivos xerais da categoría dos/as profesionais do Traballo

¹ O acordo de xestión (ADX) é o instrumento elaborado polo Servizo Galego de Saúde, compatible con outras iniciativas de xestión que existen ou poidan xurdir, destinado a acadar os obxectivos da Estratexia Sergas 2020: mellorar a saúde dos pacientes.

Preséntase como un plan de actuación que facilite os cambios organizativos propostos para avanzar na mellora continua dos servizos sanitarios, de acordo coas prioridades establecidas pola Consellería de Sanidade.

Neste acordo de xestión están plasmadas as liñas estratéxicas, os obxectivos e os indicadores que permitirán monitorizar a actividade realizada nos diferentes centros das Estruturas Organizativas de Xestión Integrada (EOXI) e o nivel de cumprimento dos obxectivos establecidos e pactados.

Así mesmo, sinaláanse aqueles obxectivos que computarán a efectos da consecución do complemento de produtividade variable (CPV), aínda que se fará unha avaliación global e continuada dos resultados acadados en todos aqueles aspectos asistenciais de interese para a organización.

Social se inclúen “A Xestión de préstamo de material ortoprotésico “ para valorar os resultados do protocolo de préstamo existente.

Neste estudo se pretende facer unha recompilación da lexislación tanto nacional como autonómica sobre os Produtos de Apoio e analizar os datos obtidos no Servizo de Atención Primaria de Cambre durante ou trienio 2016-2018.

PALABRAS CLAVE:

Centro de saúde, Discapacidade, Dependencia, Material Ortoprotésico, Produtos de Apoio

RESUMEN

Dentro de los acuerdos de gestión de la Gerencia de Gestión Integrada de A Coruña, en los objetivos generales de la categoría de los/as profesionales del Trabajo Social se incluyen “ La gestión de préstamo de material ortoprotésico” para valorar los resultados del protocolo de préstamo existente.

En este estudio se pretende hacer una recopilación de la legislación tanto nacional como autonómica sobre los Productos de Apoio y analizar los datos obtenidos en el Servicio de Atención Primaria de Cambre durante el trienio 2016-2018.

PALABRAS CLAVE

Centro de salud, Discapacidad, Dependencia, Material Ortoprotésico, Productos de Apoio

ABSTRACT

Within two management agreements of the Management of Integrated Management of A Coruña, the general objectives of the category of Social Work professionals include “Management of loan of orthopedic material” to assess the results of the existing loan protocol.

This study aims to compile both national and regional legislation on Support Products and analyze the data obtained in the Primary Care Service of Cambre during or triennium 2016-2018.

KEY WORDS

Health center, Disability, Dependency, Orthoprotic Material, Support Products

1. XUSTIFICACIÓN

Este traballo pretende ser unha continuación e complemento da publicación titulada “Funcións e tarefas do/a profesional do traballo social nun servizo de atención primaria de saúde. Análise, valoración e propostas de mellora da praxe en traballo social”, publicado no N.º 21 da Revista Fervenzas.

Nesa publicación detallábanse os datos de intervención por profesionais do Traballo Social nun centro de saúde (extraídos estatisticamente da aplicación que se utiliza como Historia Clínica e que se chama IANUS², e en concreto nos episodios Z da clasificación CIAP.). Os datos que non se reflexaban nese estudo serían os de préstamo de Material Ortoprotésico xa que se categorizan no episodio L (Aparello Locomotor).

Neste estudo pretendemos dar a coñecer os resultados do protocolo de Material ortoprotésico dun SAP, en concreto os datos do SAP de Cambre entre os anos 2016/2018.

O protocolo actual está fundamentado na pretensión de adaptar o funcionamento existente no préstamo de material ortoprotésico existente ata o ano 2013, ano no que se publicou a nova regulación da prestación ortoprotésica en Galicia sobre a implantación da prescrición informática a través de IANUS , así como o carácter recuperable das cadeiras de rodas para a súa reutilización por outros/as pacientes.

2. OBXECTIVOS

Neste artigo propoñémonos os seguintes obxectivos:

- Diferenciar entre Dependencia e Discapacidade.
- Facer un repaso á lexislación vixente tanto a nivel nacional como autonómico no relativo á prestación de material ortoprotésico.

² IANUS: Historia Clínica do Servizo Galego de Saúde (é a ferramenta de traballo de profesionais sanitarios e non sanitarios, tanto de atención especializada como de atención primaria. Entre as súas principais funcións estaría:
· Prescrición e receita electrónica. Seguimento da dispensación. Medidas de control do gasto farmacéutico.

- Describir a guía de procedementos no sistema de prestacións ortoprotésicas e produtos de apoio para a mobilidade persoal na Comunidade Autónoma de Galicia.
- Analizar a demanda de produtos de apoio para a mobilidade persoal, subvencionados e non subvencionados polo Servizo Galego de Saúde, no Servizo de Atención Primaria de Cambre na provincia de A Coruña.
- Dar propostas de mellora

3. MARCO TEORICO

Os cambios demográficos experimentados nos últimos anos trouxeron consigo grandes modificacións na pirámide poboacional, entre elas un proceso de envellecemento notable. Entre os posibles efectos destaca o aumento das persoas con limitacións funcionais, debido a que a idade é un factor determinante na aparición deste fenómeno.

Ademais, o aumento da lonxevidade coincidiu con importantes cambios sociais que levaron a que institucións sociais e políticas deban axustar os seus obxectivos á nova realidade, que demanda máis protección social e un apoio ás persoas que se atopan en situación de dependencia.

Por iso, cabe esperar, ademais, que a demanda de produtos sanitarios aumente progresivamente ante as seguintes circunstancias:

- Envellecemento da poboación: en España, no 2050 prevese que once millóns de persoas serán maiores de 64 anos, o que equivale o 30% da poboación, duplicando a porcentaxe actual.
- Maior calidade nas prestacións, como consecuencia dunha maior participación dos/ as pacientes na toma de decisións.
- A extensión case universal da cobertura sanitaria pública.
- Os continuos desenvolvementos tecnolóxicos, financiados pola industria e esixidos polos/ as profesionais.

Cada vez se está dando máis importancia e peso ao gasto sanitario nas economías nacionais motivado polo envellecemento da poboación e a aparición de novas enfermidades, o que está a conducir aos países a introducir reformas nos sistemas sanitarios e a desenvolver estratexias para afrontar a limitación de recursos (Ortún, 2003).

Con todo, como sinala Evans, non é conveniente caer non erro de asignar o peso absoluto do incremento de custos a estes factores.

As Axudas Técnicas/ Produtos de Apoio e persoais facilitan a vida das persoas con discapacidade.

Elementos como cadeiras de rodas, andadores ou bastóns, entre outros, diminúen a severidade da discapacidade física, do mesmo xeito que sucede cando reciben coidados persoais ou asistencia doutras persoas.

As Axudas Técnicas/ Produtos de Apoio son dispositivos ou equipos que serven para suplir ou complementar unha limitación ou carencia funcional, coa finalidade de conseguir un maior grao de independencia, e, por tanto, unha mellora na calidade de vida cotiá e/ou profesional e do nivel de autonomía.

3.1. Discapacidade

O concepto de discapacidade e a condición de persoa discapacitada ven sendo obxecto de distintos enfoques e consideracións ao longo das últimas décadas.

Existen diferenzas sobre como interpretar as consecuencias fundamentalmente sanitarias e sociais que a discapacidade conleva, e como repercuten nas persoas (Querejeta González, 2004).

A discapacidade é un fenómeno que está presente nas persoas e nas sociedades e que ao longo da Historia foi variando ou seu concepto, interpretación, percepción e sistemas de crenzas.

Pode dicirse que a discapacidade é unha circunstancia persoal (algo presente nalgúns persoas que lles fai ser percibidos como grupos diferenciados) e un feito social polas consecuencias sociais que conleva (xeralmente sentidas como problemas), no sentido de que a interacción co medio que lle rodea determina dalgún modo o que se entende por discapacidade (Cayo Pérez, 2006).

Sen remontarnos máis atrás do século XX, aprécianse dous modelos de intervención pública que deron orixe a dous tipos de políticas públicas de discapacidade e que son: o Modelo Médico ou Rehabilitador e o Modelo Social.

O modelo médico ou rehabilitador foi o tradicional e vixente ata fai uns vinte ou trinta anos, e o modelo social comezou a xeneralizarse dun tempo a esta parte.

Actualmente, ambos modelos coexisten, aínda que con tendencia expansiva do modelo social en detrimento do médico, que comenza a verse relegado (Cayo Pérez, 2006).

O modelo Médico ou Rehabilitador asume que as causas que orixinan a discapacidade son científicas (a discapacidade é produto dunha limitación física, psíquica ou sensorial). Con todo, as persoas con discapacidade deixan de ser inútiles ou innecesarias sempre na medida en que sexan “rehabilitadas”, pois o fin primordial que se persigue desde este modelo é “normalizar” ás persoas con deficiencias para integralas na sociedade (Palacios, 2006).

Dende a filosofía imperante no modelo médico ou rehabilitador enténdese a discapacidade exclusivamente como un problema da persoa, directamente producido por unha enfermidade, accidente ou condición negativa de saúde, que require de asistencia médica e rehabilitadora en forma de tratamento individualizado. O manexo das consecuencias da enfermidade está dirixido a facilitar a adaptación da persoa a súa nova situación (CIF-OMS, 2001).

Doutra banda, un dos fundamentos do Modelo Social radica en que as causas que orixinan a discapacidade non son individuais, como se afirma dende o modelo rehabilitador, senón que son prevalentemente sociais. Segundo os/as defensores/as deste modelo, non son as limitacións individuais as raíces do problema, senón sobre todo, as limitacións da sociedade para prestar servizos apropiados e para que as persoas con discapacidade sexan integradas dentro da organización social.

Todo se resume en que o Modelo Social enfoca a discapacidade dende o punto de vista da integración social das persoas que sofren as consecuencias dunha enfermidade, considerando que esas consecuencias non son un atributo da persoa, senón un conxunto de alteracións na interacción desa persoa e o seu medio, e ven orixinadas pola contorna social.

A diferenza entre ambos é onde se pon a énfase na rehabilitación:

- O modelo médico o pon na rehabilitación das persoas con discapacidade
- O modelo Social o pon na rehabilitación dunha sociedade, que debe ser concebida e deseñada para facer fronte ás necesidades de todas as persoas, xestionando as diferenzas e integrando a diversidade.

Non plano da intervención pública, as políticas de discapacidade deixan de estar na esfera do sanitario, pasando a ser transversais a toda a acción pública, pois o que se trata neste modelo é a garantía da igualdade de opor-

tunidades, a non discriminación e a accesibilidade universal das persoas con discapacidade (Cabra de Luna, 2004; Cayo Pérez, 2006).

A Organización Mundial da Saúde, no seu informe sobre discapacidade de 2018 expón:

- que máis de mil millóns de persoas da poboación mundial, están afectadas por algunha forma de discapacidade (15 %).
- que entre 110-190 millóns de persoas maiores de 15 anos presentan dificultades importantes para funcionar (2,2-3,8 %)
- que as taxas de discapacidade están a aumentar debido, en parte, o envellecemento da poboación e o aumento da prevalencia de enfermidades crónicas.

Resulta entón importante prestar atención a esta condición de saúde que demanda unha maior asistencia sanitaria e, por tanto, un cambio de actitude e de coñecemento nas institucións, organizacións e profesionais nos que se sustenta a atención integral á que teñen dereito estas persoas.

A información sobre a poboación con discapacidade en España e recollida a través das seguintes enquisas:

- Enquisa sobre Discapacidades, Deficiencias e Minusvalías (EDDM) (INE a e b, 1987); 1999.
- Enquisa sobre Discapacidades, Deficiencias e Estado de Saúde (EDDS) (INE, 1999; Jiménez Lara e Huete García, 2003) e 2008
- Enquisa de Discapacidade, Autonomía persoal e situacións de Dependencia (IDADE) (INE, 2008).

Estas enquisas cubren boa parte das necesidades de información sobre os fenómenos da discapacidade, a dependencia, o envellecemento da poboación e o estado de saúde da poboación residente en España.

As metodoloxías seguen as recomendacións da Organización Mundial da Saúde, e en particular as clasificacións internacionais vixentes non ano de realización de cada enquisa (Cayo Pérez, 2006).

En Galicia existe un Censo de persoas con Discapacidade que se refire ó conxunto de persoas que teñen recoñecida unha discapacidade igual ou superior ó 33 %, que serve de instrumento de planificación para elaborar as políticas de intervención na área da discapacidade.

Os datos máis actualizados son a data 31/12/2018 e nos indican que o total de persoas con discapacidade recoñecida é de 225.837, o que supón un 8,36 % do total da poboación da Comunidade Autónoma.

TABOA 1:

Datos de persoas valoradas e con recoñecemento de discapacidade por sexo e provincia.³

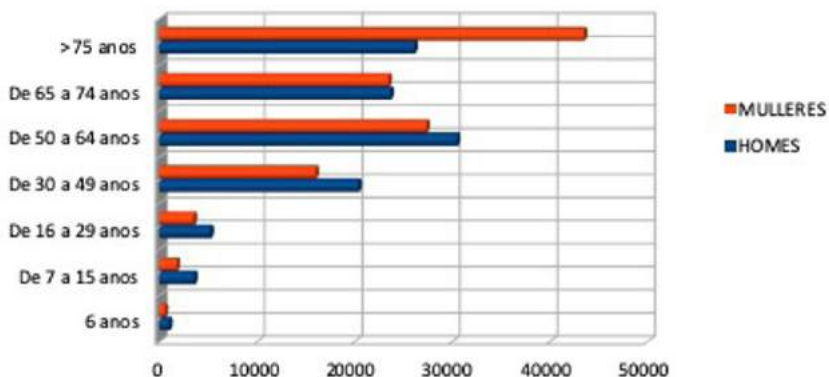
Provincia	Poboación valorada (1)			Poboación con discapacidade (2)		
	Homes	Mulleres	Total	Homes	Mulleres	Total
A Coruña	64.153	68.405	132.558	43.081	47.274	90.355
Lugo	17.182	15.905	33.087	11.384	10.703	22.087
Ourense	19.725	18.519	38.244	13.873	13.407	27.280
Pontevedra	54.930	56.857	111.787	41.736	44.379	86.115
TOTAL	155.990	159.686	315.676	110.074	115.763	225.837

Nota: Fonte: Elaboración propia a partir do Censo de persoas con Discapacidade publicado polo IGE (https://www.ige.eu/web/mostrar_actividade_estadistica.jsp?idioma=es&codigo=0205001002)

A provincia onde residen máis persoas con discapacidade recoñecida é A Coruña, seguida de Pontevedra.

FIGURA 1:

Distribución por grupos de idade e sexo da poboación con discapacidade



³ N° de persoas que foron valoradas / (2) N° de persoas cun grado de discapacidade ≥ 33%

Nota: Fonte: Elaboración propia a partir do Censo de Persoas con discapacidade publicado polo IGE (https://www.ige.eu/web/mostrar_actividade_estadistica.jsp?idioma=es&codigo=0205001002)

Do total de persoas con discapacidade recoñecida, o 74, 90 % corresponden a persoas cunha discapacidade física. Destes o 13,7 % ten recoñecida a dificultades de mobilidade para a utilización de transportes colectivos, e un 6% ten recoñecida a necesidade de axuda de 3ª persoa.

3.2 Dependencia

O estudo da dependencia é de gran interese e de máxima actualidade xa que se trata dun fenómeno que vai en aumento e que cada vez é máis visible na sociedade actual, debido ó forte envellecemento demográfico que se está a experimentar, e debido tamén a que as súas implicacións pasaron do ámbito familiar no que tradicionalmente se vía confinada.

O impacto potencial deste fenómeno sobre os programas sociais e sanitarios de atención e os altos custos derivados dunha situación de dependencia, tanto para as persoas como para as súas familias e para a sociedade non seu conxunto, explican a crecente atención prestada ó tema (Cáritas, 2006).

A maior parte das análises sobre a dependencia teñen como finalidade contribuir ó proxecto de medidas de política sanitaria e de política social, que fagan posible un aumento do benestar das persoas en situación de desvantaxe (Instituto de Maiores e Servizos Sociais, 2005).

O Libro Branco da Dependencia (Instituto de Maiores e Servizos Sociais, 2004) toma como válida a definición de Dependencia que ofrece o Consello de Europa: “un estado non que se atopan as persoas que por razóns ligadas á falta ou a perda de autonomía física, psíquica ou intelectual teñen necesidade de asistencia e/ou axudas importantes a fin de realizar os actos correntes da vida diaria e, de modo particular, os referentes ó coidado persoal”.

Esta definición, que foi amplamente aceptada, expón a concorrencia de tres factores para que poida dicirse que hai unha situación de dependencia: en primeiro lugar, a existencia dunha limitación física, psíquica ou intelectual, que mingua determinadas capacidades da persoa; en segundo lugar, a incapacidade da persoa para realizar por si mesma as actividades da vida diaria; en terceiro lugar, a necesidade de asistencia ou coidados por parte dun terceiro.

Esta perspectiva é coherente coa formulación da nova clasificación de discapacidades da OMS, denominada Clasificación Internacional do Funcionamento da Discapacidade e da Saúde (CIF).

Segundo os datos recollidos polo Instituto Galego de Estatística facendo unha radiografía da dependencia (dentro da súa enquisa sobre os fogares) a incidencia da dependencia pasou dende o ano 2011 ó 2018 do 3,45% ó 4,4%

O envellecemento de Galicia tradúcese en máis persoas dependentes. Os cidadáns que necesitan axuda para o seu día a día debido a súa avanzada idade, algún tipo de discapacidade ou enfermidade aumentaron un 25% en seis anos e situáronse ou ano pasado en 117.875.

O repunte de persoas dependentes non foi constante. Hai unha década eran 100.860, dato que descendeu a 94.251 en 2011 ata dispararse o ano 2018 un 25%, incorporando 23.624 máis a unha estatística que non coincide coa de cidadáns con dereito a unha prestación por parte da administración nas condicións que establece a Lei de Dependencia.

O crecemento do número de perosas dependentes en Galicia nos últimos seis anos que mostra o Instituto Galego de Estatística coincide co de perda de poboación na comunidade e cos anos máis duros da crise e a posterior recuperación. Nese período, o número de persoas maiores de 55 anos creceu catro puntos e alcanza xa ou 38% dá poboación galega, que a punto está de quedar por baixo dos 2,7 millóns.

A idade e as enfermidades son os principais causantes desta perda de autonomía vital, pois están vinculadas ao 68% e 63% de casos, respectivamente, aínda que en cada situación poida concorrer varias causas.

3.3 Axudas técnicas/ produtos de apoio: concepto e definicións

Aínda que existen numerosas definicións do que é unha Axuda Técnica, dunha forma sinxela definirémola como: “*Aqueles instrumentos, dispositivos ou ferramentas que permiten, ás persoas que presentan unha discapacidade temporal ou permanente, realizar actividades que sen dita axuda non poderían ser realizadas ou requirirían dun maior esforzo para a súa realización*” (Consello Español de Representantes de Minusválidos, 2005).

Para determinar a Axuda Técnica adecuada para cada individuo, terase en conta algúns elementos fundamentais como o seu grado de discapacidade, a contorna social da persoa e, nalgúns casos, a capacidade e habilidade destas para a aprendizaxe e/ou adestramento (Consello Español de Representantes de Minusválidos, CERMI, 2005; Laloma, 2005).

Habitualmente, cando se fala de Axudas Técnicas pénsase en instrumentos destinados a superar discapacidades físicas, pero non podemos esquecer que existen, entre outras, as Axudas Técnicas para as persoas con discapacidades visuais ou auditivas (Rodríguez- Porrero Miret, 2009).

Historicamente o Catálogo de Prestacións Ortoprotésicas referiuse ás Axudas Técnicas de carácter ortoprotésico, deixando fora outro tipo de Axudas Técnicas.

Aínda non existe unha unificación de criterios para considerar que bens son axudas técnicas, a utilidade que achegan ás persoas con discapacidade e a necesidade de dar cobertura pública e gratuíta a este tipo de bens para facilitar a inclusión en tódolos ámbitos da vida das persoas con discapacidade.

A unificación do concepto de Axuda Técnica debe permitir un tratamento similar para todas as Axudas Técnicas en canto a:

- Súa inclusión nun Catálogo de Prestacións.
- Aplicación dun sistema de prestación similar.
- O que é máis importante, establecer un criterio de cobertura pública que dite a necesidade de financiamento do ben, a partir da porcentaxe de superación da discapacidade presentada, con independencia do tipo desta, que pode ser de mobilidade, visual, auditiva, etc. (Laloma, 2005).

Doutra banda, a nova norma UNE EN ISO 9999 (2017, versión corrixida en xuño de 2018), “ Produtos de apoio para persoas con Discapacidade, Clasificación e Terminoloxía”, define Produtos de Apoio como: *“Calquera produto (incluíndo dispositivos, equipo, instrumentos, tecnoloxías e software) fabricado especialmente ou dispoñible non mercado, para previr, compensar, controlar, mitigar ou neutralizar deficiencias, limitacións na actividade e restricións na participación”*.

De acordo á norma UNE-EN ISO 9999 (20017) os produtos de apoio poden clasificarse nas seguintes categorías, que á súa vez se desagregan noutras familias de produtos de apoio:

- Axudas para ou tratamento e ou adestramento.
- Órteses e exoprótesis.
- Axudas para a protección e ou coidado persoal.
- Axudas para a mobilidade persoal.
- Axudas para as tarefas domésticas.
- Mobiliario e adaptacións do fogar e outros edificios.

- Axudas para a comunicación, información e sinalización.
- Axudas para a manipulación de produtos e mercadorías.
- Axudas e equipamento para a mellora da contorna. Ferramentas e máquinas.
- Axudas para o lecer e tempo libre.

4. LEXISLACIÓN APLICABLE

A maioría dos produtos de apoio, tendo en conta a súa definición, son considerados produtos sanitarios ao estar destinados ao control, tratamento, alivio ou compensación dunha deficiencia. E, por tanto, están suxeitos a toda a normativa que afecta a estes produtos, xa sexan respecto da súa fabricación e composición, como dos establecementos de fabricación e venda.

O sector de produtos sanitarios está totalmente delimitado e conta cun marco legislativo propio.

Entre as distintas normativas de ámbito nacional establecidas podemos citar:

- Decreto 2065/1974, do 30 de maio, texto refundido da Lei xeral da seguridade social que recolle no seu articulado que a prestación ortoprotésica constitúe unha das prestacións do Sistema Nacional de Saúde
- A Lei 16/2003, do 28 de Maio, de cohesión e calidade do Sistema Nacional de Saúde, no seu artigo 17 dispón: *“A prestación ortoprotésica consiste na utilización de produtos sanitarios, implantables ou non, cuxa finalidade é substituír total ou parcialmente unha estrutura corporal, ou ben de modificar, corrixir ou facilitar a súa función. Comprenderá os elementos precisos para mellorar a calidade de vida e autonomía do paciente. Esta prestación facilitarase polos servizos de saúde ou dará lugar a axudas económicas, nos casos e de acordo coas normas que regulamentariamente se establezan por parte das administracións sanitarias”*.

Os artigos 7, 8, 8 bis, ter e quarter da Lei 16/2003, do 28 de maio, de cohesión e calidade do Sistema Nacional de Saúde, recollen, respectivamente, o catálogo das prestacións sanitarias e a carteira común de servizos, que se articulará en básica, suplementaria (na que se atopa a prestación ortoprotésica, entre outras) e de servizos accesorios.

- Real Decreto 1030/2006, do 15 de Setembro, polo que se establece a carteira de Servizos comúns do Sistema Nacional de Saúde e o procedemento para a súa actualización.

- Orde SCO/3422/2007, do 21 de Novembro, polo que se desenvolve o procedemento de actualización da carteira de servizos comúns do Sistema Nacional de Saúde.
- Real Decreto 1591/2009, do 16 de Outubro, polo que se regulan os produtos sanitarios.
- Real Decreto- Lei 16/2012, do 20 de abril, de medidas urxentes para garantir a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde e mellorar a calidade e seguridade das súas prestacións.

Esta norma diferencia:

- a carteira común básica de servizos asistenciais, cubertos de forma completa por financiamento público.
- a carteira común suplementaria que inclúe aquelas prestacións cuxa previsión realízase mediante dispensación ambulatoria e está suxeita a achega do/a usuario/a. (Prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, prestación con produtos dietéticos e transporte sanitario non urxente).
- a carteira común de servizos accesorios.
- Real Decreto 1506/2012, de 2 de novembro, polo que se regula a carteira común suplementaria de prestación ortoprotésica do Sistema Nacional de Saúde e fíxanse as bases para o establecemento dos importes máximos de financiamento en prestación ortoprotésica. (BOE nº 265 do 3/11/2012) , correspondendolle ás administracións sanitarias competentes na xestión da prestación ortoprotésica determinar o procedemento de elaboración dos correspondentes catálogos de material ortoprotésico, así como as condicións de acceso, prescrición, xestión, aplicación do catálogo e, procédese, as condicións de recuperación dos artigos, tendo en conta o disposto no Real decreto 1591/2009, do 16 de outubro, polo que se regulan os produtos sanitarios, así como ou establecido na normativa vixente de aplicación.
- Real decreto 506/2012, en vigor desde o 4 de novembro de 2012, que veu a derrogar os aspectos referentes á achega das persoas usuarias recollidos non anexo VI do Real decreto 1030/2006, do 15 de setembro, relativo á carteira de servizos comúns de prestación ortoprotésica.

En tanto, e mentres non se establezan os impórtes máximos de financiamento e os límites de achega mediante orde ministerial, as co-

munidades autónomas poderán continuar aplicando a súa normativa específica sobre prestación ortoprotésica seleccionando nos seus catálogos os produtos que consideren máis convenientes, dentro do marco do Real decreto 1030/2006, do 15 de setembro, de maneira que a chegada das persoas usuarias para os devanditos produtos continuará sendo a sinalada no anexo VI do citado real decreto.

- Resolución do 14 de xaneiro de 2019, dá Dirección Xeral de Carteira Básica de Servizos do Sistema Nacional de Saúde e Farmacia, pola que se actualizan as clasificacións de cadeiras de rodas, ortesis e ortoprotésis especiais para o Sistema informatizado para a recepción de comunicacións de produtos ortoprotésicos ao Sistema Nacional de Saúde. (BOE nº 20 do 23/1/2019).

No ámbito autonómico en Galicia podemos destacar a seguinte normativa:

- Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia (DOG nº 143 do 24/07/2008), refírese no seu artigo 55 a esta prestación, dispoñendo que será facilitada polos servizos de saúde ou dará lugar, no seu caso, ás correspondentes axudas económicas.
- Orde do 28 de maio de 2013 pola que se regula a prestación ortoprotésica na Comunidade Autónoma de Galicia. (DOG nº 104 do 3/06/2013). Corrección de erros (DOG nº 187 do 1/9/2013), onde indicase como o seu obxectivo:
 1. Aprobar o Catálogo Xeral do Material Ortoprotésico (anexo I). Este catálogo será de aplicación no ámbito da Comunidade Autónoma de Galicia e contén aqueles produtos sanitarios suxeitos o financiamento polo Servizo Galego de Saúde ás persoas con dereito a cobertura sanitaria dentro do Sistema Nacional de Saúde.
 2. Regular as condicións para a prescrición e dispensación da prestación ortoprotésica dos produtos recollidos nos puntos 7, 8, 9, e 10 do anexo VI⁴ do Real Decreto 1030/2006, do 15 de setembro, polo que se establece a carteira de servizos comúns do Sistema Nacional de Saúde e ou procedemento para a súa actualización.
- Instrución 4/13 do 3 de Xuño, pola que se establece o procedemento para a prescrición e reintegro de gastos do material ortoprotésico

⁴ Anexo que regula a Cartera de servizos comúns de prestación ortoprotésica (7: Protésis externas; 8: Cadeiras de rodas; 9: Orteses; 10: Ortoprotésis especiais).

5. PROCEDEMENTO DE PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

Actualmente en España do total de comunidades autónomas unicamente en sete delas se desenvolveron os seus propios procedementos (Andalucía, Canarias, Cataluña, Comunidade Valenciana, Galicia, Navarra e País Vasco). O resto de comunidades manteñen o sistema herdeiro do INSALUD, baseado no reintegro de gastos.

Respecto as sete Comunidades Autónomas mencionadas, catro de las (Andalucía, Cataluña, Comunidade Valenciana e Galicia) optaron por desenvolver un sistema de pago directo da prestación, mentres que o resto opta polo de reintegro.

A súa vez, tamén poderíamos recalcar que no sistema de pago directo, a persoa con discapacidade non entra no circuíto financeiro da prestación, xa que a ortopedia asume o trámite de cobranza da devandita prestación; con todo, no caso do sistema de reintegro, a persoa con discapacidade, despois de abonar o importe, deberá solicitar ós servizos de Saúde da súa comunidade autónoma o reintegro da prestación.

O seguinte esquema representa o procedemento para a prescripcion/Dispensación en Galicia:

TABOA 2

Procedemento para Prescripcion / Dispensación

- Efectuada polo/as facultativos/as Especialistas da rede propia do Servicio Galego de Saúde ou dos hospitais vinculados ao Servicio Galego de Saude mediante concerto.
- A prescripción dos produtos ortoprotésicos realizarase utilizando a prescripción electrónica no aplicativo correspondente.
- Os/as facultativos/as prescritores deberán consignar a orixe da continxencia, por se houbera unha terceira persoa obrigada o pagamento.

Debe:

- xustificar a indicación, segundo os criterios de prescripción
- adaptarse á lista de produtos ortoprotésicos que integran o catálogo.



Incluirá a descrición e código do produto do que se trate.

Protocolo especial para:

1. Cadeiras de rodas posicionadoras
2. Cadeiras de rodas eléctricas
3. Cascos craneais
4. Próteses mioeléctricas

Unicamente poderán ser dispensados polos establecementos sanitarios debidamente autorizados



MELLORA DO PRODUCTO

A persoa usuaria poderá solicitar o establecemento sanitario, coa autorización da Unidade de Xestión da Prestación Ortoprotésica, a dispensación dun artigo que, polas súas características técnicas, mellore o establecido no catálogo.

Neste caso a diferenza entre o prezo establecido no catálogo e o prezo do artigo elixido será por conta da persoa usuaria.

MODALIDADE DE PAGO	<p><u>Reintegro de gastos:</u></p> <p>- A cantidade que se vai reintegrar será como máximo a establecida como prezo do produto ortoprotésico prescrito, máis o IVE correspondente, que figura no Catálogo Xeral de Material Ortoprotésico, descontando, se é o caso, a achega da persoa usuaria segundo o establecido normativamente polo Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade.</p>
	<p><u>Cesión de créditos (endoso das facturas):</u></p> <p>Entre a persoa usuaria e o establecemento sanitario, será este o que realice todos os trámites do reintegro de gastos.</p>

<p>COMISIÓN CENTRAL PARA A REGULACIÓN E SEGUIMENTO DA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA DA COMUNIDADE AUTÓNOMA DE GALICIA</p>	<p>É o órgano responsable de realizar adecuadamente o seguimento da prestación ortoprotésica en coordinación co órgano competente en materia de seguimento e control da prestación ortoprotésica.</p>
--	---

Nota: Fonte: Elaboración propia basada na Instrución 4/2013 de 4 de xuño pola que se establece o procedemento para a prescricpción e reintegro de gastos do material ortoprotésico.

6. FINANCIAMENTO DOS PRODUTOS DE APOIO.

En termos xerais, o financiamento dos Produtos de Apoio por parte do Sistema Nacional e dos servizos de Saúde das diferentes Comunidades Autónomas, non ten unha cobertura total, podendo xerar certo grado de desigualdade (Chain, 2003).

Segundo as Normas Uniformes sobre Igualdade de Oportunidades para Persoas con Discapacidade das Nacións Unidas (Organización das Nacións Unidas, 2002): *“Os produtos de apoio e de accesibilidade en xeral, deben ser provistos de forma gratuíta ou a un prezo suficientemente baixo como para que todas as persoas que os necesiten poidan compralos”*. Por tanto, a pesar de ser un ben de primeira necesidade para os/as usuarios/as e estar catalogados como produtos sanitarios, a falta de cobertura gratuíta en España por parte do Sistema Nacional de Saúde e das diferentes Comunidades Autónomas, é xeradora de desigualdades entre o grupo de persoas con

discapacidade, ademais de depender das posibilidades de acceso que éstes teñan ós produtos de apoio.

En Galicia, mediante a aprobación do Catálogo Xeral do Material Ortoprotésico, “ *fixase para cada produto a contía máxima, IVE excluído, a financiar polo Servizo Galego de Saúde da que se descontará, se é o caso, a achega dos/as beneficiarios/as da prestación, segundo o establecido polo Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade. Así mesmo, será obxecto de financiamento polo Servizo Galego de Saúde o IVE do produto que en cada caso corresponda.*”.

7. EVOLUCION DA XESTION DO PRESTAMO DE MATERIAL ORTOPROTESICO NO SERVIZO DE ATENCION PRIMARIA DE CAMBRE

Este estudo analiza os datos do sistema de préstamo de material ortoprotésico do SAP de Cambre no período de tempo entre 20016 e 2018.

Estes datos foron obtidos durante o meu desempeño profesional neste SAP.

O Servizo de Atención Primaria de saúde de Cambre está integrado dentro da Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña.

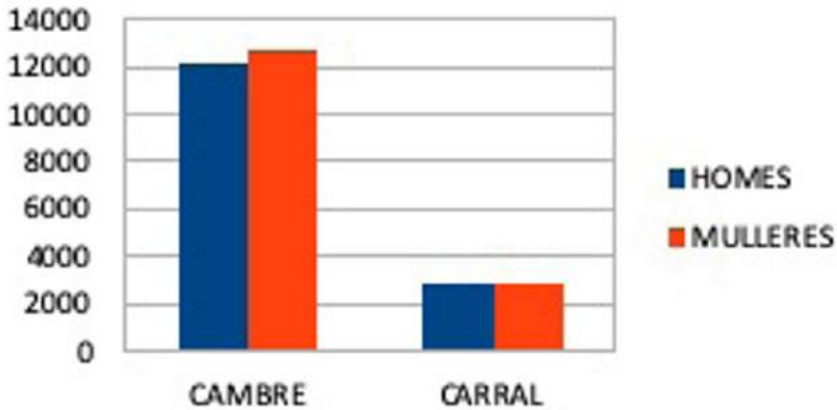
FIGURA 2: Mapa da Area de Referencia da EOXI A Coruña



Nota: Fonte: Elaboración propia a partir de la Memoria Anual de la Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña 2018

O total de poboación que ten asignada son os habitantes dos concellos de Cambre (que comprende os centros de saúde de Cambre e de O Temple) e do concello de Carral, que só ten un centro de saúde.

FIGURA 3: Poboación por sexos Concellos de Cambre e Carral



Nota: Fonte: Elaboración propia a partir de la Memoria Anual de la Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña 2018

O total de de poboación atendida no SAP queda reflexado na seguinte taboa, onde podemos deatacar que a poboación atendida de mais de 54 anos supon case o 19% da poboación.

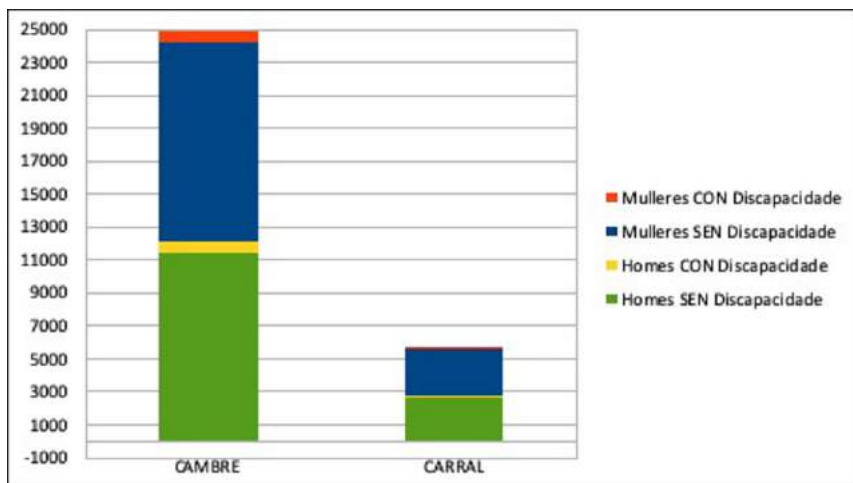
TABOA 3: Nº de tarxetas sanitarias por idade

TIS Total	31099
TIS < 15 años	4113
TIS 15-64 años	21169
TIS > 65 años	5817

Nota: Fonte: Elaboración propia a partir de la Memoria Anual de la Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña 2018

Segun datos do Censo de persoas con discapacidade no Concello de Cambre do total de poboación hay un total de 5,1 % persoas con discapacidade recoñecida, fonte o 5,5% do total da poboación de Carral.

FIGURA 4: PORCENTAXE DE POBOACION CON DISCAPACIDADE POR CONCELLOS



Nota: Fonte: Elaboración propia a partir del Censo de Personas con Discapacidad 2018 publicado polo IGE (https://www.ige.eu/web/mostrar_actividade_estadistica.jsp?idioma=es&codigo=0205001002)

En todos os SAP existe un Protocolo de préstamo de material ortoprotésico que ten entre os seus obxectivos:

- Facilitar a accesibilidade as cadeiras de rodas ós/ás pacientes que as precisen, na modalidade de préstamo
- Potenciar a reutilización de material ortoprotésico para contribuír a racionalización do gasto sanitario

Pero este Servizo, en concreto, ten a vantaxe de dispoñer dun almacén onde as posibilidades de almacenamento eran moi vantaxosas.

Nestes tres anos que comprende o estudo o total de produtos de préstamos foi de 373.

Entre o material, existían algúns recuperados que foran prescritos e despois devoltos e outros foran cedidos por familias unha vez que o seu familiar xa non o necesitaba.

TABOA 3: Total De Prestamos / Devolucións

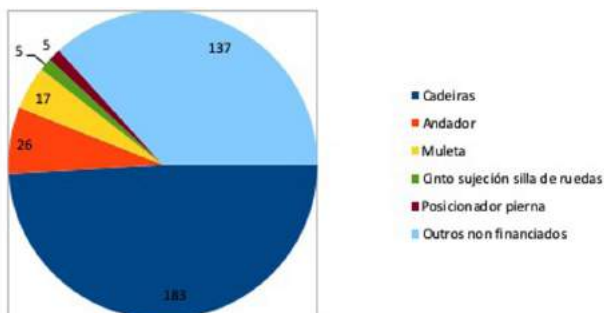
MATERIAL DISPONIBLE		2016		2017		2018		TOTAL	
		P	D	P	D	P	D	P	D
Cadeiras	Auto	15	14	24	23	28	29	67	66
	No Auto	30	24	35	31	36	40	101	95
	Asento WC	5	4	2	2	8	7	15	13
	Xiratoria de ducha	2	1	0	1	4	4	6	6
Andador		7	5	6	6	13	10	26	21
Muleta		4	3	3	3	10	4	17	10
Cama articulada		7	4	20	12	25	23	52	39
Colchon	Espuma	0	0	19	8	12	13	31	21
	Antiescaras	7	6	11	10	11	12	29	28
Coxin antiescaras		0	0	2	1	3	2	5	3
Motor Colchón antiescaras		0	0	1	1	0	0	1	1
Balda Cama articulada		0	1	2	0	1	5	3	6
Cinto sujeción silla de ruedas		2	1	1	0	2	3	5	4
Posicionador pierna		1	2	1	1	3	3	5	6
Butaca abatible		0	0	1	0	0	0	1	0
Pijama		2	2	4	0	1	1	7	3
Cuña		0	0	0	0	2	1	2	1
TOTAL		82	67	132	99	159	157	373	323

Nota: Fonte: Elaboración propia a partir de ADX 2016, 2017, 2018

O produto mais demandado para o préstamo foron as cadeiras de rodas manuais non autopropulsables, pregables cun total de 101, ou que supón mais do 31 % do total do material prestado; seguido das Cadeiras de rodas manuais autopropulsables, pregables cun total de 67, ou que supón así un 18 %.

O terceiro tipo de produto mais demandado son as camas articuladas, o que supón case un 14 % do total de material prestado cun total de 52.

FIGURA 5: Repartición de préstamo de material Ortoprotésco



Nota: Fonte: Elaboración propia a partir de ADX 2016, 2017, 2018

Como se pode ver reflexado no gráfico anterior do total de material prestado case un 37 % nos está incluído no Catálogo de material Ortoprotésico de Galicia, polo que supón que non está financiado para os/as pacientes que os precisan.

Nestes tres anos, o total de material devolto foi de 323. E foi posto a disposición das persoas que so poderían precisar.

Se analizamos a seguinte taboa podemos analizar os datos de aforro que supuxo a existencia de este sistema de préstamo cando podería haber sido prescrito polo seu médico de atención primaria:

PRODUCTO	COSTE	TOTAL
Cadeiras de rodas manuais non autopropulsables, pregables	275 €	27.775 €
Cadeiras de rodas manuais autopropulsables pregables	257 €	17.219 €
Cadeiras de rodas manuais non autopropulsables, non pregables ou rixidas (con inodoro)	226 €	3.390 €
Cinto de catro puntos	29 €	145 €
Andador fixo ou pregable, con ou sen rodas, regulable en altura	66 €	716 €
TOTAL		49.245 €

8. GUIA DE PROCEDIMENTOS.

O Protocolo de préstamo baséase na reutilización dos produtos de apoio para a mobilidade persoal, así como doutros produtos para favorecer ou benestar dos/as pacientes.

Debemos recoñecer o presumible alto custo que supón as prestacións ortoprotésicas, en xeral, e, particularmente, os produtos de apoio para a mobilidade persoal, nas distintas comunidades autónomas; polo que un estudo desta natureza, ademais nas circunstancias actuais, cremos que pode achegar liñas de actuación que poderían implementarse no actual sistema do Servizo Galego de Saúde, co obxecto de ofrecer un amplo e mellor servizo sociosanitario, á vez que pretende reducir custos económicos.

Está claro que as axudas técnicas ou produtos de apoio constitúen unha das prestacións ortoprotésicas máis importantes, o que obriga a responsables e profesionais a planificar adecuadamente as distintas actuacións.

Neste momento debemos facer fincapé que non existe un verdadeiro control do manexo da información, formación, asesoramento, seguimento e devolución das prestacións ortoprotésicas concedidas, polo que pretendemos introducir cambios que permitan un menor custo e mellor uso dos produtos; neste sentido, cabe a posibilidade do reintegro do copagamento o/a usuario/a, a condición de que se proceda a devolución da prestación con obxecto da súa reutilización.

Propoñemos unha nova estrutura que debería dispoñer de diferentes unidades ou servizos dirixidos á orientación e información, abastecemento, entrega e recollida, reparación e posta a punto, e control de seguimento da prestación.

Na nosa proposta resultou reveladora a experiencia plasmada en países nórdicos e no estudo de modelos de servizo técnico en sistemas de provisión de produtos de apoio.

Por tanto, pasaremos a expoñer as seguintes recomendacións ou servizos que poderían ofrecerse desde o propio Servizo Galego de Saúde:

<p>Servizo de Orientación, Formación e Asesoramento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que complemente o labor educacional dos/as profesionais sanitarios nos centros de saúde. • FUNCION: informar ou guiar o/a usuario/a para a idónea elección, utilización e mantemento do produto de apoio inicialmente prescrito. • Alcanzaríase a máxima garantía no bo uso e rendemento da axuda técnica.
<p>Servizo de Abastecemento, Entrega e Recollida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manexaría unha provisión inicial de produtos que poidan dispensarse o/a usuario/a, realizándose a entrega do mesmo cando se cumpran todos os requisitos legalmente establecidos. • A entrega o/a usuario/a poderá ser efectiva con prontitude no propio servizo. • Baixo a premisa de devolución e reutilización dos produtos, este servizo proverase de material ortoprotésico debidamente posto a punto para a súa reutilización. • Neste servizo centralízase igualmente a recollida do material entregado polo usuario tras a finalización do seu uso. <p>Tralas comprobacións pertinentes, procederíase o reembolso da contía achegada polo usuario segundo o especificado no Catálogo.</p>

Servizo de Reparación e Posta a punto	<ul style="list-style-type: none">• Encargarase do lavado, desinfección e limpeza e da adecuada reparación e mantemento.• Garantirá o estado óptimo do material para poder ser reutilizado, conseguíndose unha ampla oferta que debe lograr a idónea asignación coa satisfacción do/a usuario/a.• O/a usuario/a poderá acudir a este servizo en caso de necesitar algunha reparación ou substitución de accesorios
Servizo de Control e Seguimento.	<ul style="list-style-type: none">• OBXECTIVO : Conseguir o máximo número de devolucíons co mellor estado de conservación. Así, conseguiríase a mellor satisfacción do/a usuario/a, un menor custo económico e, en definitiva, a optimización dos recursos.

Tendo en conta a alta predisposición á reutilización dos produtos de apoio e o custo económico, xustificariase elaborar, con obxecto dunha mellor optimización de recursos, unha guía de procedementos que comprometa ao Servizo Galego de Saúde e garanta ou protocolo de actuación.

REFERENCIAS

- Cabra de Luna, M. A. (2004). Discapacidad y aspectos sociales: la igualdad de oportunidades, la no discriminación y la accesibilidad universal como ejes de una nueva política a favor de las personas con discapacidad y sus familias. Algunas consideraciones en materia de protección social. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 50, 22-24.
- Cáritas. (2006). La protección social de la dependencia en España. *Documentación social. Revista de estudios sociales y de sociología aplicada*, 141, 23-44.

- Cayo Pérez, L. (2006). *Discapacidad y asistencia sanitaria. Propuestas de mejora*. Madrid: Obra Social.
- Chain, S. (2003). Prestaciones ortoprotésicas: desigualdad de presupuesto. *Revista El periódico de la discapacidad*, CERMI, 33, 12-13.
- CIF-OMS. (2001). *Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Comité Técnico de Normalización de Aenor. (2017). *Norma UNE-EN ISO 9999: 2017. Productos de apoyo para personas con discapacidad. Clasificación y terminología*. Recuperado de <https://www.une.org/encuentra-tu-norma/comites-tecnicos-de-normalizacion/comite/?c=CTN%20153>
- Consejo Español de Representantes de Minusválidos. (2005). Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud: Ayudas técnicas y discapacidad. *Colección CERMI*, 15.
- Declaración proclamada por la ONU en la Asamblea General de 9 de Diciembre de 1975.
- Evans, D. B. (1990). Principles involved in costing. *Med J Aust*, 153, 10-12.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2004). *Libro Blanco de la I+D+I, al servicio de las personas con discapacidad y de las personas mayores*. Madrid: IMSERSO.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2005). *Libro Blanco de la Atención a las personas en situación de dependencia*. Madrid: IMSERSO.
- Instituto Galego de Estatística. (2018). *Explotación do censo de persoas con discapacidade Dirección Xeral de Maiores e Persoas con Discapacidade*. Recuperado de : <https://politicassocial.xunta.gal/gl/temas/discapacidade/censo-de-persoas-con-discapacidade>
- Instituto Galego de Estatística. *Encuesta estructural de hogares*. Recuperado de : https://www.ige.eu/web/mostrar_actividade_estadistica.jsp?idioma=es&codigo=0205002
- Laloma, M. (2005). *Ayudas técnicas y discapacidad*. CERMI. Recuperado de <https://www.cermi.es/es/actualidad/novedades/ayudas-t%C3%A9cnicas-y-discapacidad>
- Martín, J. A. (2005). *Ayudas Técnicas: apoyos que llegan tarde, mal y nunca*. *CERMI*, 33, 12-13.

- Organización Mundial de la Salud. *Discapacidad y salud. Informe mundial sobre la discapacidad, 2018*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- OMS. (2002). *Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas. Resolución Aprobada por la Asamblea General*. Recuperado de <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/PersonsWithDisabilities.aspx>
- Palacios, A. (2006). ¿Modelo rehabilitador o modelo social? La persona con discapacidad en el derecho español, en Jiménez, E. (Ed.) *Igualdad, No Discriminación y Discapacidad*, Buenos Aires: Ediar-Dykinson.
- Pereiro, C. (2018). Funcións e tarefas do/a profesional do traballo social nun servizo de atención primaria de saúde. Análise, valoración e propostas de mellora da praxe en traballo social. *Revista Fervenzas*, 21, 95-122.
- Querejeta González, M. (2004). *Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid: IMSERSO.
- Rodríguez-Porrero Miret, C. (2009). Foro estatal de centros de información en productos de apoyo. *Minusval*, 173, 12-13.
- Real Decreto 1030/2006, do 15 de Setembro, polo que se establece a carteira de Servizos comúns do Sistema Nacional de Saúde e o procedemento para a súa actualización (BOE do 16 de Setembro de 2006).
- Real Decreto 1030/2006, do 15 de Setembro, polo que se establece a carteira de Servizos comúns do Sistema Nacional de Saúde e o procedemento para a súa actualización (BOE do 16 de Setembro de 2006).
- Orde SCO/3422/2007, do 21 de Novembro, polo que se desenvolve o procedemento de actualización da carteira de servizos comúns do Sistema Nacional de Saúde (BOE do 28 de Novembro de 2007).
- Real Decreto 1591/2009, do 16 de Outubro, polo que se regulan os produtos sanitarios (BOE do 6 de Novembro de 2009).

A PROBLEMÁTICA SOCIAL DOS CIDADÁNS CUNHA ENFERMIDADE MENTAL NA PROVINCIA DE OURENSE

Luis Rodríguez Carmona

*Traballador Social no Servizo de Pediatría, Atención Temperá, Saúde Mental
Infanto- Xuvenil, Xinecología e Obstetricia da Área Sanitaria de Ourense*

luis.rodriguez.carmona@sergas.es

RESUMO

Nas últimas décadas conseguíronse importantes avances para as nosas sociedades en materia de dereitos humanos, sociais ou sanitarios.

Os devanditos logros con todo non foron estendidos a toda a poboación, persiste unha subclase social englobada por cidadáns cunha enfermidade mental (EM) que se atopan excluídos dos devanditos progresos.

As persoas enfermamos e recuperámonos en sociedade, o actual discurso hexemónico biomédico e as políticas neoliberais desprezan a fragilidade do ser humano como ser social que é. Este traballo de investigación veu a corroborar na provincia de Ourense a dificultade social para proporcionar toda a comprensión, as oportunidades inclusivas e o respecto indispensable que lle permita ao cidadán cunha EM unha adecuada recuperación persoal e inclusión en sociedade.

PALABRAS CLAVE

Enfermedad Mental- Derechos e Libertades- Políticas Socio-Sanitarias Exclución Social- Provincia de Ourense

RESUMEN

En las últimas décadas se han conseguido importantes avances para nuestras sociedades en materia de derechos humanos, sociales o sanitarios.

Dichos logros sin embargo no han sido extendidos a toda la población, persiste una subclase social englobada por ciudadanos con una enfermedad mental (EM) que se encuentran excluidos de dichos progresos.

Las personas enfermamos y nos recuperamos en sociedad, el actual discurso hegemónico biomédico y las políticas neoliberales desprecian la fragilidad del ser humano como ser social que es.

Este trabajo de investigación ha venido a corroborar en la provincia de Ourense la dificultad social para proporcionar toda la comprensión, las oportunidades inclusivas y el respeto indispensable que le permita al ciudadano con una EM una adecuada recuperación personal e inclusión en sociedad.

PALABRAS CLAVE

Enfermedad Mental-Derechos y Libertades-Políticas Socio-Sanitarias Exclución Social- Provincia de Ourense.

ABSTRACT

Significant progress has been made for our societies in human, social or health rights in recent decades. These achievements, however, have not been extended to the entire population; there is still a social subclass comprising citizens with a mental illness (MS) who are excluded from such progress. People get sick and recover in society, the current biomedical hegemonic discourse and neoliberal policies have despised the fragility of the human being as a social being. This research work has come to corroborate in the province of Ourense the social difficulty to provide full understanding, the inclusive opportunities and the indispensable respect that will allow the citizen with an MS an adequate personal recovery.

KEY WORDS

Mental Disease-Rights and Freedoms - Socio-Medical Policies - Social Exclusion - Province of Ourense

1.—INTRODUCCIÓN

En xuño do 2017 o Relator Especial de Nacións Unidas presentou un informe ao Consello de Dereitos Humanos da ONU. O tema 3 da axenda referíase á promoción e a protección de todos os dereitos humanos, civís, políticos, económicos, sociais e culturais, incluído o dereito ao desenvolvemento (1).

O informe focalizaba o interese sobre o dereito de toda persoa a gozar do máis alto nivel posible da súa saúde física e mental, o cal contribuíu a xerar un profundo debate sobre o estado actual da saúde mental a nivel mundial.

Por primeira vez, unha institución mundial puña no disparadeiro o actual paradigma biomédico que vértebra a saúde mental e que afecta directamente os dereitos humanos das persoas cun problema de saúde mental.

A pesar, de que no ano 2006 coa aprobación da Convención sobre os Dereitos das Persoas con Discapacidade críase por en marcha o cambio do paradigma mencionado, os estados membros (entre eles España) non mostraron apenas interese por actualizar as lexislacións para poder dignificar, adecuar, igualar e dotar de oportunidades a vida destes cidadáns.

Este traballo empírico, sitúase no marco social da provincia de Ourense.

A hipótese principal pretende averiguar en que situación de vulnerabilidade social e de falla de oportunidades atópanse os cidadáns cunha EM na provincia de Ourense. Preténdese coñecer co traballo de investigación a raíz e o perfil social do suxeito excluído. Como exclusión social, seguindo a Robert Castel (2) non empregarei como ben indica o autor o termo dunha maneira xeneralizada, “*estar totalmente illado ou fóra da sociedade*” (Castel, 2014, p. 17). Senón, que é necesario como sinala coñecer a situación de desafiación social que lle impide a estes cidadadáns a súa participación plena en sociedade. ¿Cales son as situacións que o limitan ou os sitúan nunha sub-clase social?. Para elo, o relato do propio afectado e mailo que ditamina o informe do relator especial de Nacións Unidas permitirá coñecer se no contexto social, sanitario, económico ou político no que se atopan enmarcados este colectivo se garanten os seus dereitos constitucionais.

Non se atoparon estudos similares onde o punto de partida e eixo central do investigador se concentre no cidadán cunha diversidade funcional en saúde mental. Hai que considerar que o marco social no que se move un cidadán

cunha EM está condicionado por multitude de circunstancias, na maioría das ocasións estas son alleas ás súas opinións ou decisións.

É un cidadán condicionado por unha dubidosa certeza das orixes do seu sufrimento sobre o que lle ocorre para que a súa disfuncionalidade apareza. As respostas atópaas a través do profesional da saúde mental o cal está á súa vez condicionado pola limitación do seu saber científico. Con todo, éste terá gran influencia no presente e no futuro do suxeito afectado que ademais:

- Está condicionado pola limitación persoal que en ocasións impoñeralle a enfermidade e que precisará de xente próxima a él, sen apenas coñecementos do que lle ocorre pero que decidirá que é o que máis lle convén e o que non lle convén.
- Está condicionado polas políticas sociais que con carácter xeral, considerárono un cidadán relegado no que os investimentos económicos foron e seguen sendo escasos na dirección dunha verdadeira inclusión social.
- Está condicionado por unha lexislación que arrastra unha tendencia punitiva e limitadora en lugar dun espírito de xustiza social. Esta situación atemorízao e menoscaba os seus dereitos constitucionais con máis facilidade que ao resto da poboación.
- Está condicionado pola falla de comprensión social, de adaptabilidade e de oportunidade dun mercado laboral que é unicamente sensible co modelo capitalista máis desigualitario da historia moderna.
- Está condicionado polo descoñecemento que a sociedade ten das súas dificultades e cómo ese afastamento da comprensión, da solidariedade provoca que aflore un receo sobre o diferente ou o sospeitoso.
- Está condicionado pola súa dependencia económica dos demais, porque na maioría das ocasións non se lles outorga a oportunidade de vivir de maneira independente, con certo acomodo e con liberdade individual.
- Está condicionado por que só él e aqueles que transitan polo mundo da tolemia son coñecedores do calibre dunha tortura interna.

É polo tanto o **descoñecemento** unha seña de identidade, a cal se presenta sen avisar un determinado día, condicionando aspectos vitales tanto internos como externos da persoa en sociedade.

A hexemonía do discurso bioloxicista impera con tal fortaleza no mundo que actualmente nin as recomendacións da OMS (Organización Mundial da

Saúde) acerca da importancia dos factores sociais o psicolóxicos na atención á saúde mental impediu a corrente imparable deste modelo.

Na nosa terra, en particular en seguindo a Cubeiro (2009, p.120) “non existe en Galicia unha socioloxía médica da complexidade da EM, nin tampouco se elaborou unha historia do sistema médico e psiquiátrico”.

Hoxe resulta incuestionable a profunda crise da psiquiatría, parece que é esixible abrir un profundo debate da revisión do concepto de enfermidade mental, analizar o distanciamento establecido entre a comunidade científica e o doente polo posicionamento acerca da propia identidade da psiquiatría.

2.—A REFORMA OU A DESINSTITUCIONALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA EN ESPAÑA

A psiquiatría, tradicionalmente comportouse como un servizo para exercer o poder, como unha ferramenta dun saber represivo. Antes da súa aparición na sociedade existía por entón unha relación e unha comunicación entre home tolo-home-cordo. A aparición do alienismo como o intento para cinguir a tolemia ao terreo médico tomou ao manicomio como lugar para a súa praxe. Así, o asilo medieval onde convivían pobres, malos e delincuentes derivou durante a ilustración francesa no hospital psiquiátrico, onde o alienismo non só clasificou a tolemia senón que pretendeu unha intervención sobre a mesma a través dunha tecnoloxía que articulou de distintas maneiras o coidado e a coerción (Rodríguez, A. 1995 e 1996). Os movementos da reforma psiquiátrica oscilaron entre as posicións que propugnaban a desaparición do manicomio e aquelas outras que crían na necesidade de transformalo (Foucault, 1961).

En todo caso, e seguindo a Ramón Área (2014 e 2018):

“Durante a segunda metade do século XX existiu un consenso en canto aos efectos deletéreos da institución para as persoas internadas durante períodos moi prolongados das súas vidas.

Así, con diferenzas importantes, a maioría dos países europeos promoveron a través de diferentes lexislacións, cambios nos sistemas de asistencia á saúde mental. Polo xeral incluíndo polo menos dous aspectos: a necesidade de incluír a saúde mental como unha prestación máis nos sistemas nacionais de saúde e o deseño e a posta en marcha dun sistema de atención non centrado no hospital psiquiátrico e si cunha orientación comunitaria”.

España tivo que esperar ata os anos oitenta a que a reforma psiquiátrica puidese incluírse na axenda das políticas sociais dun goberno democrático.

A incorporación da muller no mundo sanitario dotou dunha sensibilidade a un modelo asistencial caracterizado polo autoritario. Ata entón, a atención aos cidadáns cunha EM en España era deplorable, caracterizábase por albergar edificios illados da sociedade, con masificación de pacientes, importantes deficiencias nos seus coidados, con ausencia de profesionais e vulnerando continuamente dereitos humanos.

En Galicia, o panorama actual é o dunha psiquiatría parcialmente transformada na que perviven non soamente o hospital psiquiátrico senón que as praxes que o caracterizaban, o funcionamento institucional, perfunde en maior ou menor medida algunhas das novas estruturas creadas (unidades de rehabilitación, pisos protexidos, centros de día...). Corenta anos despois do inicio da reforma convertéronse en dispositivos atrasados e iatrogénicos, con moitas dúbidas acerca da necesidade de promovelos e financiarlos a través das políticas asistenciais. Con carácter xeral, non reflicten algo en positivo (o avance, o alcanzado, o conseguido) senón que, pola contra, dan conta do negativo, do que falla, do máis esencial: o abandono dun verdadeiro proxecto asistencial comunitario. O hospital psiquiátrico pervive actualmente baixo un modelo caduco e paternalista. Son multitude os profesionais da saúde mental que nos últimos anos promoven públicamente que a rehabilitación ou a recuperación do suxeito débese facer exclusivamente na comunidade.

3.—METODOLOXÍA

3.1.—Finalidade do traballo

O propósito do traballo é coñecer cal é a problemática social do cidadán cunha EM (psicose) na provincia de Ourense. Segundo se desprende do informe especial do relator de Nacións Unidas ou da bibliografía consultada, a situación de desvantaxe social do cidadán con EM respecto ao resto da cidadanía é unha realidade perfectamente constatable na nosa sociedade.

3.2.—Contexto social do traballo

O estudo de investigación realizouse na provincia de Ourense. O ámbito territorial na provincia de Ourense abarca unha única área sanitaria integrada con tres hospitais (Hospital de Valdeorras, Hospital de Verín e Complexo Hospitalario Universitario Ourense), así como a todos os centros de saúde dos 92 municipios da provincia. Segundo Saúde Mental FEAFES-Galicia na súa memoria anual do ano 2018, había 61.000 persoas cun certificado de discapacidade en Galicia. A Consellería de Política Social, matiza sen embar-

go que son 50.603. O certo é que non existe un censo sanitario que permita coñecer con certa exactitude o verdadeiro alcance en cifras da enfermidade mental en Galicia.

3.3.—Descrición dos recursos asistencial obxecto do traballo

Dispositivos asistenciais obxecto do traballo de investigación en Ourense:

- Unidade de Saúde Mental da cidade de Ourense (USM).
- Hospital de Rehabilitación Psiquiátrica de Piñor (UHRP).
- Pisos supervisados do Complexo Hospitalario de Ourense.
- Unidade Residencial Troncoso.
- Unidade Residencial Morea.
- Centro de Rehabilitación Psicosocial Morea-Ourense (CRPL).
- Centro de Rehabilitación Psicosocial Morea-Verín (CRPL).
- Centro Rehabilitación Psicosocial Morea- Barco de V. (CRPL).
- Saúde Mental FEAFES-Galicia en Ourense.

3.4.—Hipótese principal

A hipótese do traballo pretende coñecer en que situación de vulnerabilidade social e de falla de oportunidades se atopan os cidadáns cunha enfermidade mental na provincia de Ourense.

3.5.—Hipóteses secundarias:

1. A saúde mental é un ámbito descoidado no contexto comunitario.
2. Os dereitos humanos das persoas afectadas por EM están pouco consolidados.
3. O modelo médico predominante posterga á persoa centrándose fundamentalmente no trastorno.

4. A coacción, o illamento e a medicalización excesiva seguen culturalmente presentes nos nosos sistema de saúde.

5. A marxinalidade social é unha realidade na saúde mental (SM).

O traballo de investigación formalízase nas entrevistas con **140 cidadáns** cun trastorno mental grave (TMG) na provincia de Ourense.

A entrevista susténtase sobre un cuestionario elaborado por profesionais da saúde mental galega de recoñecido prestixio e experiencia.

O cuestionario con entrevistador pretende situar un marco social de referencia a estudar a través de distintas preguntas en distintas temáticas de interese.

3.6.—Estudo das variables

Trátase dun estudo observacional transversal descriptivo. Empregouse un cuestionario semi-estructurado de 58 preguntas realizadas con entrevistador. A análise das principais variables de estudo; variables cuantitativas describíronse mediante medidas de tendencia central e de dispersión mentres as variables cualitativas describíronse mediante frecuencia e porcentaxe.

3.7.—Variables obxecto de estudo

Estudáronse **58 variables** distribuídas en seis bloques temáticos:

1. Socio-Demográfico.
2. Socio-Sanitario.
3. Socio-Económico.
4. Socio-Laboral
5. Dereitos Constitucionais
6. Inserción Social.

Ca información preténdese coñecer se o exposto polo informe especial do relator de Nacións Unidas ten a consideración na provincia de Ourense de preocupación social, tal e como reflicte o mencionado informe.

3.8.—Cronograma:

Meses (2)	Recollida e lectura do marco teórico da investigación
Meses (2)	<p>Desenvolvemento da loxística e elaboración do cuestionario:</p> <p>Preparación e presentación da documentación para a conformidade do Comité de Bioética de Galicia.</p> <p>Comunicación persoal, escrita, con desprazamentos e autorizacións pertinentes dos responsables da Xerencia da área sanitaria da provincia de Ourense e dos profesionais a cargo dos recursos ou dispositivos asistenciais seleccionados.</p> <p>Selección de pacientes ata completar o tamaño muestral</p>
Meses (3)	<p>Desprazamento e encontro informativo cos candidatos ao estudo para a explicación do proxecto de investigación. Obter os consentimentos informados por autorización dos participantes, familiares ou a través da Fundación Galega para a Tutela de Adultos (FUNGA).</p> <p>Realización dos cuestionarios.</p> <p>Desprazamento e entrevistas personalizadas a:</p> <p>Cidadáns/entrevistados</p> <p>Profesionais do ámbito sanitario, social e xudicial</p> <p>Profesionais da Asociación de familiares e enfermos.</p> <p>Profesionais de Saúde Mental Galicia (FEAFES).</p> <p>Usuarios participantes en Grupos de Axuda Mutua (GAM).</p> <p>Cargos da administración con competencias xurídico- socio- sanitarias.</p>
Meses (2-3)	Análise estatística, elaboración, redacción e presentación de resultados
Total tempo empregado	9-10 meses

Fonte: Elaboración propia (2019).

4.—RESULTADOS

Resultaría imposible dar conta neste artigo polas condicións da publicación todas as gráficas e a discusión de tódolos resultados. Darase conta dun breve resumo da discusión dos resultados.

4.1.— Resultados sobre datos socio-demográficos

- O perfil da cidadanía obxecto de estudo corresponde a; un adulto, co predominio do sexo masculino e a soltería. Só un 10% está casado e unha cuarta parte ten fillos. Residen na cidade onde a inclusión en sociedade é menos integradora que os que o fan no rural. Por outra banda os cidadadáns que residen no rural tenden mais o illamento social dada a despoboación, a falla de equipamentos básicos e a carencia de medios para o transporte.
- Un 59% acabaron os estudos primarios e a educación secundaria, un 25% ten o bachillert ou estudos superiores.
- O 75% non ten a súa capacidade de obrar limitada (medidas xudiciais).
- Só un 28% manifesta a súa negativa a participar en comicios democráticos.
- Un 64% ten ingresos económicos por debaixo dos 400 euros.
- Un 92% viven acompañados principalmente polos seus pais.
- A idade media é de 47 anos.

4.2.—Resultados sobre a atención asistencial na saúde mental

- Un 80% dos cidadáns coñecen o seu diagnóstico.
- So un 29% recoñece ter unha experiencia satisfactoria tras os seus ingresos hospitalarios xa sexa nunha unidade de agudos ou nunha de rehabilitación psiquiátrica.
- Un 80% incomodólle os ingresos hospitalarios por situacións coma: o exceso de tratamento farmacolóxico, a contención mecánica ou a rixidez das normas.
- So un 20% manifesta co tratamento farmacolóxico non lle impide levar unha vida sen limitacións. As principais limitacións dos fármacos na

vida diaria provócanlles: somnolencia, tremores corporais, excesiva salivación e impedimentos a hora do desempeño sexual.

- Un 61% re-ingresaron nun recurso hospitalario entre dúas e dez veces.
- Un 80% síntese escoitado na consulta do terapeuta.
- Un 77% considera necesario a toma do tratamento.
- A relación cos profesionais é satisfactoria aínda que a que destaca sobre os demais é a figura do Traballador Social.

4.3.—Resultados sobre a inserción socio-laboral

- Un 93% da mostra estudada non traballa na actualidade.
- Só un 33% están apuntados no SEPE (servicio público de emprego).
- Só un 20% buscou emprego no último ano.
- Un 60% considera que parte con desvantaxe respecto a poboación en xeral a hora de acadar un emprego.
- Un 51% dos enquistados gustaríalles volver a traballar.
- O 90% traballaron o longo da súa vida.

4.4.—Resultados sobre os datos socio-económicos

- Un 54% da mostra ten ingresos económicos por debaixo dos 400 euros, un 11% percibe entre 400/600 euros e un 14% non percibe nada.
- Un 52% afronta con serias dificultades a súa economía persoal.
- Un 58% non ten posibilidade de aforro.
- Un 70% non pode disfrutar dun período vacacional dunha semana o ano.
- Só un 15% pode adquirir vestuario onde lle gustaría.
- Un 56% non pode facer uso da calefacción se non é financiada con axuda de terceiros. Un 33% pode facelo pero con restricións no seu uso.

4.5.—Resultados sobre o exercicio dos dereitos constitucionais

- A cidadanía estudada que se atopa cunha limitación xudicial na súa capacidade de obrar en sociedade é dun 25%. Deles, mais da metade están tutelada pola FUNGA (Fundación Galega para a Tutela de Adultos).
- O 65% está dacordo coa medida imposta pola xustiza no seu momento.
- O 80% dos que se atopan tutelados pola FUNGA amosasen insatisfeitos de cómo estos xestionan os seus dereitos.
- O 81% consideran que o seu patrimonio está a ser ben xestionado.
- O contacto é moito mais frecuente entre cidadáns- tutores cando estos son os familiares. Un 28% dos que son tutelados pola FUNGA manifesta que eles non manteñen nunca contacto directo con profesionais desta entidade.
- Un 50% manifesta o desexo de recuperar a súa capacidade de obrar e outro
- 50% non precisa de recuperala.

4.6.—Resultados da inserción social

- O 60% acude acude algunha asociación relacionada coa saúde mental.
- O trato dispensado polas organizacións é altamente satisfactorio (98%)
- As actividades e os servizos que lles ofertan son dabondo (87%).
- Destaca das asociacións estudadas o traballo integrador dispensado na entidade Morea-O Barco de Valdeorras.
- Un 66% considera co trato en xeral que perciben da sociedade é bo e un 77% vense coma un cidadán mais.
- O 90% descoñece o que é un GAM (grupo de axuda mutua).
- Só un 35% considera ca administración pública os ten en consideración.
- O 95% non tivo condutas violentas nos últimos anos, sen embargo un 19% sí sufriu violencia por parte de terceiros.
- O 46% non se atopa satisfeito do seu actual proxecto de vida.

5.- CONCLUSIÓNS, SUXERENCIAS E PROPOSTAS

A esencia investigadora do estudo de investigación focalizouse principalmente sobre tres aspectos cualitativos fundamentais; **coñecer, comprobar e explicar como é a vida dun cidadán cunha EM na provincia de Ourense.**

A experiencia persoal do cidadáns obxecto do estudo tomou como referencia comparativa o marco social do resto da cidadanía española e o informe de Nacións Unidas sobre o actual estado da saúde mental.

Resultaría un estudo incompleto se os resultados obtidos non se encadran e analizan dentro do contexto xeral da política social á que está ligada e á súa vez ao contexto económico, cultural e ideolóxico no que un está inmerso.

Estes condicionantes macro-sociais teñen repercusións no aumento da brecha da desigualdade social e na fraxilidade da cohesión social.

Cada vez hai maior interdependencia económica entre os estados mundiais o que limita finalmente os modelos de estado de benestar dos países.

A globalización e os seus efectos son abrazaderas que se estenderon a cada recuncho máis recóndito da vida do cidadán, hoxe xa non se constrúen países, senón un espazo único ou global que ten detrás a unha ideoloxía interesada en beneficiar a unha minoría da cidadanía planetaria. A economía hoxe acapárao todo. A teor dos resultados obtidos pódese concluír que ao cidadán/a cunha enfermidade mental na provincia de Ourense preséntanselle importantes dificultades á hora de poder establecer un proxecto vital autónomo. Entre as circunstancias que o condicionan estarían unha liña de situación concatenadas que se retroalimentan entre si como; **que a pobreza económica condiciona a súa dependencia familiar dada a exclusión laboral que sofre pola falla de oportunidades do sistema laboral e polos baixos ingresos das súas pensións.** É esta unha liña de política social de corte darwinista.

Outra circunstancia relevante sería que o actual paradigma biomédico en saúde mental non é un modelo que simplifique e mellore satisfactoriamente a recuperación, senón que se segue sustentando baixo un modelo de atención coercitivo, illado de factores psicosociais e con escasa participación do afectado. Cando os dominios de carácter socio-sanitario non contan nin están ao alcance do afectado prodúcese a sumisión ou a desvalorización social do suxeito que nun afán pola súa propia supervivencia adáptase ás circunstancias que o condicionan. Este feito silencioso e pouco notorio socialmente, é un distintivo particular da enfermidade mental.

O descontento do afectado adoita establecerse sobre todo dentro dunha orde ou marco interno, ao contrario do que adoita suceder co resto da

cidadanía que exterioriza máis o seu descontento social. Prodúcese entón cunha maior facilidade a súa invisibilidade social o que permite que os demais decidan por él que é o que máis lle convén. **Convértense en cidadáns distanciados, que viven baixo o anonimato involuntario, cunha identidade indeterminada e que se atopan ausentes das transformacións sociais.**

Como resultado da análise e do estudo realizado preséntanse a continuación unha serie de suxerencias e de propostas:

1. Non se poden negar os avances que a biomedicina achegou á ciencia nas últimas décadas, outra cuestión é que o seu absolutismo científico impediu que a experiencia do suxeito afectado téñase en conta á hora de establecer os plans, programas e proxectos que estruturan a atención asistencial en saúde mental.

Proposta; Maior protagonismo do cidadán cunha EM coma punto de partida en calquera liña estratéxica a considerar en SM.

2. A facilidade e o abono interesado que se produce para que a fragmentación do campo da psiquiatría siga perenne produce; enfrontamento profesional, confusión á cidadanía, malas experiencias e temor ao sistema asistencial.

Un cambio do actual modelo de SM antóllase necesario.

Proposta; Un modelo sanitario adaptado ós cambios sociais e as necesidades dos cidadáns, que impidan que o sufrimento se incremente facendo unha sociedade máis insegura, máis enfermiza e máis desorientada.

3. Os cidadáns cunha EM teñen importantes dificultades para habitar as actuáis sociedades, non existe unha verdadeira política social para a súa inclusión de facto. A cultura social está abonada cara a un estereotipo de suxeito que esperta sospeita e receo. A verdadeira integración do ser humano comeza dende a relación próxima xa sexa dende a participación familiar, laboral, veciñal ou educativa sen que se teña en conta o seu estado de saúde senón o seu respecto, opinión e a súa experiencia vital.

Proposta; As políticas sociais e sanitarias deben de priorizar a dignidade humana da poboación atendida por encima de calquera outra liña estratéxica contemplada. Os orzamentos deben priorizar necesidades fundamentais.

4. A fragilidade do ser humano é unha realidade que se estende e conséntase diariamente cos seus efectos perniciosos no ámbito persoal e

familiar. O ritmo mundial imposto polo actual modelo neoliberal non é precisamente un prototipo sensible que conveña a unha sociedade que busque o maior grao de armonía cidadá, de xustiza social, de cohesión social e dun equilibrio emocional dos seus cidadáns.

Como ben indica o sociólogo Robert Castel (2014, p. 18) *“hai que cuestionar o que chamamos o compromiso social do capitalismo industrial, tendo en conta a multiplicación de individuos que ven apartados cara ás marxes da sociedade, abandonados á precariedade, vivindo na incerteza do mañá dentro dunha inseguridade social crecente”*.

Os cambios e as melloras sociais ao longo da historia orixináronse dende o alento do cidadán e parece que serán igualmente os propios cidadáns os que protagonicen o desexado cambio global que mellore o desequilibrio non só económico ou social senón tamén o que afecta á nosa saúde mental individual e colectiva.

Proposta; Na actualidade, é indispensable a creación de asociacións ou movementos asociativos promovidos e encabezados por cidadáns con enfermidade mental. Movementos á marxe das actuais plataformas sociais que defenden os seus intereses. Só dende a propia participación do propio afectado pódese por en valor o verdadeiro alcance reivindicativo dos seus dereitos e necesidades.

6.- BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez J. M. (2018). Hablemos de la locura. Xoroi ediciones. s.l. Editorial Pensódromo 21.
- AEN. (2012). Hacia una reformulación de la rehabilitación psicosocial. Grupo de trabajo de la sección de rehabilitación de la asociación española de neuropsiquiatría. Cuaderno técnico, 16.
- Agüero, M.J y Correa G. (2018). Gobernando la experiencia: salud mental y ciudadanía. Rev. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol, 38, no134, pag; 547-565.
- Area, R y Vila, L. (2009). El concepto de enfermedad: partes II-III Grecia, Roma. Medicina científica. Parte IV La ilustración. Parte V: en la actualidad. Rev Siso-Saude. Vol; 48-49, pag;11-54.
- Area, R. (2014). Lugares, no lugares e hiperlugares. Revista Siso-Saúde, vol; 54-55, pag; 521-532.
- Arnaiz, A y Triarte, J, J. (2006). Estigma y enfermedad mental. Revista Norte de salud mental, no; 26. pag; 49-59.

- Asamblea General de Naciones Unidas. (2017). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Consejo de Derechos Humanos. 35º periodo de sesiones.
- Bevia B y Girón, M. (2017). Poder, estigma y coerción. Escenarios para una práctica no autoritaria en salud mental. Rev. Asoc. Eso. Neuropsiq. Vol; 37, no, 132, pag; 321-329.
- Boletín Oficial del Estado. (2018). Salario Mínimo Interprofesional.
- Carmona M. (2017). Paradigmas en estallido: epistemologías para una ¿post?
- psiquiatría. Rev. Asoc. Eso. Neuropsiq. Vol;37, no; 132, pag; 509-528
- Castel R. (2014). Los riesgos de exclusión social en un contexto de incertidumbre. Revista Internacional de Sociología (RIS). Vol. 72, extra 1.
- Cocho C y López I. (2018). Experiencias y actitudes de los profesionales de salud mental en torno a las prácticas coercitivas directivas: revisión bibliográfica de estudios cualitativos. Rev. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol 38, no 134. Madrid.
- Confederación de Salud Mental-España. (2005). Estudio Sociológico sobre enfermedades mentales. Recuperado de <https://www.consaludmental.org>
- Colina F. (2007). De locos, dioses, deseos y costumbres: crónica del manicomio. Valladolid. Pasaje de las letras.
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. (2008). Nueva York: Asamblea General de las Naciones Unidas. BOE, no 26, de 21 de abril.
- Colección Convención ONU. (2016). Derechos Humanos y Discapacidad. Informe España. Colección ONU, nº 19. Madrid. Editorial Cinca.
- Consellería de Facenda. (2014). Diagnóstico de situación socioeconómica y territorial de Galicia, 2014-2020. Recuperado de <https://www.conselliariadefacenda.es>
- Davidson L y González A. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. Rev. Asoc. Eso. Neuropsiq. Vol;37, nº,131,pag; 189-205.
- Decreto 389/1994 de 15 de diciembre. (1994). La salud mental en Galicia. DOG, nº 1.

- Desviat M. (2016). *Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva*. s.l. Grupo 5.
- Díez, M.E. (2004). Documento AEN sobre las propuestas de regulación del tratamiento ambulatorio involuntario de las personas con trastornos psíquicos. *Revista AEN*, no; 92. pag;178-185.
- Durán M^a Á. (2000). Los costes invisibles de las enfermedades mentales. *Revista Goce*, Vol III, N^o 10. pag; 11-19.
- EAPN-España. (2008). 8^o informe del Estado de la Pobreza y Exclusión social. 2008-2017. Recuperado de <https://www.eapn.es>
- FEAFES-Galicia. Memoria Anual 2018. Recuperado de <http://www.feafes-galicia.org>
- Ferreiros M. (2007). *Salud Mental y Derechos Humanos: la cuestión del tratamiento ambulatorio involuntario*. N^o 27. Colección CERMI. pag; 1-750.
- Foucault, M. (1972). *Historia de La Locura en la época clásica*. Recuperado de <https://www.biblioteca IRC>.
- FUNGA. (2017). *Memoria de actividades 2017*.
- Garcés, E.M. (2010). *El Trabajo social en Salud Mental*. Cuadernos de Trabajo Social. Universidad Complutense de Madrid. Vol. 23 (2010) pag;333-352
- García, S y Martínez O. (2012). *Enfermedad Mental: Familia y Sociedad*. Universidad de Cantabria. Escuela Universitaria de Enfermería " Casa Salud Valdecilla.
- Gómez, M.J, Cibeira, A, Campos, J.A, Castro, Y y Carmona, L. (2011). Dossier sobre el hospital psiquiátrico de Toén. *Revista Norte de Salud Mental*. N^o 39, pag 117-126.
- Hernández, M. (2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. *Rev. Asoc. Eso. Neuropsiq.* vol.37, no;131, pp.171-187
- Idareta, F. (2018). *Trabajo Social Psiquiátrico. Reinvidicación ética de la dimensión social en salud mental*. Nau llibres. Colección Trabajo Social.
- Lera, A, M^a (1972). *Mi viaje alrededor de la locura*. Barcelona. Editorial Planeta.

- Llano, J. C. (2017). *El estado de la pobreza*. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España. EAPN-ESPAÑA 2008-2017. Recuperado de <https://www.eapn.es>
- Lorda, D, Rodríguez, A y Concheiro, L. (1992). El consentimiento informado en psiquiatría: un formulario escrito de consentimiento para terapia electroconvulsiva (TEC) o electro shock. *Anales de psiquiatría*. Vol. 8. Nº 7.
- Márquez, I. (2013). Pasan las décadas y aún no aprendemos sobre la necesaria reforma psiquiátrica. *Revista Norte de Salud mental*. vol IX no; 39.
- Ministerio del Interior. (2018). Portal estadístico de criminalidad. Primer trimestre del 2018. Recuperado de <https://www.Estadisticasdecriminalidad.ses>
- Moreno, A. (2012). Derechos humanos y salud mental. ¿Dónde estamos los Profesionales ? *Boletín de la AMSM*, 34. (sp).
- Moreno, J. L. (2015). El poder psiquiátrico y la sociología de la enfermedad mental: un balance. *Sociología Histórica*. no;5, pag; 127-164.
- Munarriz M. (2016). Cambio de régimen, cambio de paradigma. *Rev. Asoc. Eso. Neuropsiq.* Vol;36, no;130, pag:293-296.
- Naciones Unidas. Asamblea General. (2017). Informe del Relator Especial de la ONU sobre el derecho a la salud. Recuperado de <http://www.ohchr.org>
- Observatorio de salud mental de la asociación española de neuropsiquiatría (2011). *Revista AEN*, 31. vol.31, no;4, pag.735-751.
- OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2018). Informe Health at a Glance. Recuperado de <https://www.oecd.org>
- Orradre, M. ANASAP (Asociación Navarra para la Salud Psíquica). (2000). El enfermo esquizofrénico y sus familias inmersos en un cambio profundo. *Revista Anales Sis Navarra*, vol.23, Suplemento 1.pag, 111-122.
- Ortiz, A. (2013). *Hacia una psiquiatría crítica*. Madrid. Colección salud Mental colectiva.
- Ortiz, A y Mata, I. (2004). Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. *Revista Átopos*, nº; 2. pag; 15-22.
- Pereña F. (2014). El asesinato de la psiquiatría comunitaria. *Revista Siso-Saude* vol; 54-55, pag; 307-342.

- Peteiro, J. (2010). El autoritarismo científico. Málaga. Miguel Gómez ediciones.
- Rodríguez, A. (1989). El mito de la salud mental. Anales de la psiquiatría. Vol. 5 N° 8.
- Rodríguez, A. (2003). Historia de la psiquiatría académica gallega. III Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría. Homenaje a Antonio Rodríguez López. AGSM. Antropología y psiquiatría. Santiago de Compostela.
- Rodríguez, A. (1995). Antropología y Sociología: De la epidemiología a la antropología psiquiátrica. Revista de psicoanálisis y terapia analítica. Diario del centro psicoanalítico de Madrid. vol; 1 n°; 2.
- Samaniego, A. (2016). Hacia una salud mental colectiva. Critica de Libros. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol;36, n°; 130, pag: 553-556.
- Szasz, Th, (1970). Ideología y enfermedad mental. Buenos Aires. Amorroutur editores.
- Torres, M. (1998). La comunicación de la locura: expectativas generadoras de sentido en psiquiatras gallegos. Grupo de trabajo: " Sociología de la comunicación.
- Torres, M. (2003). La comunicación de la locura: expectativas. Sentido y tiempo en biografías de psiquiatras gallegos. Universidad de Santiago de Compostela.
- Torres, M. (2009). Orden Social e Loucura en Galicia. Tesis de
- Doutoramento. Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Ciencias Políticas. Departamento de Sociología.
- Tortosa, J. M. (1999). Aspectos sociales de la Globalización. Convergencia Revista de Ciencias Sociales no, 19. Universidad de Alicante.

TRABALLO SOCIAL E DISCAPACIDADE: A EDUCACIÓN E A FORMACIÓN COMO MOTOR DA INCLUSIÓN SOCIOLABORAL DAS PERSOAS CON SÍNDROME DE DOWN

Joel Gómez Coego

RESUMO

O presente artigo pretende visibilizar a discriminación que sofren as persoas con Síndrome de Down dentro do ámbito laboral, da educación e no da formación, entre outros. Tamén se aspira a salientar estratexias, coma o emprego con apoio que resultan de enorme axuda para conseguir un futuro inclusivo das persoas en situación de discapacidade en xeral e das persoas con Síndrome de Down en particular. Existe numerosa lexislación respecto ás persoas en situación de discapacidade e a súa integración na sociedade. Pero esta normativa non está a ser suficiente á hora de dotalas de participación real na vida social. Debemos superar o termo integración que resulta ser por sí mesmo un termo excluínte, e adoptar medidas inclusivas reais que permitan que as persoas con Síndrome de Down e outras persoas en situación de discapacidade poidan participar socialmente a nivel colectivo. Tamén se debe impulsar a formación académica destas persoas para que poidan conseguir unha maior autodeterminación e autonomía. Co presente artigo, buscamos profundar na análise actual deste colectivo, tentando demostrar a fundamentalidade da educación e da formación como elementos fundamentais de inclusión laboral. Partimos da hipótese de que a formación e a educación das persoas con Síndrome de Down, actúan como elementos decisivos para a súa inclusión laboral e para a inclusión social no seu conxunto. Realizouse unha revisión teórica sobre o tema de estudo e unha análise da situación nos anos 2014 e 2017 no Estado español a partires dos datos

disponibles no Instituto Nacional de Estadística (INE) sobre as persoas con Síndrome de Down en relación o seu nivel de formación e posterior entrada ao mundo laboral. Tamén se pretendeu poñer en valor conceptos inclusivos e educativos, así como examinar criticamente as estratexias que se están a levar a cabo en favor da inclusión sociolaboral das persoas con Síndrome de Down.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Down, inclusión laboral, formación, educación inclusiva

RESUMEN

El presente artículo pretende visibilizar la discriminación que todavía sufren las personas con Síndrome de Down dentro del ámbito laboral, en el de la educación y en el de la formación entre otros. También se pretende destacar estrategias, como el empleo con apoyo, que resultan de enorme ayuda para la conseguir un futuro inclusivo de las personas en situación de discapacidad en general y de las personas con Síndrome de Down en particular. Existe numerosa legislación respecto a las personas en situación de discapacidad y a su integración en la sociedad. Pero esta normativa no está siendo suficiente a la hora de dotarlas de participación real en la vida social. Debemos superar el término integración que resulta ser por sí mismo un término excluyente, y adoptar medidas inclusivas reales que permitan que las personas con Síndrome de Down y otras personas en situación de discapacidad puedan participar socialmente a nivel colectivo. También se debe impulsar la formación académica de estas personas para que puedan conseguir una mayor autodeterminación y autonomía. Con el presente artículo, pretendemos profundizar en el análisis actual de este colectivo, intentando demostrar que la educación y la formación son elementos fundamentales de la inclusión laboral. Partimos de la hipótesis de que la formación y la educación de personas con Síndrome de Down, actúan como elementos decisivos para su inclusión laboral y para la inclusión social en su conjunto. Se realizó una revisión teórica sobre el tema de estudio y un análisis de la situación en los años 2014 y 2017 en el Estado español a partir de los datos disponibles en el Instituto Nacional de Estadística (INE) sobre las personas con Síndrome de Down en relación a su nivel de formación y posterior entrada al mundo laboral., También se pretendió poner en valor conceptos inclusivos y educativos, así como examinar críticamente las estrategias que se están llevando a cabo en favor de la inclusión sociolaboral de las persoas con Síndrome de Down.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Down, inclusión laboral, formación, educación inclusiva.

ABSTRACT

The present paper aims to make visible the discrimination still suffered by people with Down syndrome in the workplace, in education and in training among others. It also aims to highlight strategies, such as employment with support, which are of enormous help to achieve an inclusive future for people with disabilities in general and for people with Down Syndrome in particular. There is a large amount of legislation regarding people with disabilities and their integration into society. But this regulation is not enough when it comes to giving them real participation in social life. We must overcome the term integration that turns out to be an exclusionary term by itself, and adopt real inclusive measures that allow people with Down Syndrome and other people with disabilities to participate socially at a collective level. These people so that they can achieve greater self-determination and autonomy. We start with the hypothesis that the training and education of people with Down Syndrome, act as decisive elements for their labor inclusion and for social inclusion as a whole. In addition, we will establish precise objectives to be able to reach a conclusion regarding our hypothesis. We collect information regarding the evolution of available data on people with Down Syndrome in relation to their level of training and subsequent entry into the workplace. From the data obtained, we made a comparison of them between 2014 and 2017. It has also been tried to value inclusive and educational concepts, as well as critically examine the strategies that are being carried out in favor of the socio-labor inclusion of People with Down syndrome. With this work, we intend to deepen the current analysis of this group, trying to demonstrate that education and training are fundamental elements of labor inclusion. To achieve this, a theoretical review and an analysis of the data obtained from the National Statistics Institute (INE) on their evolution in 2014 and 2017, in relation to people with Down Syndrome, have been carried out. Its level of training and its subsequent exit to the labor market.

KEYWORDS

Down's Syndrome, labor inclusion, training, inclusive education.

1. INTRODUCCIÓN

O presente artigo pretende examinar a situación das persoas con Síndrome de Down no estado español, respecto da formación e o emprego, analizando e comparando para elo a evolución dos datos nestes ámbitos. Preténdese

visibilizar tamén, os impedimentos que as persoas con Síndrome de Down teñen que sufrir nunha sociedade discapacitante que, sen embargo, ten a obriga constitucional de traballar en favor da inclusión.

Este colectivo, avanzado o século XXI, aínda ten que soportar actitudes discriminatorias polo simple feito de nacer con un cromosoma de máis. Centrarémonos no tocante á formación destas persoas e ó emprego, xa que entendemos, son dous ámbitos fundamentais para poder levar unha vida independente, autónoma e autodeterminada. As Traballadoras Sociais¹, debemos ser capaces de dar resposta ás necesidades destas persoas, e tamén de concienciar á sociedade para que deixe de considerar a discapacidade coma unha traba. Segundo Molina (2016) “débase apostar por unha perspectiva baseada na confianza, nas potencialidades e capacidades das persoas e na provisión dos apoios oportunos durante o tempo que sexa preciso, para a plena inclusión do traballador no posto” (p. 3).

Tamén se pretende poñer en releve, analizándos os mecanismos e actuacións máis concretas dirixidas a inclusión destas persoas no tocante á educación, e posterior ingreso no mundo laboral.

En canto a educación, resulta ser un dereito fundamental da nosa norma constitucional, ó que todas as persoas deben ter acceso sen ningún tipo de discriminación. Segundo o art. 27.1 da Constitución Española (1978), “todas as persoas temos dereito á educación”. No punto 2 do mesmo artigo 27, establécese que “a educación terá por obxecto o pleno desenvolvemento da personalidade humana no respecto ós principios democráticos de convivencia e os dereitos e liberdades fundamentais”. Así mesmo, a Convención sobre os Dereitos das Persoas con Discapacidade² (ONU, 2006) establece un marco de dereitos fundamentais dos que as persoas en situación de discapacidade poden disfrutar con pleno dereito.

¹ O longo de todo o artigo utilizarase o xénero feminino para referirnos os/as Traballadores/as Sociais sen que esto supoña un desdén contra o xénero masculino. Farase isto debido a que a meirande parte de Traballadoras Sociais, son mulleres.

² O art. 24 da Convención sobre os dereitos das persoas con Discapacidade (ONU, 2006) establece que: “Os Estados Partes recoñecen o dereito das persoas con discapacidade á educación. Con miras a facer efectivo este dereito sen discriminación e sobre a base da igualdade de oportunidades, os Estados Partes asegurarán un sistema de educación inclusivo a todos os niveis así como a ensinanza ó longo da vida, con miras a: a) Desenvolver plenamente o potencial humano e o sentido da dignidade e da autoestima e reforzar o respecto polos dereitos humanos, as liberdades fundamentais e a diversidade humana; b) Desenvolver ó máximo a personalidade, os talentos e a creatividade das persoas con discapacidade, así como as súas aptitudes mentais e físicas; c) Facer posible que as persoas con discapacidade participen de maneira efectiva en unha sociedade libre.”

Aínda co apoio legal destas normas xurídicas o certo é que as persoas con Síndrome de Down e outras persoas en situación de discapacidade³, seguen a ter enormes carencias e dificultades á hora de acceder a unha educación en igualdade de condicións respecto das persoas que non teñen unha situación de discapacidade. O sistema educativo así como os centros educativos, seguen sendo excluíntes a pesar das estratexias e metodoloxías que pretenden ser inclusivas e que se están a implementar a nivel estatal e incluso europeo. Debemos seguir avanzando con paso firme cara a consecución dunha educación inclusiva, que non discrimine nin deixe de lado a ninguén pola súa capacidade, nin por calquera outro motivo.

Por outro lado, a educación debe ir en consonancia tamén coa inclusión efectiva na posterior entrada no mundo laboral. En canto o emprego, cabe destacar que constitúe un pilar imprescindible da inclusión social das persoas con Síndrome de Down e resulta totalmente determinante para a súa autonomía e autodeterminación. Dende o ano 2014, estase a traballar cunha metodoloxía que mellorou as condicións destas persoas, tanto no posto de traballo coma fóra del, pero aínda queda moitísimo camiño por percorrer. O denominado *Emprego con Apoio*, pretende acadar que as persoas en situación de discapacidade poidan conseguir unha vida o máis “normalizada” posible, dentro da súa consideración de vida normalizada, brindando a posibilidade ás persoas con Síndrome de Down ou outro tipo de situación de discapacidade, o apoio que precisen en calquera momento dentro ou fóra do seu posto de traballo. Esta estratexia fusiona, dalgunha maneira, a aspiración das persoas en situación de discapacidade de conseguir a plena inclusión laboral, así como a de conseguir unha educación inclusiva que favorezan a súa autodeterminación e autonomía.

Na actualidade, a cuestión da formación e o emprego en persoas con Síndrome de Down, parece ser absolutamente allea á axenda social e política dos poderes públicos. Por elo, resulta preciso a denuncia desta situación e, como profesionais do cambio social, debemos poñer en valor a defensa deste colectivo, así como o traballo de acompañamento que debemos realizar con estas persoas co que pretendemos acadar a súa inclusión real en todos os ámbitos da sociedade. Cómpre que a sociedade mude de forma rotunda e pase de ser, unha sociedade excluínte e discapacitante a ser inclusiva, de forma que respecte as particularidades de todas as persoas. Tamén se debe traballar de forma conxunta cos colectivos de persoas en situación de discapacidade, para conseguir consensuar políticas que respondan ás verdadeiras

³ Utilizaremos “persoa en situación de discapacidade” rexeitando termos como <<discapacitados>> ou similares. Primeiramente, resulta fundamental darlles a consideración do que son en realidade, persoas, seres humanos. En segundo lugar, ó poñer o foco na situación consideramos que axuda a romper co pensamento que aínda persiste de que as persoas son “culpables” da súa discapacidade. A discapacidade é un concepto imposto pola sociedade (a nosa sociedade é profundamente excluínte e discapacitante).

necesidades socio-laborais que fomentarían en grandísima medida a súa autodeterminación e autonomía.

Entendemos que o presente artigo, pode contribuir dalgunha maneira, a mostrar as carencias na realidade diaria, de forma específica, no ámbito da educación/formación e no ámbito laboral das persoas con Síndrome de Down. Tamén resulta salientable poñer en valor a importancia do consenso respecto de novos métodos de inclusión socio-laboral que permitan o acceso real destas persoas a todos os ámbitos da sociedade sen restricións, co fin de acadar o gran obxectivo que sería conseguir unha sociedade plenamente inclusiva.

A este respecto o Código Deontolóxico do Traballo Social establece unha serie de normas de obrigado cumprimento, que marcan a responsabilidade das profesionais coa sociedade e dela emana a importancia deste estudo para a nosa profesión. Segundo o propio Código Deontolóxico do Traballo Social (2015):

“O traballo social é a profesión baseada na práctica e a disciplina académica que promove o cambio e o desenvolvemento social, e o fortalecemento e a liberación das persoas para incrementar o benestar” (p.2)

Así, as traballadoras sociais temos a obriga de acompañar ás persoas para que elas mesmas sexan capaces de resolver os problemas ós que se enfrontan, en especial as persoas en situación de maior vulnerabilidade.

A consecución da inclusión socio-laboral real das persoas con Síndrome de Down resulta fundamental para avanzar cara a igualdade destas persoas co resto da sociedade, e tamén supón un avance cara a promoción da liberdade desas persoas e da súa autonomía.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. A Síndrome de Down e a inclusión social das persoas en situación de discapacidade. Mecanismos.

Para comezar, disporémonos a introducir primeiramente que é a Síndrome de Down. Segundo *Down España*⁴, dende un punto de vista biolóxico trátase dunha mudanza xenética producida pola aparición dun cromosoma de máis. O corpo humano conta con 46 cromosomas repartidos en 23 pares. As persoas con Síndrome de Down posúen 3 cromosomas no par 21 en lugar de 2, é o que se denomina como trisomía 21. Segundo esta fundación, a Síndrome

⁴ Recuperado de: <http://www.sindromedown.net/sindrome-down>

de Down constitúese como a principal alteración xenética humana así como a principal causa de discapacidade intelectual. A Síndrome de Down non se cataloga como unha enfermidade, tampouco existe o que comunmente se coñecen como graos do síndrome. O efecto do síndrome varía, ten características comúns, pero tamén outras que son moi diferentes para cada persoa.

Non se precisan de antecedentes familiares para que unha parella teña un/unha fillo/a con Síndrome de Down. Aparece de forma natural e espontánea. Segundo *Down España*, dase 1 caso de nacemento con Síndrome de Down por cada 600-700 nacementos en todo o mundo, e tan só o 1% destes casos é producido por herencia xenética parental. Non se coñece a cifra exacta de persoas en España que teñen Síndrome de Down. Cabe destacar que Down España afirman que segundo os datos que manexan, entre un 30% e un 40% do total das persoas con discapacidade intelectual⁵ en España teñen Síndrome de Down⁶.

A participación real das persoas en situación de discapacidade na sociedade, está amparada no art.3 da Convención sobre os dereitos das persoas con Discapacidade. O texto creado pola ONU foi aprobado polo goberno español no ano 2008. Segundo Rodríguez, Montserrat e Marbán (2015) a inclusión plena e real das persoas con discapacidade na sociedade ten “beneficios monetarios e non monetarios, directos e indirectos, de realizar inversións para mellorar a inclusión nos campos do emprego, a educación, e a accesibilidade universal; tres dos pilares da inclusión social das persoas con discapacidade” (p. 9).

A Convención sobre os Dereitos das Persoas con Discapacidade, decreta no seu artigo 33 que os Estados deberán destinar organismos que traballen cara a aplicación das cuestións tratadas na Convención, tamén establece que para facer efectivo o acollemento das medidas será oportuno a creación de mecanismos que traballen para conseguir os obxectivos.

A Comisión Europea, puxo en funcionamento a Estratexia Europea sobre Discapacidade 2010-2020 establecendo así o compromiso da UE coa supresión das barreiras que se poden atopar as persoas con discapacidade. Esta Estratexia aporta un método de traballo a nivel europeo e estatal, para as actuacións con persoas en situación de discapacidade. Preténdese acadar que estas persoas concorran de forma plena, tanto no ámbito social, económico, etc. A finalidade da Estratexia promulgada pola Comisión Europea é “capacitar ás persoas con discapacidade para que poidan disfrutar de todos os seus dereitos e beneficiarse plenamente dunha participación na economía e da sociedade europeas, especialmente a través do mercado único” (p. 4).

⁵ Utilizaremos estas porcentaxes para calcular unha estimación das persoas con Síndrome de Down, a partir dos datos de persoas con discapacidade intelectual rexistrados polo INE.

⁶ Recuperado de: <http://www.sindromedown.net/sindrome-down/>

Os ámbitos principais nos que se centra esta Estratexia, abarca o referente á accesibilidade, a participación na vida pública, a igualdade en todos os ámbitos, o emprego de garantías, a educación e a formación de calidade, a sanidade ou a protección social.

Por outro lado, o goberno de Rodríguez Zapatero (2004-2011), aparte de adoptar as medidas propostas pola Estratexia Europea, publicou no ano 2011 a *Estratexia Española sobre Discapacidade 2012-2020*. Esta estratexia artículase en torno a un principio de transversalidade, “o factor da discapacidade debe constituir un elemento esencial que esté presente e sexa tomado en consideración en todas as políticas públicas que se deseñen e apliquen” (Ministerio de Sanidade, 2011, p. 6). A Estratexia constitúese como un intento de garantir actuacións para a consecución de obxectivos específicos en materia de emprego, educación, pobreza, exclusión social, accesibilidade no entorno, a normalización, sensibilización sobre a vida das persoas con discapacidade, a participación social, a igualdade no referente o trato e a supresión da discriminación.

A Estratexia Española sobre a Discapacidade concreta as súas medidas en torno a dous plans de actuación, un no período de 2012 a 2015 e a outra parte do plan entre 2016 e 2020. A participación do movemento asociativo das persoas con discapacidade, resultou fundamental para a elaboración desta estratexia o que supón que o texto contemple unha definición máis realista da problemática destas persoas. Preténdese progresar cara a consecución da igualdade e do exercicio pleno dos dereitos dos cidadáns con discapacidade en todos os espazos tanto públicos coma privados (Ministerio de Sanidade, 2011).

Ademais, a Estratexia Española conta cun obxectivo estratéxico como é “facilitar que as persoas con discapacidade poidan disfrutar de todos os seus dereitos, e que tanto a sociedade no seu conxunto, coma as propias persoas con discapacidade, poidan beneficiarse plenamente da aportación destas á economía xerando oportunidades e afianzando dereitos” (p. 51). Para conseguir este obxectivo, debemos ser capaces de suprimir as barreiras posibilitando ás persoas en situación discapacidade á participación plena nos sistemas e servizos, empregar maiores recursos ós programas e servizos destinados de forma específica a estas persoas, garantir a súa participación activa, fomentar as súas capacidades e recursos, financiación conveniente para a mellora das súas condicións económicas, impulsar a sensibilización e comprensión social e pública das persoas en situación de discapacidade.

3. EDUCACIÓN, FORMACIÓN E EMPREGO CON APOIO COMO MÉTODOS DE INCLUSIÓN

Para introducir este apartado, entendemos preciso diferenciar dous termos frecuentemente utilizados de maneira indistinta, como son a educación e a

formación. Segundo Torres (2011) a educación comeza no entorno familiar, e remata na posta en práctica na sociedade á que se pertence. Por outro lado, tamén establece que a formación é adquisición de habilidades en diversas materias que resulten útiles para a vida dos seres humanos e para o seu desenvolvemento, xa que isto será beneficioso para a sociedade. Dun xeito máis simple, pódese ser moi educado/a e non saber ler e escribir, así como se pode ter unha formación académica extraordinaria e ser un/unha maleducado/a. Aínda sendo conceptos diferentes, a educación e a formación están profundamente ligadas, xa que, existe a consideración da educación como medio de formar ás novas xeracións. Segundo Flórez e Vivas (2007) trátase dun “proceso de formación das novas xeracións, como un proceso de humanización que conduce a niveis superiores de autonomía, intelixencia e solidariedade” (p. 166). Por outro lado, Flórez (2005) plantexa que a autonomía, a diversidade integrada, a intelixencia e a universalidade son as magnitudes que lle dan dirección e capacidade ós procesos formativos. Por outro lado, en canto a educación, segundo Luengo (2004):

A educación é un fenómeno que nos afecta a todos dende que nacemos. Os primeiros coidados maternos, as relacións familiares ou con grupos de amigos, a asistencia á escola, etc., son experiencias educativas, entre outras moitas, que van configurado de algunha forma concreta o noso modo de ser (p. 30).

En segundo lugar, debemos delimitar o concepto de inclusión ou educación inclusiva. Segundo a Organización de Estados Iberoamericanos para a Educación, a Ciencia e a Cultura (OEI, 2010) “a educación inclusiva baséase na concepción dos dereitos humanos pola cal todos os cidadáns teñen dereito a participar en todos os contextos e situacións” (p. 4). A inclusión como concepto, comprende a todos/as aqueles/as estudantes que integran grupos en situación de vulnerabilidade (inmigrantes, persoas con necesidades educativas especiais, etc...).

Educar de forma inclusiva require adoptar o compromiso da sociedade para cooperar todos/as xuntos/as, na consecución dunha educación pública e de calidade para todo o alumnado. Para conseguir unha escola inclusiva, debemos atopar algunha forma de educar a todos/as os/as estudantes sen exclusións dende unha perspectiva holística, mesturada con interactividade. A comunidade académica, ten que fomentar a implicación de todo o estudiantado no currículo, na comunidade escolar e no entorno cultural. Tamén se debe identificar e reducir a incidencia das barreiras no referente o aprendizaxe e a escolarización.

Por outro lado, segundo un informe do Valedor do Pobo (2014) a inclusión é un concepto moito máis global que a integración. Mentres que a integración obriga ós alumnos a adaptarse á institución escolar e ós seus métodos, a inclusión produce uns efectos de transformación dos centros educativos e será o seu sistema educativo o que se adapte ás persoas para que estas poidan avanzar.

Para conseguir a inclusión real e efectiva das persoas con discapacidade intelectual e as persoas con Síndrome de Down en particular, debemos conseguir dunha vez por todas que se cumpra o publicado pola propia Xunta de Galicia, no *Protocolo para a Atención Educativa do Alumnado con Síndrome de Down e/ou Discapacidade Intelectual* publicado no ano 2018, que recolle que a educación debe ser “inclusiva, equitativa e de calidade que promova as súas oportunidades de desenvolvemento persoal, social e laboral ó longo da súa vida” (p. 4).

Resulta totalmente preciso que as escolas se convirtan en institucións abertas, que sexan flexibles e que dean oportunidades de formación e futuro a todas as persoas independentemente das súas capacidades. Debemos crear unha sociedade libre de barreiras de toda índole, ofrecendo o apoio preciso para que se desenvolvan de forma correcta todas as súas capacidades. Se realmente somos capaces de construír unha sociedade nestas condicións e cunha educación realmente inclusiva, conseguiremos unha maior notoriedade no referente o ámbito académico, social e sobre o persoal. Estes logros permitirán tamén conseguir unha mellora en canto a súa autoestima e a superación das súas limitacións.

É tarefa de toda a comunidade educativa traballar por unha transformación relevante no ámbito da inclusión⁷. Tamén a sociedade debe formar parte deste traballo colectivo, participando activamente tanto no ámbito educativo, coma na comunidade social (Xunta de Galicia, 2018). Os proxectos educativos que traballen a inclusión, debe ser capaces de recoñecer as barreiras que imposibilitan ou complican a accesibilidade, ou a participación de todo o alumnado no desenvolvemento educativo (barreiras sociais, físicas, sensoriais, cognitivas, estruturais, comunicativas ou curriculares).

Por outro lado, no referente o emprego, centrarémonos na metodoloxía coñecida como Emprego con Apoio⁸. Esta metodoloxía nace nos anos 80 en EEUU como un modelo que perseguía a integración laboral de persoas en situación de grave discapacidade. Segundo Molina (2016), a evolución desta metodoloxía supuxo que ésta se convertese nun “sistema eficaz de acompañamento na inserción laboral, que facía posible a participación na sociedade dos cidadáns con discapacidades significativas, sen que o seu nivel requirido de apoio fora causa de exclusión para ninguén” (p. 13). Esta política fomentaría a inclusión, o empoderamento e a dignidade de todas as persoas. O *Emprego con Apoio*, esta formado por unha serie de valores e principios

⁷ Traballar pola inclusión, implica “aprender e ensinar a recoñecer, valorar e respectar as diferenzas, e comprender o concepto de diversidade no seu sentido máis amplo” (Xunta de Galicia, 2018. p.16).

⁸ Este modelo chegou a España no ano 1991, e dende entón son numerosos os programas que traballan seguindo esta metodoloxía que busca a inclusión das persoas con discapacidade no mercado laboral ordinario.

que se han de ter en conta en todo momento como son a individualidade, o respecto, a autonomía, a elección ben informada ofrecendo información veraz e de calidade para que as persoas poidan escoller a opción que máis lles poida interesar, o empoderamento, a confidencialidade, a flexibilidade e a accesibilidade.

Conforme ó Servizo Público de Emprego Estatal (SEPE, 2019), o *Emprego con Apoio* trata de promover “accións de orientación e acompañamento individualizado no posto de traballo, prestadas por preparadores laborais especializados, de facilitar a adaptación social e laboral dos traballadores con discapacidade con especiais dificultades de inserción laboral” (p. 19).

A Unión Europea de Emprego con Apoio (EUSE, 2005), defíneo como “un proceso dinámico dirixido polo individuo” (p. 15), e establece cinco fases do proceso de Emprego con Apoio que consistirían primeiramente, na introdución da persoa en situación de discapacidade que o requira, no Servizo con Apoio. Posteriormente, débese proxectar un perfil profesional co fin de atopar as fortalezas e debilidades do propio individuo. O seguinte paso sería a búsqueda activa de emprego orientando e asesorando no proceso ó individuo. A cuarta fase, sería a implicación da empresa no proceso de inclusión da persoa en situación de discapacidade no ámbito do emprego. Por último, a última fase do proceso, é dotar dos apoios precisos tanto dentro coma fóra do posto de traballo. O apoio do profesional será substituído polo apoio doutros compañeiros de traballo de forma progresiva (EUSE, 2005).

Actualmente o Emprego con Apoio está a evolucionar cara outro concepto chamado emprego a medida ou personalizado. Este método involucra en todo o proceso ás persoas en situación de discapacidade e os/as empregadores/as, a través dunha negociación que pretende satisfacer os intereses de ambas partes.

4. METODOLOXÍA

4.1 Obxecto, obxectivo e hipótese/s do estudo

O obxecto do presente traballo é o exame da situación do colectivo de persoas con Síndrome de Down en España, con especial incidencia nos ámbitos da educación e da formación e a súa repercusión no mercado laboral.

Este estudo ten como obxectivo principal coñecer a evolución dos datos sobre as persoas con Síndrome de Down en relación o seu nivel de formación e posterior entrada o mundo laboral. Para acadar tal obxectivo, realizaremos unha comparativa entre os anos 2014-2017.

Como obxectivo secundario, tamén se pretenden poñer en valor conceptos educativos e inclusivos, así como realizar unha análise crítica das estratexias levadas a cabo de cara a inclusión das persoas con Síndrome de Down

A hipótese deste traballo é que a formación e a educación das persoas con Síndrome de Down, actúan como elementos decisivos para a súa inclusión laboral e para a inclusión social no seu conxunto.

4.2. Delimitación temporal e espacial do estudo

Esta comparativa levouse a cabo a partir de datos a nivel estatal (España), sendo escollidos os anos 2014 e 2017 para a realización desta comparativa. Realizaremos unha estimación das persoas con Síndrome de Down a nivel estatal, a partir dos datos do INE de persoas con discapacidade intelectual, e segundo as porcentaxes aportadas anteriormente pola Fundación Down España (ver páxina 9 do presente artigo).

4.3. Métodos e técnicas: elección metodolóxica, explicación e xustificación para este estudo.

Para acadar os obxectivos mencionados, partindo da hipótese formulada, entendemos que o método indicado debe ser o hipotético-dedutivo. Con él, partimos dunha tese inicial, plasmada indiciariamente, para, segundo o razoamento dedutivo que transita dende premisas xerais ata conclusións específicas ou particulares, para sí confirmar ou rexeitar a hipótese formulada.

En canto ás técnicas de investigación, servirémonos principalmente da revisión bibliográfica, en formato tradicional e electrónico, posto que boa parte destes recursos se atopan xa dixitalizados. Usaremos tamén o método estatístico reflectido en táboas para a mellor comprensión dos datos.

5. FORMACIÓN, EMPREGO E DISCAPACIDADE. RESULTADOS

A continuación realizaremos unha descrición dos datos obtidos a partir do Instituto Nacional de Estadística, onde reflectiremos as cifras recollidas nas táboas 1, 2 e 3.

No ano 2014, atopámonos con que o 1,3% do total de persoas en situación de discapacidade de 16 a 64 anos activas, carecía de formación académica. Un 16% tiña estudos primarios, o 58,5% posuían estudos de educación secundaria e/ou programas de formación. Por último, un 24,3% tiñan estudos superiores. Por outro lado, respecto ás persoas en situación de discapacidade de 16 a 64 anos ocupadas, un 1,4% do total non tiña es-

todos académicos. Un 13,1% posuían estudos primarios e un 56,9% estudos de formación secundaria e/ou programas de formación. Por outro lado, a porcentaxe total de persoas en situación de discapacidade de 16 a 64 anos ocupadas foi de 28,6%. (ver táboa 1).

Táboa 1. Discapacidade e nivel educativo 2014

Nivel	Activas	Ocupadas	Paradas
Sen estudos	1,3%	1,4%	0,9%
Primaria	16%	13,1%	22%
Secundaria e programas de formación	58,5%	56,9%	61,7%
Superiores	24,3%	28,6%	15,3%

Fonte: elaboración propia a partires de INE.

Respecto ó desemprego, un 0,9 do total de persoas en situación de discapacidade de 16 a 64 anos en situación de paro, non tiñan ningún tipo de formación académica. As persoas en situación de paro con estudos primarios, representan o 22% do total, e as que posuían estudos de formación secundaria e/ou programas de formación, representaban o 61,7% do total de persoas en situación de discapacidade en situación de paro. Finalmente, un 15,3% do total desta poboación en paro, tiña formación académica superior. Respecto ás persoas con Síndrome de Down (de 16 a 64 anos) en España, no ano 2014 representaban entre o 3,9% e o 5,2% do total de persoas en situación de discapacidade no mesmo rango de idade (entre 52.530 e 70.040 persoas con Síndrome de Down entre os 16 e os 64 anos). A taxa de actividade deste colectivo no ano 2014, estableceuse en torno a un 1,2%-1,6% do total de persoas en situación de discapacidade. A taxa de emprego, entre un 0,69% e un 0,92% do total das persoas en situación de discapacidade activas, e a taxa de paro en torno a un 0,49%-0,65%.

O ano 2017, é o último ano do que hai dispoñibles no INE datos referentes ás persoas en situación de discapacidade en España. Neste ano atopámonos con que o 0,7% do total de persoas activas en situación de discapacidade de 16 a 64 anos, non tiñan formación académica. Un 12,2% posuían formación primaria, e un 62% formación de educación secundaria e/ou programas de formación. Por outra banda, un 25,2% do total de persoas do colectivo mencionado posuían estudos de nivel superior (ver táboa 2). Por outra parte, respecto ás persoas en situación de discapacidade ocupadas (de 16 a 64 anos), o INE recolle que un 0,7% do total de persoas ocupadas, non tiña formación académica. Un 11% do total de ocupados,

posuían estudos de educación primaria, así como un 58,9% con estudos de secundaria e/ou programas de formación. Tamén recolle que un 29,4% do total de persoas en situación de discapacidade de 16 a 64 anos ocupadas, tiñan formación académica de nivel superior.

Táboa 2. Discapacidade e nivel educativo 2017

Nivel	Activas	Ocupadas	Paradas
Sen estudos	0,7%	0,7%	0,7%
Primaria	12,2%	11%	15,4%
Secundaria e programas de formación	62%	58,9%	70,7%
Superiores	25,2%	29,4%	13,2%

Fonte: elaboración propia a partires de INE.

En canto ás persoas en situación de paro do colectivo anterior, a porcentaxe correspondente ás persoas sen formación académica era dun 0,7%. Un 15,4% do total de parados, posuía estudos de educación primaria e un 70,7% formación secundaria e/ou programas de formación. Así mesmo, un 13,2% do total de persoas en situación de discapacidade en paro, tiñan formación de nivel superior. Así mesmo, cabe mencionar, que respecto ás persoas con Síndrome de Down no ano 2017, a porcentaxe total de persoas pertencentes a ese colectivo en relación ó total de persoas en situación de discapacidade de 16 a 64 anos, era de entre un 3% e un 4%. A taxa de actividade das persoas con Síndrome de Down, Situouse entorn a un 0,95% e 1,3% a taxa de emprego rondaba o 0,59% e un 0,79% e por último, a taxa de paro, situábase polo 0,37% e o 0,50% aproximadamente.

Como se pode comprobar na táboa 3, o número de persoas con Síndrome de Down aumentou dende o 2014 o 2017. No ano 2014, pódese ver que a taxa de actividade era lixeiramente superior á taxa de emprego no ano 2017. Tamén era superior no ano 2014 tanto a taxa de emprego, como a taxa de paro. Resulta rechamante que aínda que o número de persoas con Síndrome de Down aumetou dende o 2014 ó 2017, a participación destas foi menor no mesmo período de tempo.

Pódese dicir que estes datos poñen de manifesto as grandes carencias das persoas con Síndrome de Down respecto á formación e posterior saída ó mercado laboral. Cómpre fomentar a inclusión no ámbito educativo, traballando sobre a sociedade no seu conxunto e particularmente, no tocante ás persoas con Síndrome de Down, faise preciso implementar políticas que fomenten a súa formación académica. Estes elementos constitúen os motores

da inclusión laboral das persoas con Síndrome de Down, tamén son fundamentais para acadar unha maior autodeterminación e autonomía. Tamén se poden observar grandes carencias respecto ás oportunidades laborais coas que contan as persoas con síndrome de down, obtendo cifras moi baixas de participación no mundo laboral.

Táboa 3. Persoas con Síndrome de Down en España

Ano	2014	2017
Total	Entre 52.530 e 70.040 persoas	Entre 56.640 e 75.520 persoas
Taxa de actividade	Entre 1,2% e 1,6%	Entre 0,95% e 1,3%
Taxa de emprego	Entre 0,69% e 0,92%	Entre 0,59% e 0,79%
Taxa de paro	Entre 0,49% e 0,65%	Entre 0,37% e 0,50%

Táboa 3. Fonte: elaboración propia a partires de INE

5. CONCLUSIÓNS E REFLEXIÓNS PERSOAIS

A Síndrome de Down é unha alteración xenética que non se clasifica como unha enfermidade. Os síntomas da síndrome varían en cada persoa, polo que o que comunmente se coñece como “graos da síndrome” resulta ser en realidade a variación natural das persoas. Pola parte tocante ós datos obtidos do INE, podemos observar que respecto ás persoas en situación de discapacidade en xeral, predominan as persoas de 16 a 64 anos con estudos secundarios, por moita diferenza co resto de niveis educativos nos anos analizados. En segundo lugar, pódese observar que o segundo nivel educativo con maior porcentaxe de persoas, é o das persoas que teñen formación académica superior. Respecto ó nivel de formación e ocupación, podemos establecer que, en primeiro lugar, teñen maior ocupación as persoas en situación de discapacidade con estudos de secundaria e/ou programas de formación (tamén debido a que a maioría da poboación activa tiña esa formación académica), pero pola contra, tamén sofren maior porcentaxe de paro. E en segundo lugar, con maior porcentaxe de ocupación, atópanse as persoas en situación de discapacidade con formación superior as cales, teñen unha porcentaxe menor de paro. Así podemos concluír que as persoas con estudos superiores, sofren bastante menos situación de paro en relación ás persoas ocupadas con menor formación. Deste xeito pódese establecer unha relación entre as persoas con discapacidade en xeral e as persoas con Síndrome de Down.

Á vista dos datos anteriores, podemos afirmar que impulsar a formación das persoas con Síndrome de Down resulta fundamental xa que un nivel de formación superior, proporciona maior ocupación. Esta relación de datos,

permitenos aceptar a hipótese que indica que a maior formación, menor situación de paro terán as persoas con Síndrome de Down.

Támén podemos observar que este colectivo ten unha participación moi baixa no mundo laboral. Resulta imprescindible implementar políticas e medidas de discriminación positiva para que estas persoas aumenten as súas cifras de participación laboral. Neste sentido, ata que os poderes públicos non se tomen de forma rigurosa a implementación deste tipo de medidas, non se poderá falar da inclusión real das persoas con Síndrome de Down no mercado laboral ou incluso noutros ámbitos da sociedade.

A modo de reflexión, podemos dicir que vivimos nunha sociedade que avoga pola inclusión das persoas, pero que á hora da verdade resulta ser totalmente excluínte. Dende os poderes públicos, existe unha total desidia de cara a inclusión real das persoas en situación de discapacidade en xeral, e particularmente das persoas con Síndrome de Down. Resulta moi revelador que a meirande parte da normativa aínda se refire á integración, e non a inclusión. Isto quere dicir que dende as administracións, aínda non se considera ás persoas en situación de discapacidade como persoas de pleno. Séguese a considerar que as persoas en situación de discapacidade débense adaptar á norma social para poder participar (con restricións) nos diversos ámbitos da nosa sociedade. Resulta de grandísima importancia para as persoas con Síndrome de Down (e para todas as persoas en situación de discapacidade), que se poña de forma inmediata na axenda política e pública medidas inclusivas reais que consigan a aceptación e respecto ás diferenzas de todas as persoas. En canto a accesibilidade, a sociedade actual está chea de barreiras arquitectónicas que imposibilitan o acceso ós servizos máis básicos (a pesar de existir normativas respecto a este tema). É de vital importancia para acadar a inclusión real destas persoas, a supresión total destas barreiras arquitectónicas e conseguir que todos os servizos e accesos sexan modificados e que teñan en conta as necesidades de todas as persoas. A parte de todo isto, cabe destacar que resulta totalmente fundamental a educación de todas as persoas en valores inclusivos dende os primeiros inicios da escolaridade, xa que se a sociedade en conxunto non está educada nestes valores, será imposible conseguir a inclusión real aceptando as diferenzas naturais de todas as persoas. Unha sociedade non educada en valores inclusivos, será sempre unha sociedade excluínte.

Para finalizar, respecto ó Emprego con Apoio, podemos destacar que esta metodoloxía pretende asegurar a participación das persoas con Síndrome de Down ou persoas en situación de discapacidade en xeral, así que poderíamos considerar que o emprego con apoio, pretende mellorar da calidade de vida das persoas con Síndrome de Down e/ou persoas en situación de discapacidade. Polo que poidemos observar na literatura revisada, esta metodoloxía resulta ser efectiva para a inclusión laboral das persoas con Síndrome de Down (Se as súas etapas son cumpridas de forma rigurosa).

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Constitución Española [Const.] (1978) Artigo 9 [Título preliminar], Artigos 10,14,19,27,49b [Título 1].
- Comisión Europea (2010). *Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020* (p. 4). Bruselas, Bélgica. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/ssi/discapacidad/docs/estrategia_europea_discapacidad_2010_2020.pdf
- Consello Xeral do Traballo Social (2015). *Código Deontolóxico do Traballo Social* (p.2).
- Cornell University ILR School (2005). *Unión Europea de Empleo con Apoyo* (p. 14). Irlanda del Norte. Ed: Gladnet.
- Flórez, R. (2005). *Pedagogía del conocimiento*. Bogotá, McGraw-Hill.
- Flórez, R. e Vivas, G. (2007) *La formación como principio y fin de la acción pedagógica*. Revista Educación y Pedagogía. Vol. XIX, Nº47. Medellín, Colombia.
- Galiana, T. (1997). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*. Revista Andaluza de Relaciones Laborales Nº 3. España. Recuperado de: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/35694230/233-1017-1-PB.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1559654372&Signature=zRDS6uk3itA34GbnAC0D6yNIBEW%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DTRABAJO._Revista_Andaluza_de_Relaciones.pdf
- Instituto Nacional de Estadística (2014). *El empleo de las personas con discapacidad*. Madrid, España.
- Instituto Nacional de Estadística (2017). *El empleo de las personas con discapacidad*. Madrid, España.
- Instituto Nacional de la Administración Pública (2015). *Libro blanco sobre el acceso e inclusión en el empleo público de las personas con discapacidad* (pp. 74-99). Madrid, España. Recuperado de: <https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/LibroBlancoPcD.pdf>
- Luengo, J. (2004) *La educación como objetivo de conocimiento. El concepto de educación*. En Pozo, M. M. Álvarez, J. L. Luengo, J. Otero, E. (eds). *Teorías e instituciones contemporáneas de educación* (p. 30). Madrid, España. Ed: Biblioteca Nueva.

- Ministerio de Sanidad, Consumo e Benestar Social (2011). *Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020* (p. 6-51). Madrid, España. Recuperado de: http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26112/Estrategia2012_2020.pdf
- Molina, I. (2016). *Empleo con Apoyo, hacia la inclusión laboral de las personas con Síndrome de Down*. Madrid, España. Ed: Down España.
- ONU (2006). *Convención sobre os Dereitos das Persoas con Discapacidade* (p. 7-10). Nueva York, EEUU. Recuperado de: https://www.ohchr.org/Documents/Publications/AdvocacyTool_sp.pdf
- Organización de Estados Iberoamericanos para a Educación, a ciencia e a Cultura (2010). *Guía para a reflexión e valoración práctica inclusivas* (p.4). Madrid, España.
- Rodríguez, G. Montserrat, J. e Marbán, V. (2015). *Los beneficios de la inclusión social de las personas con discapacidad* (p.9). Madrid, España. Ed: Cinca.
- Servicio Público de Empleo Estatal (2019). *Integración laboral de las personas con discapacidad* (p.19). Madrid, España.
- Torres, S. (2011). *Diferencia entre educación y formación*. Barcelona, España. Recuperado de: <https://www.elperiodico.com/es/cartas/raiz-tematicas-el-periodico/diferencia-entre-educacion-formacion/41778.shtml>
- Unión Europea de Empleo con Apoyo (2005). *Caja de herramientas para la diversidad de la Unión Europea de Empleo con Apoyo* (p. 14,15). Bruselas, Bélgica. Recuperado de: <http://www.empleoconapoyo.org/aese/Caja%20de%20Herramientas%20para%20la%20diversidad.pdf>
- Valedor do pobo (2014). *Los derechos de las personas con discapacidad intelectual en Galicia* (p. 34-36). Santiago de Compostela, España. Recuperado de: http://www.parlamentodegalicia.es/sitios/web/Informes/valedor_do_pobo_derechos_personas_con_discapacidad_intelectual_Galicia.pdf
- Valedor do pobo (2018). *A accesibilidade en Galicia*. Santiago de Compostela, España. Recuperado de: <http://www.parlamentodegalicia.es/sitios/web/Informes/INFORME%20EXTRAORDINARIO%20A%20ACCESIBILIDADE%20EN%20GALICIA.pdf>
- Xunta de Galicia (2018). *Protocolo para a Atención Educativa do Alumnado con Síndrome de Down e/ou Discapacidade Intelectual* (pp 4-16). Santiago de Compostela, España

COIDARNOS: PROGRAMA DE APOIO A PERSOAS COIDADORAS DE FAMILIARES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Concello de Boqueixón

25 de maio de 2016 - Actualidade

Ana Anta Fernández (Traballadora Social) e Yolanda Neira Cristobo (Psicóloga)

Premio Día Mundial do Traballo Social 2019

Modalidade Boa Práctica

RESUMO

CoidarNos é un grupo de apoio para persoas coidadoras de familiares en situación de dependencia, que nace como unha rede de apoio formal enmarcada dentro das actuacións da área de servizos sociais e igualdade do Concello de Boqueixón (A Coruña). A finalidade deste é, a través da intervención grupal, paliar os síntomas da Síndrome da Persoa Coidadora, un estado de esgotamento mental e físico que afecta a aquelas persoas que exercen o rol de coidadoras de xeito continuado.

A intervención desenvolvida abarca diversas áreas: o manexo das emocións, a adquisición de coñecementos e ferramentas para a mellora da comunicación e da prestación de cuidados, o fomento da realización de exercicio físico e do contacto coa natureza e a preparación e afrontamento do proceso de dó.

CoidarNos pon o foco de atención nas persoas coidadoras, creando un espazo único no que compartir sentimentos e vivencias é a estratexia básica para o cambio.

PALABRAS CHAVE

Grupo de apoio, persoas cuidadoras, Boqueixón

RESUMEN

CoidarNos es un grupo de apoyo para personas cuidadoras de familiares en situación de dependencia, que nace como una red de apoyo formal enmarcada dentro de las actuaciones del área de servicios sociales e igualdad del Ayuntamiento de Boqueixón (A Coruña). La finalidad es, a través de la intervención grupal, paliar los síntomas del Síndrome de la Persona Cuidadora, un estado de agotamiento mental y físico que afecta a aquellas personas que ejercen el rol de cuidadoras de forma continuada.

La intervención llevada a cabo abarca diversas áreas: el manejo de emociones, la adquisición de conocimientos y herramientas para mejorar la comunicación y la prestación de cuidados, el fomento de la realización de ejercicio físico y de contacto con la naturaleza y la preparación y afrontamiento del proceso de duelo.

CoidarNos pone el foco de atención en las personas cuidadoras creando un espacio único en el que compartir sentimientos y vivencias es la estrategia básica para el cambio.

PALABRAS CLAVE

Grupo de apoyo, personas cuidadoras, Boqueixón

ABSTRACT

CoidarNos is a support group for people who care for relatives in a situation of dependency, born as a formal support network framed within the actions of the area of social services and equality of the Boqueixón Town Council (A Coruña). The purpose is, through group intervention, to alleviate the symptoms of the Caregiver's Syndrome, a state of mental and physical exhaustion that affects those who exercise the role of carers on a continuous basis.

The intervention carried out covers several areas: the management of emotions, the acquisition of knowledge, and tools to improve communication and the provision of care, the promotion of physical exercise and contact with nature and preparation and coping of the grieving process.

CoidarNos puts the focus of attention on carers creating a unique space in which to share feelings and experiences is the basic strategy for change.

KEY WORDS

Support group, people who care, Boqueixón

INTRODUCCIÓN/FUNDAMENTACIÓN

Segundo o último *Informe do Sistema Nacional de Salud*, publicado en decembro de 2018, con datos referentes ao ano 2016, Galicia é a segunda comunidade autónoma coa taxa máis alta de dependencia de España (58,9 %). O sistema de apoio informal (conformado fundamentalmente pola familia) segue a ser a principal resposta ás situacións de dependencia no noso país.

O incremento do envellecemento da poboación debido ao aumento da esperanza de vida fai que este dato teña unha tendencia ascendente e proporciona información suficiente como para poñer o acento sobre a rede existente de recursos para a atención ás persoas que exercen o rol de cuidadoras informais.

Táboa 1

Evolución da taxa de dependencia total segundo comunidade autónoma, 2000,2004,2008 e 2016.

Comunidade Autónoma	2000	2004	2008	2016	Diferenza 2016-2000
Andalucía	50,5	48,7	47,4	51,0	0,5
Aragón	53,7	52,8	51,0	57,1	3,4
Asturias	49,5	48,9	48,5	56,7	7,2
Baleares, Illes	46,6	43,9	42,2	46,4	-0,2
Canarias	43,2	41,5	40,8	43,5	0,3
Cantabria	48,3	47,2	46,6	54,3	6,0
Castilla y León	55,1	54,6	53,7	59,5	4,4
Castilla - La Mancha	59,0	56,5	51,7	53,7	-5,3
Cataluña	47,3	46,7	46,7	55,1	7,8
Comunitat Valenciana	48,3	46,8	46,6	53,09	5,6

Extremadura	58,1	56,4	53,2	53,07	-4,4
Galicia	51,2	51,0	51,3	58,9	7,7
Madrid	43,4	42,4	42,9	51,7	8,3
Murcia	50,0	48,7	49,1	51,6	1,6
Navarra	48,3	45,0	47,2	56,4	8,1
País Vasco	43,6	49,2	48,6	58,3	14,7
Rioja, La	51,2	49,3	49,4	56,5	5,3
Ceuta	50,02	53,7	52,7	50,8	0,6
Melilla	54,1	48,5	46,9	54,9	0,8
España	48,9	47,8	47,2	53,4	4,5

Fonte: Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos.

Unha boa parte das persoas que se responsabilizan destes cuidados son familiares directos que conviven ou pasan a convivir coa persoa dependente. Cando unha familia se atopa de súpeto con esta situación un membro desta asume o liderado responsabilizándose de todo o relativo á persoa en situación de dependencia co medo que iso implica. A persoa que asume o rol de cuidadora perde independencia: a súa meta na vida é agora satisfacer todas as demandas da persoa á que cuida, abandonando paulatinamente a satisfacción das necesidades propias. O estado físico e mental das persoas que prestan cuidados vai determinar a calidade destes e así mesmo, o ambiente familiar no que se desenvolvan. Ese estado vese especialmente afectado co paso dos días debido ao exceso de demandas e aos comportamentos desaxustados da persoa cuidada, que se atopa nun proceso de asimilación da súa enfermidade e da nova situación. Con este contexto a persoa cuidadora acumula moita frustración que repercute no seu estado de ánimo e na forma en que trata a persoa en situación de dependencia e, como consecuencia, aparece un sentimento de culpa moi forte.

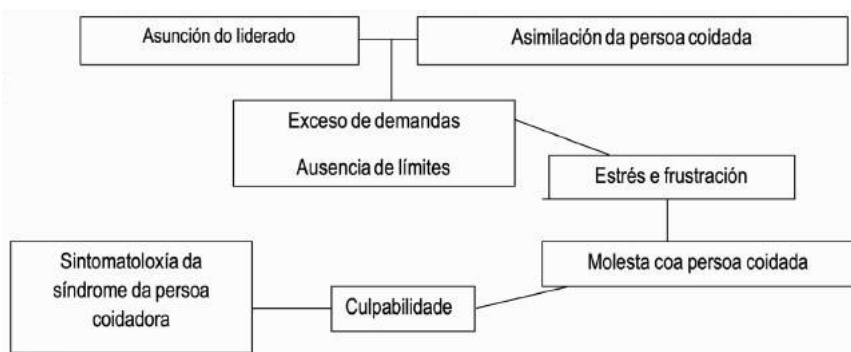


Figura 1: Proceso de aparición da síndrome da persoa cuidadora

O resultado deste proceso para as persoas que prestan cuidados de forma continuada no fogar é a aparición dun estado de esgotamento físico e psíquico producido polo estrés continuado que xera o desempeño deste rol, o cal consome toda a enerxía e tempo da persoa cuidadora. O psicólogo estadounidense Freudenberger (1974) foi o primeiro en falar do esgotamento mental e da ansiedade asociada aos cuidados. Referiuse a este estado co termo “burnout”, cuxa tradución ao noso idioma é “estar queimado”. Actualmente faise referencia a este estado como “síndrome de sobrecarga do cuidador” ou “cuidador queimado”, mais en CoidarNos referímonos a el en todo momento cunha linguaxe inclusiva que lle dea visibilidade a toda a poboación que a sofre, xa que na súa maior parte son mulleres, polo que de aquí en diante imos a falar da síndrome da persoa cuidadora.

Os síntomas característicos da síndrome da persoa cuidadora son:

- Cansazo persistente
- Aparición de problemas clínicos: depresión, ansiedade, estrés...
- Aparición de problemas psicosomáticos: dor de cabeza, perda do apetito, tremores, problemas gástricos, vertixe, alerxia inmotivada etc.
- Aparición de trastornos do sono: insomnio
- Aparición de problemas emocionais: tristura, preocupacións excesivas, sentimentos de soidade, culpabilidade, irritabilidade, cambios de humor etc.
- Diminución ou abandono de afeccións
- Illamento social
- Consumo de ansiolíticos e/ou antidepressivos

Boqueixón é un concello rural con 4341 habitantes, cunha alta dispersión xeográfica e unha rede deficiente de comunicación. Estas características motivan que non teña a mesma oferta de recursos que poidan ter outros municipios, razón pola que as iniciativas que se poñen en marcha teñen un valor engadido.

CoidarNos é un grupo de apoio para persoas cuidadoras de familiares en situación de dependencia que inicia a súa andadura en maio de 2016 a raíz de detectarse a necesidade non satisfeita de crear un espazo de liberación emocional para esas persoas que están ofrecendo cuidados de forma continuada. Desde o punto de vista profesional, esta experiencia busca recuperar

a verdadeira esencia da intervención social converténdose nunha oportunidade de desenvolvemento profesional e de aprendizaxe social.

Coordinado e executado pola traballadora social e a psicóloga do concello, nace baixo a firme crenza de que as redes sociais e o traballo en grupo estimulan o apoio social, a participación comunitaria e o fortalecemento dos vínculos afectivos.

En definitiva este grupo xorde coa pretensión de crear un espazo que ceda o protagonismo a quen habitualmente se converte en protagonista da vida da persoa á que coída, desatendendo a súa propia.

OBXECTIVOS

Os obxectivos do programa artículase arredor da Síndrome da Persoa Coidadora, de xeito que o obxectivo xeral de CoidarNos é reducir ou previr os seus síntomas a través do traballo nunha serie de áreas fundamentais que marcan os obxectivos específicos do programa:

- Promover o autoconecemento
- Educar na expresión de emocións
- Mellorar a comunicación asertiva
- Proporcionar información útil para a prestación de coidados
- Promover a realización de exercicio físico
- Fomentar a realización de actividades agradables
- Acompañar no proceso de dó

PERSOAS DESTINATARIAS

CoidarNos está dirixido a aquelas persoas que se atopan exercendo de forma permanente o rol de coidador/a familiar, ou persoas que tendo exercido esta función presentan unha situación emocional común ás actuais coidadoras. Poden formar parte deste grupo con independencia da tipoloxía de dependencia que presente a persoa á que coídan. Actualmente cónfórmano 10 persoas, 9 mulleres e 1 home, mais por CoidarNos pasaron ata o momento 19 persoas coidadoras.

Táboa 2

Perfil das persoas coidadoras e das persoas coidadas

Persoa Coidadora	Idade	Actividade laboral	Persoa á/s Que coida	Idade	Perfil sociosanitario
Home	54	Operario de Limpeza	Pai e nai	84 83	Deterioración cognitiva a física
Muller	44	Axte. Comedor Escolar	Nai	86	Deterioración cognitiva e física
Muller	70	Xubilada	Fillo	33	Parálise cerebral
Muller	49	Coidadora	Sen parentesco	82	Dano cerebral Adquirido (Ictus)
Muller	59	Traballos eventuais	Nai	87	Deterioración cognitiva e física
Muller	48	Coidadora	Nai	86	Deterioración cognitiva e física
Muller	65	Xubilada	Cónxuxe	70	Dependencia física
Muller	46	Coidadora	Nai	80	Dependencia física
Muller	70	Xubilada	Cónxuxe	75	Dano cerebral adquirido (accidente)
Muller	72	Xubilada	Cónxuxe	75	Dependencia física

METODOLOXÍA

Logo de detectar a necesidade de crear un espazo de encontro onde se permita a satisfacción das necesidades emocionais das persoas coidadoras, o primeiro paso foi convocar a unha reunión (en abril de 2016) a catro persoas coidadoras que cumprían o perfil de posibles destinatarias para falarlles desta idea e da posibilidade de materializala a través do formato de actividade grupal. Nesta primeira reunión acordouse fundamentalmente a posta en funcionamento, a periodicidade das sesións e o horario que máis se axustaba ás súas necesidades e responsabilidades como coidadoras.

O 25 de maio de 2016 ten lugar a primeira sesión do programa, na que se produce a primeira toma de contacto coa presentación das persoas participantes, as metas do programa e, sobre todo, as normas fundamentais do grupo: confidencialidade, participación equilibrada de todas as persoas, escoita activa e respecto.

A metodoloxía empregada baséase na participación activa do grupo como obxecto da actividade e suxeito activo con capacidade para o deseño dos contidos das sesións a desenvolver (a través das súas suxestións mensuais).

A planificación, deseño e preparación de cada unha das sesións mensuais supón o traballo en equipo da psicóloga e traballadora social municipal, que mensualmente reservan unha parte da súa xornada laboral para acordar os contidos, preparar os materiais e, de ser o caso, contactar coas persoas ou entidades que participan no desenvolvemento das sesións. Todo isto lévese a cabo seguindo o camiño que marcan as necesidades e suxestións das persoas que conforman o programa, de cara a favorecer o seu apoderamento e protagonismo activo.

DESCRICIÓN

CoidarNos lévese a cabo cunha periodicidade mensual. Actualmente as sesións grupais teñen lugar o penúltimo luns de cada mes de 17:30 a 20:00 h. A estrutura destas segue normalmente o seguinte patrón:

- O tendal: esta ferramenta serve de punto de partida para o comezo da sesión. No tendal cólgase inicialmente unha pregunta relacionada co tema que se vai tratar ou coa actividade que se vai desenvolver. Unha vez formulada esta cólganse tamén as respostas das persoas participantes. Ocasionalmente téndense frases inspiradoras sobre a temática tratada.
- Desenvolvemento da sesión: as sesións poden estar dedicadas a tratar un tema específico, a charlas impartidas por profesionais especializados ou á realización de exercicio físico. En función do tipo de actividade que se realice a localización da sesión pode ser no propio concello, no ximnasio municipal ou nalgunha área recreativa de Boqueixón ou doutros municipios próximos.
- Impresións e suxestións: para rematar facilitamos unha ficha na que poden indicar as súas impresións da sesión realizada e suxestións para vindeiras sesións. Esta ficha depositana na caixa de correo destinada para tal fin.

A información que se extrae desta caixa ten especial importancia na medida en que serve de orientación para planificar os contidos das vindeiras sesións.

Táboa 3

Data, contidos e lugar de realización das sesións.

Data da sesión	Actividade/Temática tratada	Lugar de realización
25/05/2016	Toma de contacto	Sala de Usos Múltiples - Concello
29/06/2016	A síndrome da persoa coidadora	Sala de Usos Múltiples - Concello
27/07/2016	Hixiene, alimentación e cambios da postura (persoal de enfermería do centro de saúde)	Sala de Usos Múltiples - Concello
25/08/2016	Que cousas deixaches de realizar dende que prestas coidados?	Área recreativa de Codeso-Boqueixón
29/09/2016	Exercicio físico: monitor de Pilates	Ximnasio municipal
27/10/2016	Os pensamentos perturbadores	Sala de Usos Múltiples - Concello
30/11/2016	Prevenición de lesións: fisioterapeuta	Sala de Usos Múltiples - Concello
28/12/2016	Celebración do Nadal: simulacro de fin de ano	Sala de Usos Múltiples - Concello
26/01/2017	A comunicación asertiva	Sala de Usos Múltiples - Concello
14/02/2017	Preparación vídeo presentación	Sala de Usos Múltiples - Concello
28/03/2017	A expresión das emocións	Sala de Usos Múltiples - Concello
26/04/2017	Ruta de sendeirismo:	Ruta dos Pescadores - Boqueixón
06/06/2017	Como actuar ante os comportamentos desaxustados	Sala de Usos Múltiples - Concello
26/07/2017	Exercicio físico: Monitor deportivo	Ximnasio municipal
28/08/2017	A autoestima	Sala de Usos Múltiples - Concello

18/09/2017	O medo	Sala de Usos Múltiples - Concello
16/10/2017	A culpabilidade	Sala de Usos Múltiples - Concello
20/11/2017	Un balance da participación no grupo	Sala de Usos Múltiples - Concello
27/12/2017	Celebración do Nadal: simulacro de fin de ano	Sala de Usos Múltiples - Concello
15/01/2018	Charla AGADEA	Sala de Usos Múltiples - Concello
19/02/2018	Charla SARELA	Sala de Usos Múltiples - Concello
19/03/2018	Actividade física: Monitor deportivo	ximnasio municipal
23/04/2018	O dó	Sala de Usos Múltiples - Concello
28/05/2018	Celebración aniversario CoidarNos	Sala de Usos Múltiples - Concello
25/06/2018	Contacto coa natureza	Área recreativa de Sucira
23/07/2018	O agradecemento	Área recreativa das Illas de Gres
20/08/2018	A felicidade	Área recreativa de Gastrar
19/09/2018	A ira	Área recreativa de Codeso
26/10/2018	Paseo pola contorna	Sala de Usos Múltiples - Concello
19/11/2018	Apoderamento da persoa coidadora	Sala de Usos Múltiples - Concello
26/12/2018	Celebración do Nadal: simulacro fin de ano	Sala de Usos Múltiples - Concello
21/01/2019	O arrepentimento	Sala de Usos Múltiples - Concello

As actuacións levadas a cabo teñen a finalidade de acadar os obxectivos específicos citados anteriormente, polo que as actividades realizadas ata o momento poden clasificarse en función destes:

- Promover o autocoñecemento: sesións destinadas ao recoñecemento dos síntomas vinculados á síndrome da persoa coidadora, sesións destinadas a traballar a autoestima, sesións destinadas a aprender a detectar pensamentos tóxicos que favorecen un estado de ánimo destrutivo e a xerar pensamentos positivos.

- Educar na expresión de emocións: sesións destinadas ao coñecemento, recoñecemento e expresión de emocións (medo, culpa, amor, gratitude, felicidade, ira, preocupación...)
- Mellorar a comunicación asertiva: sesións nas que se facilitan pautas e técnicas de mellora co seu correspondente adestramento.
- Proporcionar información útil para a prestación de cuidados: sesións destinadas a aprender como actuar ante as condutas desaxustadas da persoa cuidada, a facilitar información sobre hixiene e alimentación, cambios da postura e mobilizacións, así como charlas da man de diversas profesionais que lle informan da súa área de especialización (fisioterapia, medicina, enfermaría) ou que representan a asociacións que ofrecen recursos de apoio para persoas en situación de dependencia (AGADEA, Sarela).
- Promover a realización de exercicio físico: sesións destinadas á realización de actividades deportivas (rutas de sendeirismo, clases de Pilates, clases de actividade física...)
- Fomentar a realización de actividades agradables: seguimento dos seus costumes de ocio e tempo libre, información sobre actividades da súa contorna que poidan ser de interese.
- Acompañar no proceso de dó: sesións destinadas ao coloquio sobre a morte, a coñecer e recoñecer os síntomas do dó anticipado, ao ofrecemento de apoio grupal e individual no proceso de dó tras a perda da persoa cuidada etc.

COORDINACIÓN E ALIANZAS

CoidarNos é unha iniciativa que nace por mor da existencia dunha necesidade ata entón non satisfeita, así como pola forte aspiración das profesionais que crean o programa, polo que a primeira coordinación dáse entre as dúas, na medida en que pertencen a diferentes servizos municipais (Servizos Sociais e Centro de Información á Muller). Así mesmo, dentro da propia institución local conta coa colaboración do técnico deportivo do concello co fin de poder realizar sesións de exercicio físico.

CoidarNos non dispón de ningunha liña específica de financiamento, o que fai que tome especial relevancia a colaboración altruísta de múltiples profesionais que veñen participando de forma desinteresada en cada unha das sesións baixo a firme convicción de que son necesarias novas formas de intervención que primen o traballo en rede, recoñecendo o rol valioso de

cada persoa dentro da sociedade (fisioterapeuta, persoal de enfermía, monitor de Pilates...).

Nesta mesma liña, tivo a colaboración de entidades asociativas como AGADEA (Asociación Galega de Axuda aos Enfermos con Demencias Tipo alzhéimer de Santiago) e Sarela (Asociación de Dano Cerebral de Compostela) que deron a coñecer os recursos dispoñibles nas súas asociacións.

PROMOCIÓN E DIFUSIÓN

A rede social Facebook constitúe o principal medio de promoción e difusión do labor de CoidarNos desde o seu nacemento. A través dunha páxina creada exclusivamente para este programa¹, preténdese achegarlles tanto ás propias persoas participantes como á poboación en xeral, os contidos de cada unha das sesións así como calquera outra información relevante relacionada co obxecto deste programa. Ademais, esta páxina trata de transmitir a través de cada unha das súas publicacións a esencia e valores que o identifican, coidando de forma especial a súa imaxe e marcado carácter emocional.

A páxina web e páxina de Facebook do Concello constitúen tamén outros medios de difusión deste programa, así como a revista municipal que mensualmente edita o Concello, onde da conta das novas relativas aos programas que se desenvolven en cada unha das áreas de actuación municipais (revista que se remite mensualmente ao domicilio de cada unha das persoas veciñas de Boqueixón).

Empréganse, así mesmo, outros medios de difusión máis tradicionais, como o material gráfico impreso (carteis e folletos informativos) localizados en lugares estratéxicos (casa consistorial, centro de saúde, centros sociais etc).

No ano 2017 CoidarNos foi seleccionado para a súa presentación na IV Conferencia Nacional del Paciente Activo (Oviedo, marzo de 2017), dentro da sección de comunicacións e experiencias en cronicidade², a través dun póster e dun vídeo, o que supuxo que o programa fose coñecido máis aló da nosa comunidade.

Dentro das nosas fronteiras o programa deuse a coñecer nas aulas do 3.º curso do Grao en Traballo Social da Escola Universitaria de Traballo Social de Santiago de Compostela (setembro de 2018), a través da súa presentación en dúas clases expositivas. Nestas xornadas o alumnado destacou a importancia e necesidade de estender esta iniciativa a outros municipios.

¹ <https://www.facebook.com/CoidarNos/>

² <https://www.congresocronicos.org/iv-conferencia-nacional-del-paciente-activo/>



Figura 2: Imaxe corporativa do programa

PARTICIPACIÓN DAS PERSOAS DESTINATARIAS E DA COMUNIDADE

O programa susténtase na participación das persoas destinatarias, xa que como grupo terapéutico que é, é indispensable a súa presenza para que poida darse a interacción e unión emocional que promove o cambio.

CoidarNos dispón dun rexistro de asistencia que dá conta da dificultade de lograr a participación do 100 % do grupo nas sesións, unha dificultade que vén explicada pola propia situación particular que viven estas persoas ao coidar de alguén que sofre ingresos hospitalarios ou que presenta crises de saúde que supoñen unha necesidade de permanencia da persoa cuidadora no fogar. Tamén inflúe neste aspecto a afectación da propia saúde de quen desempeña o rol de cuidadora e en ocasións a dificultade para conciliar todas as responsabilidades do fogar. Con todo, o grupo mantense dende o seu nacemento sen interrupcións e cunha alta participación.

Neste tempo foi preciso facer axustes horarios e mesmo mudar o día da realización das sesións para facilitar a participación das persoas interesadas.

CoidarNos non supón só a participación deste colectivo, se non tamén a doutras persoas da nosa comunidade como son as profesionais que de xeito altruísta desenvolveron unha actividade ou unha charla con este grupo.

APRENDIZAXES DA EXPERIENCIA

Logo de máis de dous anos e medio de andadura, CoidarNos ten máis que demostrado os beneficios da súa creación, tanto para as persoas destinatarias como para as profesionais que decidiron crealo.

O grupo favorece que cada quen se coñeza e recoñeza a través das outras persoas, permitindo que cada unha desenvolva un rol dentro deste que resulta único e que complementa o do resto. Isto é, sen dúbida, un exercicio de apoderamento que constitúe a porta de entrada para a mellora da autoestima. A través da interacción grupal están a descubrir as súas potencialidades e recursos, o que lles permite día a día superar os obstáculos que van atopando.

Ao considerar as características do Concello de Boqueixón, este programa tense convertido tamén nun modo de evitar o illamento social e de combater a soidade. Así mesmo, é un xeito de poñer en valor un traballo (o dos coidados) oculto, non remunerado e desprestixiado socialmente que á vez constitúe o motor necesario para o desenvolvemento da nosa sociedade.

Desde o punto de vista profesional a creación deste grupo supuxo explorar unha ferramenta moi útil e infrautilizada desde as administracións locais, a cal rescatou a verdadeira esencia e obxecto da intervención social, ás veces tan esquecida polos ritmos que marca a propia institución.

Esta forma de intervención si é habitual en entidades asociativas que ofrecen recursos a persoas cunha determinada doenza. Non obstante, non temos atopado na nosa comunidade grupos de axuda nos que o común sexa o estado da persoa coidadora e non o perfil sociosanitario da que é coidada.

Ademais, existen outros beneficios indirectos da súa posta en funcionamento que teñen que ver coa facilidade coa que ambas as dúas profesionais poden facer un seguimento de cada unha das persoas que conforman o grupo dunha forma áxil. Coa súa participación en CoidarNos, o seguimento destas persoas fíxose constante, o que supuxo e supón a garantía dunha atención continuada e de calidade, algo que ás veces custa cando o seguimento é individual e sen un calendario prefixado. Polo tanto, CoidarNos supón para as coordinadoras do grupo un mellor aproveitamento do tempo e unha maior facilidade para conseguir os obxectivos que se perseguen con cada persoa.

A falta dunha partida económica destinada ao programa, lonxe de terse convertido nun problema, converteuse nunha razón para promover a creatividade e agudizar o enxeño, o que desencadea sen dúbida unha maior satisfacción profesional.

CoidarNos non busca mellorar os cuidados a través dunha formación senón mellorando o benestar da persoa que os exerce, poñéndoa en valor. Este poida que sexa un dos puntos máis fortes deste programa xunto co seu carácter eminentemente emocional.

Quizais a aprendizaxe máis destacada sexa o feito de ter comprobado que crer nas persoas é suficiente para iniciar melloras e promover cambios. A primeira crenza foi a de saber que habería entendemento entre as profesionais, unha relación de admiración e respecto que favorece a expansión de CoidarNos. A seguinte foi crer nelas, nas persoas cuidadoras, pois no camiño da vida todas as persoas precisan ter alguén que crea nas súas capacidades. E o resultado disto derivou nunha crenza mutua, bidireccional, entre participantes e coordinadoras, crenza que é actualmente o alimento que fai que CoidarNos non deixe de medrar.

CONCLUSIÓNS

CoidarNos está demostrando o poder transformador do grupo a través das sinerxías que se derivan de compartir nun mesmo espazo e tempo sentimentos, sensacións, pensamentos e formas de actuar ante situacións da vida diaria vinculadas á prestación de cuidados e, por que non, á vida en xeral.

Desde o seu nacemento, as sesións mensuais fóronse desenvolvendo sen interrupción, consolidándose como un recurso de proximidade que chegou para quedar e servirlles de acompañamento a todas as persoas que no transcurso das súas vidas exerzan como cuidadoras.

Tal e como refiren as persoas participantes, a existencia deste grupo permítelles superar os obstáculos que se van atopando diariamente a través do seu apoderamento progresivo e das súas potencialidades e capacidades, desenvolvendo os seus propios recursos grazas ao impulso e á forza da interrelación grupal, e grazas ao seu compromiso e ao desenvolvemento progresivo dun forte sentimento de pertenza.

O que naceu como un grupo terapéutico converteuse xa nun grupo de compañeiros e compañeiras que ao abandonar a sala de sesións continúan compartindo as súas inquiredanzas máis alá dese espazo. CoidarNos converteu a persoas descoñecidas en coñecidas, a persoas diferentes en persoas cun nexo común, a persoas soas en persoas acompañadas, a persoas que sentíndose baleiras descubriron que albergan consellos, compañía e unha experiencia única que compartir. Un bo exemplo de que a clave do éxito de calquera acción que pretenda traballar en grupo radica nos vínculos relacionais que se xeran nel.

A esencia deste proxecto non é fácil de transmitir se non se recollen os testemuños³ e valoracións das persoas participantes e protagonistas do grupo. José Manuel, un dos integrantes de CoidarNos, fala así da súa experiencia:

A aparición de CoidarNos foi moi bo e moi enriquecedor para nós. Ai démonos conta do gran traballo que facemos e tamén do moi bo traballo que facedes todos os que formades parte deste grupo. Todos contamos as nosas experiencias e as nosas peipecias como cuidadores, e dámonos conta de que si nos facemos un gran traballo o resto dos integrantes do grupo fan aínda máis traballo ca nós debido ás circunstancias e problemas de cada un.

CoidarNos está formado por COIDAR e NOS.

COIDAR os nosos maiores o mellor posible, con amor, cariño etc. E tamén ás veces con enfados que, ben, hai que botar a un lado.

NOS quere dicir que está ben, moi ben, coidar os nosos vellos pero non nos podemos esquecer de NÓS MESMOS que tamén merecemos os nosos momentos de desconexión e de vivir a nosa vida, aínda que isto é difícil habendo vellos polo medio. (José Manuel, setembro 2018).

AGRADECEMENTOS

CoidarNos síntese moi agradecido con todas as persoas que dende diversos ámbitos profesionais participaron de forma altruísta proporcionando os seus coñecementos nalgunha das súas sesións:

1. José Ignacio Soria Lafuente e Carmen García Juan, persoal de enfermería do Centro de Saúde do Forte (Boqueixón).
2. Maica Mareque Millán, fisioterapeuta no ámbito privado.
3. David Fernández Neira, monitor de Pilates.
4. Daniel Carlín Soto, auxiliar de axuda no fogar.

A todas lles dámos as grazas por sacar do seu tempo persoal un momento para acompañarnos, e de xeito especial, por conectar emocionalmente con este grupo.

Grazas ás nosas familias e amizades que creron dende un comezo en CoidarNos, e que nos empurran a seguir medrando, a sentir que nunha pequena parte do mundo algo está cambiando.

³ <https://www.facebook.com/CoidarNos/videos/1455364911228350/>

A Loli, que nos deu pulos para presentarnos á IV Conferencia Nacional del Paciente Activo, porque sabía que nos ían seleccionar. E acertou.

Grazas ao alumnado do terceiro curso de Traballo Social, que nos agasallou con centos de palabras fermosas e nos pediu que CoidarNos chegue máis alá do noso municipio.

Grazas a Maruja, Mari Carmen, Fina, Charo, Rosario, José Manuel, Carmen, Andrea, Ángeles... a cada unha das persoas cuidadoras que forman ou formaron parte da familia CoidarNos, por ensinarnos tanto, e por poñer en valor coas súas palabras e feitos o noso traballo, chamándonos grandes cando as máis grandes son elas.

Grazas ao destino por xuntarnos a nós, as promotoras deste proxecto, que naceu grazas a compartir algo en común: vocación, paixón, responsabilidade, respecto, sensibilidade e moito amor polas nosas profesións.

Grazas CoidarNos. Sentimos que medramos.

REFERENCIAS

- Concello de Boqueixón (2019). *Padrón Municipal de Habitantes*. Sen publicar. Boqueixón: Autor.
- Freudenberguer, H.J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade (2017). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2016*. Recuperado de <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfSNS2016.htm>

SAF=SERVIZO DE LIMPEZA NO FOGAR É O SERVIZO DE AXUDA NO FOGAR UN SERVIZO DE LIMPEZA ENCUBERTO?

Javier Bendaña Piñeiro

Premio Día Mundial do Traballo Social 2019

Modalidade TFM

RESUMO

Este artigo pretende mergullarse nos aspectos teóricos e prácticos da dependencia, para cuestionar o modelo actual de coidados ofrecidos no servizo de axuda no fogar.

Para iso, faise unha aproximación á configuración da dependencia como dereito social e identifícanse os aspectos clave das políticas sociais desenvolvidas en Galicia.

Así, neste artigo analizamos o papel do servizo de axuda no fogar na organización social do coidado das persoas en situacións de dependencia e as tarefas que se realizan.

Para iso, a análise realizouse en dous niveis. En primeiro lugar, medíronse as tarefas que realizan os/as auxiliares de axuda no fogar e a participación das familias nestas, por outra, as valoracións dos/as axentes implicados na prestación do servizo. Os resultados apuntan a unha conceptualización do servizo que non coincide co obxectivo co que se creou, como un servizo para reforzar as capacidades da persoa, así como tamén sinalan unha clara tendencia no desempeño das tarefas cara ás domésticas.

PALABRAS CLAVE

Dependencia, axuda, fogar, limpeza, cuidados

RESUMEN

Este artículo pretende sumergirse en los aspectos teóricos y prácticos de la dependencia, para cuestionar el actual modelo de atención que se ofrece en el servicio de ayuda en el domicilio.

Para ello, se realiza una aproximación a la configuración de la dependencia como derecho social y se identifican los aspectos claves de las políticas sociales que desarrollan en Galicia la protección del mismo.

De este modo, en el presente artículo se estudia el papel del servicio de ayuda a domicilio en la organización social de los cuidados de las personas en situación de dependencia y las tareas que se realizan. Para ello, se ha llevado a cabo un análisis a dos niveles. En primer lugar, se miden las tareas que se realizan por parte de los/as auxiliares de ayuda a domicilio y la participación de las familias en las mismas, y, en segundo lugar, se recogen las valoraciones de los/as agentes implicados/as en la prestación del servicio. Los resultados apuntan a una conceptualización del servicio que no concuerda con el objetivo con el que ha sido creado, como un servicio de refuerzo de las capacidades de la persona, así como a una clara tendencia en la realización de las tareas hacia las domésticas.

PALABRAS CLAVE

Dependencia, ayuda, hogar, limpieza, cuidados

ABSTRACT

This article aims to immerse themselves in the theoretical and practical aspects of dependency, to question the current model of care offered in the help service at home.

For this purpose, an approximation is made to the configuration of the dependency as a social right and the key aspects of the social policies developed in Galicia are identified.

Thus, in this article we study the role of the home help service in the social organization of the care of people in situations of dependency and the tasks that are performed.

For this, an analysis is carried out at two levels. In the first place, the tasks carried out by the home help auxiliaries and the participation of the families in them are measured, and secondly, the evaluations of the agents involved in the provision of the service. The results point to a conceptualization of the service that does not match the objective with which it was created, as a service to reinforce the person's capabilities, as well as to a clear tendency in the performance of tasks towards the domestic ones.

KEYWORDS

Dependency, help, home, cleaning, care

1. INTRODUCCIÓN

A dependencia é un dereito social que tomou un peso importante na nosa sociedade. As políticas públicas, os servizos, prestacións e recursos implementados configuran unha rede de protección social que intentan dar resposta a un grupo de poboación diverso e con necesidades, inquietudes e demandas distintas.

A dependencia é entendida como un risco social que se enmarca nos servizos de benestar social aínda que a relación coa saúde é estreita (Zárate e Gas, 2009).

Neste contexto, o Comité de Ministros do Consello de Europa, Recomendación n.º 98 (9) (Consello de Europa, 1998), define a dependencia como un estado no que se atopan as persoas que por razóns ligadas á falta ou á perda de autonomía física, psíquica ou intelectual teñen necesidade de asistencia e/ou axudas importantes co fin de realizar os actos correntes da vida diaria.

Os diferentes organismos internacionais seguen a mesma liña que a definición do Consello de Europa. Así, por exemplo, a Organización Mundial da Saúde (2001) define a dependencia ao tratar a discapacidade como o feito de non poder vivir de maneira autónoma e necesitar de maneira duradeira a axuda doutros para realizar as actividades ordinarias da vida diaria.

Pola súa parte, a Carta de Dereitos Fundamentais da Unión Europea (2000) estipula no artigo 34 que *“A Unión recoñece e respecta o dereito de acceso ás prestacións da Seguridade Social e aos Servizos Sociais que garanten unha protección en casos como a maternidade, a enfermidade, os accidentes laborais, a dependencia ou a vellez (...)”*. Previndo, de este modo, o dereito á dependencia.

Esta dependencia é entendida como unha cuestión de intensidade, de grao, polo que as persoas nesta situación sufrirán unha ausencia máis

acusada de capacidades para atender as súas necesidades da vida cotiá, precisando apoios externos, xa sexan persoais ou técnicos, máis intensos (Querejeta, 2004).

A autora Castro Vadillo (2016) sinala que a necesidade social dos coidados persoais da vida diaria forma parte das actividades de reprodución de toda a sociedade, e estas necesidades de coidados maniféstanse en todas as etapas do ciclo vital, pero ante todo durante a infancia, a enfermidade, a vellez ou ante unha grave limitación. Así mesmo, esta autora recorda que desde un principio os coidados foron asumidos polas mulleres no seo das familias no marco da división sexual do traballo, pero que dende a metade do século XX ata a actualidade, se foi convertendo nun problema que afecta a toda a sociedade.

Tamén Cabrero (2007) sinala que a atención ás persoas en situación de dependencia recaeu no ámbito familiar, e dentro deste, nas mulleres. O cal pon de manifesto que a fonte máis importante na provisión de axuda social e benestar foi a familia.

Na mesma liña, Mulas-Granados (2010) sostén que as funcións de coidado exercidas na esfera doméstica do fogar estase solapando, cada vez máis, coa economía formal de mercado, o sector voluntario e o Estado. Facendo do coidado unha tarefa pública.

De este modo, Mulas-Granados (2010) sinala que cada país asumiu diferentes responsabilidades públicas no coidado, dende plans institucionais de atención, ata a prestación de diferentes servizos, pasando por permisos de coidado e prestacións directas e fiscais.

Ademais, este mesmo autor indica que as persoas maiores queren vivir na casa tanto como poidan, polo que as políticas públicas tiveron que orientarse de cara a esta disposición.

No obstante, Cabrero (2011) afirma que:

“A atención ás situacións de dependencia e apoio á autonomía das persoas converteuse nos últimos anos nunha nova rama de protección social xunto ao sistema de pensións e o sistema sanitario. Esta extensión do estado de benestar tivo lugar, en xeral, baixo contextos complexos de reestruturación deste modelo o que supuxo formas variadas de recalibración (ou reequilibrios internos no armazón institucional), políticas de contención de custes e desprazamento cara ao mercado, a familia e os individuos de parte dos riscos sociais).

Así mesmo, este autor mostra prudencia, pois expón que os avances que se produciron na socialización do risco veranse, cando menos, condicionados

por novas formas de refamiliarización, mercantilización e individualización do risco que poidan xurdir.

España é situada por Seller (2017) dentro dos “estados non coidadores”, estes identifícanse cos estados de benestar do modelo mediterráneo (España, Portugal, Italia e Grecia) mencionados en Sapir (2005).

Segundo o mesmo Seller (2017) son países nos que o coidado se trata moito máis no ámbito familiar, posto que o Estado non ten un gran compromiso co coidado, e, ademais, os coidados atópanse maioritariamente feminizados.

Pola súa parte, Marvall (2010) atribúelle a este sistema un carácter esencialmente asistencial, dirixido a cidadáns con poucos recursos e baseado na atención familiar, o que o caracteriza como un dereito non universal. Deste xeito, o autor afirma que o modelo se caracteriza por dar unha cobertura limitada e destinada a cubrir as necesidades básicas das persoas en situación de dependencia con insuficiencia (demostrada) de recursos económicos. Onde a xestión privada prima sobre a pública e é practicamente inexistente o apoio aos coidadores informais, e establecendo unha atención domiciliar de baixa intensidade.

Para Cabrero (2007), o modelo mediterráneo, sobre todo en España, está nun momento de transición cara a novas formas de coidados familiares e informais en xeral.

García Sánchez (2009) alega que o verdadeiro fito na consideración e o tratamento da dependencia en España se produce coa entrada en vigor da Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia (en adiante, LPAPAPD).

Para Maravall (2010) a LPAPAPD establece como universal e subxectivo o dereito á promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia, mediante a creación dun sistema para a autonomía e atención á dependencia (en adiante, SAAD).

Dende esta lei estrutúrase como se debe de realizar a xestión do SAAD, pois establece os diferentes graos de dependencia, así como os servizos e prestacións que se inclúen na protección da dependencia.

Segundo Rodríguez Cabrero (citada en Alemán Bracho, Alonso Seco, e Fernández Santiago, 2010, p.164), a LPAPAPD supón un novo repartimento das cargas de coidados familiares, un reequilibrio de poderes nas administracións públicas, un aumento do gasto social, e unha xestión mixta dos servizos cunha maior presenza da empresa privada e maior implicación do usuario no custo dos servizos.

As innovacións introducidas pola LPAPAPD son vinculadas por Rodríguez Cabrero (citada en Alemán Bracho, Alonso Seco, e Fernández Santiago, 2010), á rama dos servizos sociais, situándoas como un medio para a universalización dos servizos sociais na súa totalidade.

Deste modo, como sinala Alemán Bracho, Alonso Seco, e Fernández Santiago, (2010), a LPAPAPD establece a creación dun *sistema para a autonomía e atención á dependencia* e vinculando este cos sistemas autonómicos de servizos sociais.

Así mesmo, o SAAD queda articulado como un sistema de ámbito estatal, autonómico e local no artigo 1.2 da Lei 39/2006 citada, pois establece que “o sistema para a autonomía e atención á dependencia responderá a unha acción coordinada e cooperativa da Administración xeral do Estado e das comunidades autónomas, que contemplará medidas en todas as áreas que lles afectan ás persoas en situación de dependencia, coa participación, no seu caso, das entidades locais”.

É no artigo 15 ónde a LPAPAPD establece o servizo de axuda no fogar (en adiante, SAF) como un dos que integran o catálogo de servizos, no cal nos imos centrar.

A LPAPAPD dálle forma no artigo 23, constituíndoo como o “conxunto de actuacións levadas a cabo no domicilio das persoas en situación de dependencia co fin de atender as súas necesidades da vida diaria, prestadas por entidades ou empresas, acreditadas para esta función”, e integradas fundamentalmente en dous tipos de servizos:

- a. Os servizos relacionados coa atención das necesidades domésticas ou do fogar: limpeza, lavado, cociña ou outros.
- b. Os servizos relacionados coa atención persoal, na realización das actividades da vida diaria.

Ademais, a lei establece que “excepcionalmente e de forma xustificada, os servizos sinalados nos apartados anteriores, poderán prestarse separadamente, cando así se dispoña no programa individual de atención. A Administración competente deberá motivar esta excepción na resolución de concesión da prestación.”

Polo que, de maneira indirecta, establece que os servizos mencionados han de ser prestados conxuntamente na maioría dos casos.

Así, Rodríguez Rodríguez e Sitges (2016: 23) definen o SAF como “un programa personalizado, de carácter preventivo e rehabilitador, no cal se articulan un conxunto de técnicas de intervención profesional (física e psi-

cosocial), xestión e funcionamento da unidade de convivencia, fomento das relacións sociais no contorno e apoio ás familias, prestado no domicilio dunha persoa en situación de fragilidade ou dependencia”.

Os mesmos Rodríguez Rodríguez e Sitges (2016) sinalan que toda persoa que supere os límites do baremo establecidos para a concesión do grao de dependencia pode ser usuaria do servizo de axuda no fogar, tanto teña o grao III, o grao II ou o grao I indistintamente.

Así mesmo, Marvall (2010) recorda que a intensidade do SAF está configurada en termos de horas de atención, e que estas dependerán do grao de dependencia asinado.

Pola súa parte, Alemán Bracho, Alonso Seco, e Fernández Santiago (Coords.) (2010) indican que o apoio máis común que ofrece o SAF é o apoio nas tarefas domésticas, é dicir, a limpeza da casa, pasar o ferro...

Por outra parte, é esencial mencionar a Orde do 22 de xaneiro de 2009 pola que se regula o SAF en Galicia, ámbito territorial no cal nos enmarcamos.

Esta orde establece que a prestación do servizo ten que ser realizada polas entidades locais, ben mediante a súa xestión directa ou ben mediante as diversas modalidades de contratación a súa disposición.

Pero ademais, dentro da normativa, é de suma importancia o artigo 4, e en especial o punto número 4 e o número 5, pois respectivamente indican o seguinte:

4. En todo caso as atencións prestadas terán un carácter de reforzo e non substitutivo das propias capacidades da persoa usuaria ou doutras persoas do seu contorno inmediato, de maneira que se facilite e promova a súa autonomía.

5. En ningún caso poderán formar parte das actuacións desenvoltas polo servizo:

- A realización de actividades domésticas que non fosen incluídas no proxecto de intervención e no acordo de servizo recollidos no artigo 12.º desta orde.*
- Actuacións que, polo seu carácter sanitario, deban en todo caso ser realizadas por persoal facultativo.”*

Dito doutro modo, o punto 4 vén indicar que as persoas e as súas familias deben de realizar e/ou colaborar na realización das tarefas que os/as auxiliares de axuda a domicilio realizan nos seus fogares, e, ademais, que o servizo ten que ter un carácter de promoción da autonomía.

Mentres que o punto 5 restrinxo as tarefas dos/as auxiliares a soamente aquelas que figuren no proxecto de intervención, deixando sen poder de mando sobre os/as profesionais as persoas usuarias.

Na mesma liña que a normativa, Zárate e Gas (2009) consideran que a asistencia ao dependente no contorno familiar por parte de profesionais non debe substituír o papel da familia no coidado, senón ser complementario deste.

Estas mesmas autoras establecen que “os coidadores informais son todos aqueles coidadores sen estatuto profesional. Consideran tales os membros da familia, veciños e outras persoas que coidan e acompañan as persoas dependentes sen beneficiarse dun estatuto profesional que lles confira dereitos e obrigas”.

Ademais, definen o coidador formal como aqueles que si teñen un estatuto profesional.

Deste modo, establecen que se o Estado intenta abracar todas as situacións relacionadas co coidado, entorpecerá o labor doutros axentes e proporcionará unha asistencia sen a suficiente proximidade como para lograr unha atención personalizada, tan necesaria nas situacións de dependencia.

Rodríguez e Sánchez (2003) en referencia aos apoios familiares, tamén determinan que as actitudes dos/as traballadores/as teñen que tender a reforzar a cohesión familiar, dende a colaboración sempre e non dende a substitución do papel da familia. Ademais, débense incluír programas de formación e orientación das persoas coidadoras familiares. Tamén se debe destacar a importancia do contorno da persoa, consideran que se debe estimular a participación do usuario ou usuaria na vida pública e social.

Polo tanto, o risco social da dependencia institucionalizouse, xurdindo o modelo proposto na LPAPAD para lles dar cobertura a aquelas persoas en situación de dependencia. Establecéronse diferentes servizos e prestacións, cuxa intensidade depende do grao de dependencia.

Máis en específico, o SAF preséntase como un dos piares de protección da lei, de aí a importancia de analizar cales son as tarefas que se realizan e súa influencia na vida dos/as dependentes.

O obxectivo xeral deste artigo é analizar o funcionamento do SAF en dous concellos do rural galego e o seu papel na organización social dos coidados a das persoas en situación de dependencia. En concreto, estúdase o funcionamento dos servizos nos concellos de Arbo e Ribadumia. O obxectivo xeral concrétese en cinco obxectivos específicos, e ademais, establécese unha hipótese para cada un deles:

Táboa I. Relación de obxectivos e hipóteses

OBXECTIVO XERAL	HIPÓTESES XERAL
Analizar o funcionamento do SAF en dous concellos do rural galego e o seu papel na organización social dos coidados ás persoas en situación de dependencia.	Existe un desprazamento dos obxectivos do SAF cara a tarefas domésticas en lugar dos coidados persoais.
OBXECTIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESES ESPECÍFICAS
Analizar a distribución e organización das tarefas que se realizan no SAF e o seu rol na organización do traballo de coidados para as persoas en situación de dependencia.	Os/as auxiliares realizan máis tarefas de limpeza que de atención persoal.
Coñecer a posición dos diversos axentes implicados no SAF (beneficiarios/as, auxiliares, responsables políticos e técnicos/as responsables do servizo) no relativo ao seu funcionamento.	A expectativa principal dos/as beneficiarios/as é que os/as auxiliares de axuda a domicilio realicen o maior número de tarefas posible.
Detectar o grao de colaboración dos/as beneficiarios/as nas tarefas.	Os/as traballadores/as sociais e as/os auxiliares consideran que os/as usuarios/as e as súas familias non colaboran cos/coas auxiliares na realización das tarefas.
Detectar as diferenzas na realización das tarefas segundo o tipo de xestión (xestión externalizada vs xestión pública).	Non existen diferenzas na realización de tarefas dependendo do tipo de xestión (externalizada vs non externalizada).

2.MATERIAL E MÉTODOS

O obxecto de estudo desta investigación son as tarefas que se desenvolven no servizo de axuda no fogar e a súa práctica nos concellos de Arbo e de Ribadumia.

A decisión de seleccionar estes concellos vén motivada por elementos de diversa índole, a súa similitude no número de usuarios de SAF, 37 en Arbo e 35 en Ribadumia, o feito de que ambos sexan rurais, pois teñen 2711 e 5081 habitantes respectivamente segundo datos do INE o día 04/06/2018, o feito de ter unha poboación total maior de 65 anos tamén moi similar en números (1135 persoas no concello de Arbo e 973 no de Ribadumia segundo o INE a data de 04/06/2018).

Ademais, o feito de que o concello de Arbo realice unha xestión integralmente pública do SAF durante a semana e Ribadumia o faga de maneira externalizada resulta de sumo interese para a finalidade desta investigación.

2.1. Técnica de recollida de datos

El diseño metodolóxico realizouse dende unha perspectiva de complementariedade metodolóxica cualitativa e cuantitativa, a elección de estas técnicas está influenciada polo tempo e a magnitude do presente traballo de investigación.

2.2. Fase cuantitativa do estudo

O traballo cuantitativo realizouse a través da recolección e análise de datos facilitados polos/as traballadores/as sociais responsables da xestión do servizo de axuda no fogar dos concellos participantes, pois son os responsables da prestación deste servizo.

Neste sentido, no concello de Arbo a xestión é directa pola semana, e indirecta as fins de semana, e os datos son facilitados pola traballadora social do concello, responsable da súa xestión.

Pola súa parte, no concello de Ribadumia a xestión atópase externalizada, pese a isto o responsable do tratamento dos datos seguen sendo os servizos sociais comunitarios, polo que a información é cedida por estes.

Os datos utilizados son o grao de dependencia, os diferentes tipos de tarefas que se realizan e o carácter no que se enmarcan.

Para a recollida de datos utilízanse fontes secundarias, especificamente, os propios expedientes en papel que conteñen os datos sobre as tarefas que se realizan nos diferentes domicilios Arbo e de Ribadumia.

Polo tanto, o procedemento que se vai seguir é o uso e reelaboración de datos secundarios, utilizando un protocolo de recollida de datos de maneira cuantitativa, tendo en conta as tarefas que aparecen recollidas nos documentos “folla de tarefas” de cada concello respectivamente.

O traballo de campo levouse a cabo durante o mes de maio, no cal se revisaron os expedientes de todas as persoas usuarias do servizo de axuda a domicilio na modalidade de dependencia de ambos os concellos.

2.3 Fase cualitativa do estudo

Acto seguido detállase a metodoloxía cualitativa da investigación, cuxa finalidade é validar cada unha das hipóteses propostas, e dando, por tanto, cumprimento aos obxectivos establecidos.

Para iso, lévase a cabo a técnica cualitativa da entrevista semiestruturada, a través da cal se puido ter constancia das diferentes posicións en relación coa realización das tarefas no servizo de axuda no fogar e a axuda que prestan os/as usuarios/as e as familias.

Se ben é certo que a recolección de datos cuantitativos achega veracidade sobre as tarefas que se realizan nos domicilios, a riqueza discursiva que ofrece a metodoloxía cualitativa, e máis en específico a entrevista, achega información sobre os puntos de vista e as expectativas dos distintos axentes implicados no servizo de axuda no fogar.

Estes axentes implicados no servizo de axuda a domicilio en relación co sentido desta investigación son os/as beneficiarios/as, a familia, os/as auxiliares de axuda no fogar, os/as técnicos/as responsables e os/as responsables políticos, pois ofrecen información relevante sobre o obxecto de estudo.

Deste modo, podemos resumir as técnicas e o seu propósito no seguinte cadro:

Táboa 2. Técnicas e ferramentas de análise cuantitativas e cualitativas

	Tipo de técnicas	Propósito/natureza	Obxectivo ao que responde
Técnicas cuantitativas	Análise de datos	Análise da situación actual	<ul style="list-style-type: none">• Analizar a distribución e organización das tarefas que se realizan no SAF e o seu rol na organización do traballo de coidados das persoas en situación de dependencia.• Detectar as diferenzas na realización das tarefas segundo o tipo de xestión (pública vs privada).

Técnicas cualitativas	Entrevista	Coñecer a opinión dos implicados	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar a distribución e organización das tarefas que se realizan no SAF e o seu rol na organización do traballo de coidados das persoas en situación de dependencia • Coñecer a posición dos diversos axentes implicados no SAF (beneficiarios/as, auxiliares, responsables políticos e técnicos/as responsables do servizo) no relativo ao seu funcionamento. • Detectar o grao de colaboración dos/as beneficiarios/as nas tarefas. • Detectar as diferenzas na realización das tarefas segundo o tipo de xestión (xestión externalizada vs xestión pública). • Comparar a xestión do SAF nos concellos de Arbo e de Ribadumia.
-----------------------	------------	----------------------------------	---

2.3.1 Deseño e estruturación da entrevista

Tendo en conta o tema tratado, as persoas entrevistadas e as hipóteses establecidas, decidiuse a realizar entrevistas semiestruturadas, pois da liberdade ás persoas entrevistadas para expresarse con relación aos eixes centrais que trataron.

As persoas entrevistadas son as seguintes:

- Traballador/a social do Concello de Arbo
- Traballador/a social da empresa encargada da xestión no Concello de Ribadumia

- Concelleiro/a de Servizos Sociais do Concello de Arbo
- Concelleiro/a de Servizos Sociais do Concello de Ribadumia
- Persoa beneficiaria do Concello de Arbo: ante o descoñecemento dos/as usuarios/as do servizo optouse por que sexa a traballadora social do concello quen elixa a persoa entrevistada, esta debe levar máis dun ano no servizo e ter un grao II de dependencia, por ser o grao medio.
- Persoa beneficiaria do Concello de Ribadumia: ante o descoñecemento dos/as usuarios/as do servizo optouse por que sexa a traballadora social do concello quen elixa a persoa entrevistada, esta debe levar máis dun ano no servizo e ter un grao II de dependencia, por ser o grao medio.
- Auxiliar de axuda a domicilio do Concello de Arbo: nesta situación aplícase o criterio de antigüidade no posto, por ter un amplo coñecemento do servizo.
- Auxiliar de axuda a domicilio do Concello de Ribadumia: nesta situación aplícase o criterio de antigüidade no posto, por ter un amplo coñecemento do servizo.

Para iso deseñouse o seguinte guión de entrevista:

Táboa III. GUIÓN DE ENTREVISTA

Axente implicado	Pregunta	Obxectivo ao que responde
Persoa beneficiaria	Cales son as tarefas que realizan os/as auxiliares? Cales son as expectativas dos/as traballadores/as sociais? Cales son as expectativas dos/as concelleiros/as? Consideras que as atencións que se prestan teñen un carácter de reforzo das capacidades da persoa? Consideras que as atencións que se prestan substitúen as capacidades das persoas? Consideras que o SAF se converteu nun servizo de limpeza?	<ul style="list-style-type: none">• Analizar a distribución e organización das tarefas que se realizan no SAF e o seu rol na organización do traballo de coidados das persoas en situación de dependencia.• Coñecer a posición dos diversos axentes implicados no SAF (beneficiarios/as, auxiliares, responsables políticos e técnicos/as responsables do servizo) no relativo ao seu funcionamento.• Detectar o grao de colaboración dos/as beneficiarios/as nas tarefas.

<p>Auxiliar de axuda no fogar</p>	<p>Considera que os/as beneficiarios/as e/ou as súas familias lles prestan axuda aos/ás auxiliares de axuda a domicilio?</p> <p>Consideras que as atencións que se prestan teñen un carácter de reforzo das capacidades da persoa?</p> <p>Consideras que as atencións que se prestan substitúen as capacidades das persoas?</p> <p>Consideras que o SAF se converteu nun servizo de limpeza?</p>	<p>Analizar a distribución e organización das tarefas que se realizan no SAF e o seu rol na organización do traballo de coidados das persoas en situación de dependencia.</p> <p>Coñecer a posición dos diversos axentes implicados no SAF (beneficiarios/as, auxiliares, responsables políticos e técnicos/as responsables do servizo) no relativo o seu funcionamento.</p> <p>Detectar o grao de colaboración dos/as beneficiarios/as nas tarefas.</p>
<p>Traballador/a social</p>	<p>Cales son as expectativas dos/as beneficiarios/as?</p> <p>Cales son as expectativas dos/as auxiliares de axuda a domicilio?</p> <p>Existe algunha diferenza entre as tarefas que presta a xestión pública da privada?</p> <p>Considera que os/as beneficiarios/as e/ou as súas familias lles prestan axuda aos/ás auxiliares de axuda no fogar?</p> <p>Cales son as expectativas dos/as concelleiros/as?</p>	<p>Analizar a distribución e organización das tarefas que se realizan no SAF e o seu rol na organización do traballo de coidados das persoas en situación de dependencia.</p> <p>Coñecer a posición dos diversos axentes implicados no SAF (beneficiarios/as, auxiliares, responsables políticos e técnicos/as responsables do servizo) no relativo ao seu funcionamento.</p> <p>Detectar o grao de colaboración dos/as beneficiarios/as nas tarefas.</p> <p>Detectar as diferenzas na realización das tarefas segundo o tipo de xestión (xestión externalizada vs xestión pública).</p> <p>Comparar a xestión do SAF nos concellos de Arbo e de Ribadumia.</p>

<p>Considera que os/as beneficiarios/as e/ou as súas familias lles prestan axuda aos/ás auxiliares de axuda no fogar?</p> <p>Cales son as expectativas dos/as concelleiros/as?</p> <p>Consideras que as atencións que se prestan teñen un carácter de reforzo das capacidades da persoa?</p> <p>Consideras que as atencións que se prestan substitúen as capacidades das persoas?</p> <p>Consideras que o SAF se converteu nun servizo de limpeza?</p> <p>Que calidades consideras que ten a xestión externalizada?</p> <p>Que calidades consideras que ten a xestión pública?</p>	<p>Coñecer a posición dos diversos axentes implicados no SAF (beneficiarios/as, auxiliares, responsables políticos e técnicos/as responsables do servizo) no relativo ao seu funcionamento.</p> <p>Detectar o grao de colaboración dos/as beneficiarios/as nas tarefas.</p> <p>Detectar as diferenzas na realización das tarefas segundo o tipo de xestión (xestión externalizada vs xestión pública).</p> <p>Comparar a xestión do SAF nos concellos de Arbo e de Ribadumia.</p>
--	---

<p>Concelleiro/a Servizos Sociais</p>	<p>Existe algunha diferenza entre as tarefas que presta a xestión pública da privada?</p> <p>Cales son as expectativas dos/as concelleiros/as?</p> <p>Consideras que as atencións que se prestan teñen un carácter de reforzo das capacidades da persoa?</p> <p>Consideras que as atencións que se prestan substitúen as capacidades das persoas?</p> <p>Consideras que o SAF se converteu nun servizo de limpeza?</p> <p>Que calidades consideras que ten a xestión externalizada? Que calidades consideras que ten a xestión pública?</p>	<p>Analizar a distribución e organización das tarefas que se realizan no SAF e o seu rol na organización do traballo de coidados das persoas en situación de dependencia.</p> <p>Coñecer a posición dos diversos axentes implicados no SAF (beneficiarios/as, auxiliares, responsables políticos e técnicos/as responsables do servizo) no relativo ao seu funcionamento.</p> <p>Detectar o grao de colaboración dos/as beneficiarios/as nas tarefas.</p> <p>Detectar as diferenzas na realización das tarefas segundo o tipo de xestión (xestión externalizada vs xestión pública).</p> <p>Comparar a xestión do SAF nos concellos de Arbo e de Ribadumia.</p>
---	---	---

Tívose en conta a disposición dos/as entrevistados/as para a concreción do lugar e da hora das entrevistas.

Deste xeito, realizáronse as 8 entrevistas programadas, aínda que as dificultades foron cuantiosas, pois os/as usuarios/as elixidos polos/as traballadores/as sociais non se mostraban colaboradores nin faladores e non existe unha comunicación fluída por parte destes, o que se traduce en que a calidade do seu discurso non achega datos relevantes para esta investigación. Ademais, houbo complicacións para poder realizar as entrevistas, debido á apertada axenda dos/as concelleiros/as, traballadores/as sociais e auxiliares de axuda no fogar. Do mesmo xeito, excluíse da investigación aos/ás familiares dos/as usuarios/as debido a que non se atopou a ningún que quixese participar de maneira activa.

Pese a todo, conseguíuse realizar as entrevistas de maneira satisfactoria.

3. DISCUSIÓN

Seguindo os obxectivos e hipóteses estruturáronse os resultados en cinco apartados que se corresponden cos cinco obxectivos específicos establecidos, nos que, á súa vez, se realiza unha análise exhaustiva dos datos obtidos co fin refutar as hipóteses e alcanzar o obxectivo xeral.

1. A distribución e organización das tarefas que se realizan no SAF e o seu rol na organización do traballo de coidados das persoas en situación de dependencia

Para a consecución deste primeiro apartado efectúase unha análise dos datos recompilados nos propios servizos sobre as tarefas que realizan os/as auxiliares e as entrevistas realizadas aos distintos axentes implicados, estes son obtidos das follas de tarefas, nas cales se marca o tipo de atención que recibe cada usuario/a.

Os tres tipos de atencións que se prestan integran as seguintes tarefas:

- Atencións de carácter persoal: mobilizacións (levantar e deitar, incorporación cama/cadeira de rodas, transferencias, cambios posturais, subir e baixar escaleiras e apoio nos desprazamentos), hixiene persoal (baño/ducha, aseo parcial, lavado de cabeza, cambio de cueiros, botar cremas, cortar unllas, peitear, depilar/afeitar, limpar dentadura, lavar os dentes, cambio ou baleirado de bolsa, cambio de colectores, axudar a vestir/espír e limpar axudas técnicas) e medicación (solicitar e supervisar citas médicas, recollida de receitas, comprar medicación, supervisión das rutinas de administración de medicamentos, supervisar administración de insulina e heparina e curas menores).
- Atencións de carácter doméstico: limpeza e mantemento do fogar (facer as camas, cambiar as camas, sacudir/aspír alfombras, limpar pezas dos baños, limpar azulexos baños, limpar salón/sala, limpar cociña, limpar electrodomésticos, limpar mesados, limpar armarios cociña, ordenar utensilios de comida e cociña, varrer, fregar chans, ordenar a casa, fregar a louza, limpar azulexos cociña, limpar portas, limpar cristais, limpar portas, facer a compra, comprobar billas/luz..., sacar o lixo, comprobar telefonía móbil/teleasistencia, ventilar cuartos, acender o lume e a calefacción, limpar escaleiras, limpar o po) e alimentación (planificar menús, facer a comida, poñer/recoller a mesa, cortar en anacos/arrefriar/bater, administrar comida, administrar comida por sonda, supervisar alimentación, xestión económica do aprovisionamento, poñer a lavadora, tender a roupa, recoller a roupa, ordenar a roupa nos armarios, pasar o ferro, coser, limpar o calzado e comprar roupa).

- **Acompañamento:** acompañamento ao médico, facer compras e outras xestións, xestións telefónicas, xestións da correspondencia, paseos terapéuticos e acompañamento centro de día/lecer.

Segundo os datos solicitados en ambos os concellos predominan as atencións de carácter doméstico (Arbo o 64 % das tarefas en Ribadumia o 52 %), e apenas existen acompañamentos (2 % e 3 % respectivamente).

Ao lles preguntar aos/ás axentes implicados atopámonos que os/as auxiliares de ambos os concellos e o/a traballador/a social de Arbo teñen claro que a maioría das atencións domésticas que prestan son de carácter doméstico, e que, sobre todo, teñen un carácter doméstico.

Non ocorre do mesmo xeito cos cargos políticos e a traballadora social da empresa que xestiona o servizo en Ribadumia, que consideran que o servizo non se basea na limpeza, e que as atencións de carácter persoal son esenciais e prioritarias.

Con todo isto, os datos din que as tarefas de atención doméstica son as máis realizadas, aínda cando a persoa ten atencións de carácter persoal asignadas nos seus proxectos é habitual que tamén se contemplan actuacións de carácter doméstico.

Ademais, ao lles preguntar aos/ás auxiliares e aos/ás traballadores/as sociais se os/as profesionais realizan máis tarefas das que teñen asignadas, as catro persoas destacan este como un problema na profesionalización do servizo, pois recoñecen que os/as profesionais realizan tarefas que non teñen asignadas nas follas de tarefas, creando precedente para que os usuarios esixan tarefas que non lle corresponden, o que pode comportar o mal funcionamento do servizo e problemas de diversa índole (cos usuarios, con inspección, coas aseguradoras...).

2. Posición dos diversos axentes implicados no SAF (beneficiarios/ as, auxiliares, responsables políticos e técnicos/ as responsables do servizo) no relativo ao seu funcionamento

Neste apartado preguntóuselles aos diferentes axentes implicados sobre as tarefas que realizan os/as auxiliares e sobre as expectativas que teñen sobre as tarefas que realizan os/as profesionais.

Ambos os/as beneficiarios/as do servizo atópanse satisfeitos/as en termos xerais con este, pola contra, non é así para os profesionais, que atopan puntos de mellora como o aumento de horas de atención e dos acompañamentos, conseguir que as familias e os/as usuarios/as sexan máis colabora-

tivos, en ter un modelo de atención máis centrado na persoa e poñer nun plano totalmente secundario a limpeza.

Esta última resulta unha achega bastante interesante, pois establecer un modelo centrado na persoa significa e implica recoñecer a singularidade e unicidade da persoa, e fixar a mirada nas súas capacidades fronte a aquilo que a fai dependente, apoiando a súa autodeterminación, ou cal se atopa estreitamente ligado aos principios básicos do traballo social de respecto activo, aceptación da persoa, individualización, personalización, promoción integral da persoa e autodeterminación recollidos non código deontolóxico da profesión.

A atención centrada na persoa garante ou exercicio dos dereitos e a preservación da dignidade das persoas para mellorar a súa calidade de vida contando sempre coa súa participación activa na elaboración e desenvolvemento dos seus plans de atención e proxecto de vida (Rodríguez, 2013).

Ademais, ambos os/as profesionais encargados/as da xestión do servizo teñen posicións moi parecidas, pois estas consideran que o SAF debe cambiar e camiñar cara a un modelo non asistencialista de axuda ao beneficiario, onde non se substitúan as súas capacidades e realícese un acompañamento máis intenso e efectivo.

Doutra banda, con relación ás preguntas “Consideras que as atencións que se prestan teñen un carácter de reforzo das capacidades da persoa? Consideras que as atencións que se prestan substitúen as capacidades das persoas?”, desenvolvéronse de maneira excluínte, pois ao considerar que teñen un carácter de reforzo, automaticamente dáse a consideración de que non teñen un carácter substitutivo.

Deste xeito, a opinión dos diferentes axentes implicados resúmese no seguinte cadro.

Táboa IV. Carácter de reforzo VS substitutivo das capacidades das persoas

	De reforzo	Substitutivo
Usuario/a Arbo	✓	
Usuario/a Ribadumia	✓	
Auxiliar Arbo		✓
Auxiliar Ribadumia		✓
Traballador/a social Arbo		✓

Traballador/a social Ribadumia	✓	
Concelleiro/a Arbo	✓	
Concelleiro/a Ribadumia	✓	

Como se pode comprobar, de maneira xeral, as persoas entrevistadas consideran que as tarefas que se realizan teñen un carácter de reforzo das capacidades, con todo, é moi significativo que as dúas auxiliares entrevistadas consideren que teñen un carácter substitutivo, pois estes/as son os que lles prestan unha atención diaria e próxima aos/as beneficiarios/as.

As dúas auxiliares comentan situacións nas que os/as usuarios/as lles mandan/ordenan realizar tarefas e non colaboran na realización destas, e, nalgúns casos, pídenlles que realicen máis tarefas das que lles corresponde.

E ademais, as tres persoas que consideran que as tarefas se realizan de maneira substitutiva das capacidades fálannos dunha desprofesionalización do servizo por parte dos/as usuarios/as pois conceptualizan os/as profesionais como “chachas”.

Do mesmo xeito, volve ser moi significativo que volvan ser os/as auxiliares os/as únicos/as que consideran o SAF como un servizo de limpeza:

Táboa V. É o SAF un servizo de limpeza?

	NON	SI
Usuario/a Arbo	✓	
Usuario/a Ribadumia	✓	
Auxiliar Arbo		✓
Auxiliar Ribadumia		✓
Traballador/a social Arbo		✓
Traballador/a social Ribadumia	✓	
Concelleiro/a Arbo	✓	
Concelleiro/a Ribadumia	✓	

Por tanto, algo está a fallar no modelo de atención cando as persoas encargadas da prestación directa do servizo o consideran un servizo de limpeza onde se substitúen as capacidades dos/as beneficiarios/as.

3. O grao de colaboración dos/as beneficiarios/as nas tarefas

Neste apartado as opinións foron totalmente dispares, deste xeito, os/as usuarios/as din que si axudan nas tarefas que poden e os/as auxiliares fálanos de que algúns/as si axudan e outros/as non, que depende do/a usuario/a.

Pola súa banda, o/a traballador/a social de Ribadumia coméntanos que os familiares non axudan, e que se tenta que os/as usuarios/as fagan todas as tarefas que poidan, ou, polo menos, que o tenten facer.

E, con todo, o/a traballador/a social de Arbo considera que os/as beneficiarios/as non colaboran na realización das tarefas, corrompendo deste xeito o concepto de axuda a domicilio, e establecéndose como un servizo substitutivo das funcións que podería realizar o/a beneficiario/a con axuda.

4. As diferenzas na realización das tarefas segundo o tipo de xestión (xestión externalizada vs xestión pública)

Nas seguintes figuras móstrase o número total de atencións que se realizan nos dous concellos segundo o grao de dependencia dos/as usuarios/as.

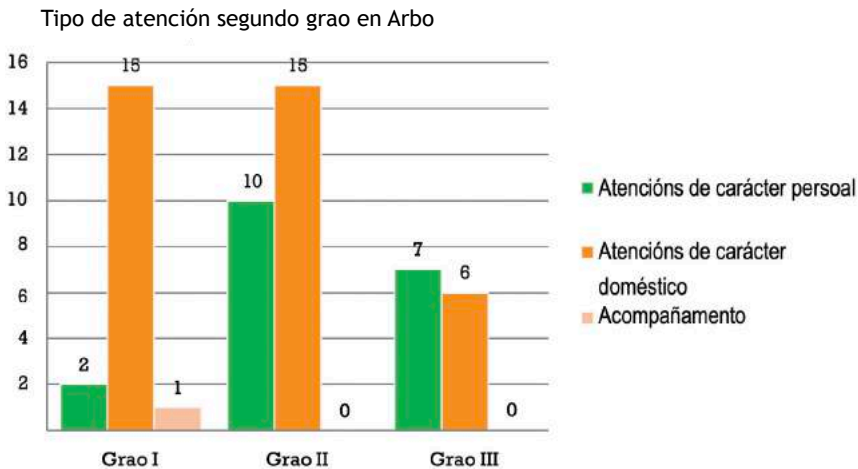


Figura 1. Tipo de atención segundo o grao en Arbo

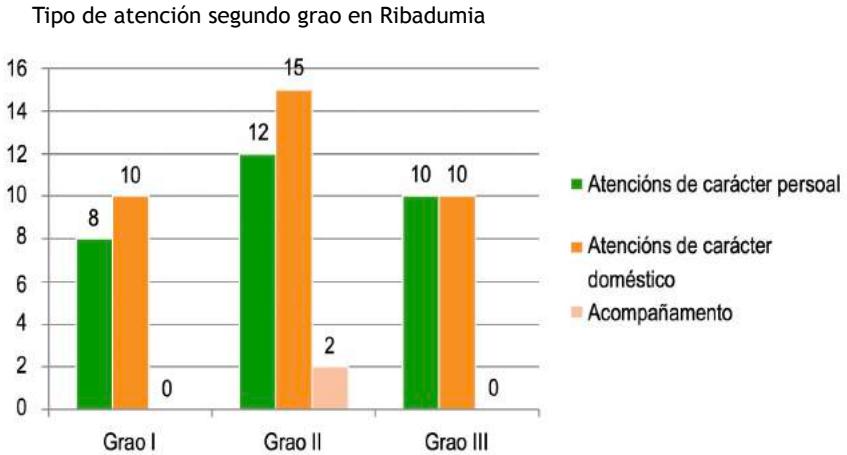


Figura II. Tipo de atención segundo grao en Ribadumia

Se comparamos as actuacións que leva a cabo en ambos os concellos, podemos dicir que no concello de Arbo, non é ata o grao de dependencia máis elevado cando se prestan tarefas de atención persoal de maneira intensiva, sen esquecermos das tarefas domésticas.

Mentres que no concello de Ribadumia se prestan máis atencións de carácter persoal independentemente do grao. Esta singularidade pode deberse ás propias características dos usuarios, ao enfoque de xestión do servizo e/ou á cultura de atención ao dependente existente na zona, resulta un punto interesante para posteriores investigacións.

Un dato significativo é que as atencións de carácter persoal non superen as atencións de carácter doméstico en ningún dos tres niveles de dependencia, indicao que aínda que se realicen tarefas de carácter persoal tamén se realizan tarefas domésticas nos mesmos domicilios.

Pola súa banda, ao preguntar sobre os servizos que engloba o SAF, o/a traballador/a social de Arbo, coméntanos que só levan a cabo as actividades mínimas para cumprir a lei.

Con todo, no concello de Ribadumia comentan que ademais de prestar os servizos que establece a lei, ofertan servizos complementarios, como son diferentes axudas técnicas e servizos como fisioterapia a domicilio, que non entrarían nin no prezo nin no horario de atención, e que ademais, van a custo da empresa.

Por tanto, ademais do maior número de atencións de carácter persoal, a xestión privada tamén presta servizos complementarios que non son presta-

dos pola pública, por exemplo podoloxía ou fisioterapia, que son incluídos de facto nos pregos das licitacións públicas para a xestión privada do servizo.

Deste xeito, mentres que á xestión pública unicamente se lle esixen aqueles servizos e requisitos contemplados na lei, á xestión privada esíxense estes mesmos e en adición, os que o municipio correspondente determine nos seus pregos.

Deste xeito podémonos atopar servizos moi diferentes dependendo do concello no que nos atopemos.

5. A xestión do SAF nos concellos de Arbo e de Ribadumia

Como xa se ha sinala anteriormente, no concello de Arbo a xestión do SAF é prestada directamente polo concello, coa figura do/a traballador/a social como profesional encargado da coordinación deste.

Mentres que no de Ribadumia a xestión se atopa externalizada, polo que a coordinación deste se realiza por unha empresa privada, o/a traballador/a social desta é o/a encargado/a da xestión.

Así mesmo, ao preguntarlle ao/á traballador/a social de Arbo sobre as posibles diferenzas entre a xestión pública e privada, fálanos de diferenzas relacionadas coa contratación do persoal e da formación á que estes poden ter acceso mentres se atopan contratados.

Do mesmo xeito, a opinión do/a traballador/a social de Ribadumia é moi similar. Non considera que existan diferenzas en canto ás tarefas, pero reconécese que a empresa privada ten máis facilidades en cuestións de contratación, e prestación do servizo en fin de semana.

Con todo, como xa se sinalou no punto anterior, a empresa realiza e/ou oferta servizos complementarios como fisioterapia e/ou podoloxía, fóra do horario de atención ao/á usuario/a e a custo da empresa.

Ante estas mesmas cuestións, o/a concelleira/a de o concello de Ribadumia non é capaz de concretar unha resposta definida, aínda que se explica que a súa preferencia é a xestión pública. Con todo, reconece a comodidade da xestión externalizada e a súa facilidade na mobilidade e a contratación dos/as profesionais.

Pola súa banda, o/a concelleira/a de Arbo móstrase totalmente partidaria de externalizar o servizo e, do mesmo xeito que os/as traballadores/as sociais e o/a concelleira/a de Ribadumia, reconece a facilidade na xestión do servizo que ten a empresa privada fronte á xestión pública.

Deste xeito, atopámonos que a empresa privada ten máis facilidades na xestión da contratación de profesionais e na súa mobilidade, así como a prestación de servizos complementarios como barbería, fisioterapia e/ou podoloxía.

4. CONCLUSIÓNS

Aproximarse ao SAF e coñecer as opinións dos axentes implicados neste é unha condición necesaria para poder dispoñer de información contrastada que nos permita continuar avanzando no desenvolvemento de políticas sociais, o que contribúe á permanencia dos cidadáns e cidadás con dificultades na súa contorna habitual e nas mellores condicións posibles.

Neste estudo púidose evidenciar o papel que xoga o servizo de axuda a domicilio na vida das persoas usuarias, así como o seu papel na organización social dos coidados das persoas en situación de dependencia.

Darlle resposta aos grandes cambios sociais con políticas activas innovadoras é un dos grandes retos sociais de carácter estratéxico para o conxunto da Unión Europea, e por tanto para España, polo que se fan necesarias políticas que integren a estes colectivos na toma de decisións, que expoñan a necesidade de acordar novas relacións e compromisos interxeracionais, especialmente ante un máis que probable declive do apoio que ata agora vén dando a familia.

Grazas á investigación desenvólta cóntase con información e datos suficientes para orientar e despreñar políticas sociais que supoñan un cambio de paradigma na forma de interactuar que ten o SAF coas persoas usuarias deste. De maneira sumaria, podemos condensar para este apartado de conclusións, algúns aspectos como os seguintes:

- a. Con respecto á distribución das tarefas do SAF, en ambos os municipios existe unha maior dedicación ás tarefas domésticas por diante dos coidados persoais, ordenados como prioritarios pola LAPAD. Esta afirmación vén apoiada polos datos obtidos na metodoloxía cuantitativa e polas entrevistas realizadas aos/ás auxiliares e aos/ás traballadores/as sociais.

A consecución deste resultado valida a hipótese específica de que “os/as auxiliares realizan máis tarefas de limpeza que de atención persoal”.

- b. O modelo actual de prestación do SAF non contenta a ningún axente implicado, polo que se fai necesaria unha reformulación deste, desde o seu sistema organizativo ata o paradigma asistencial desde o que parte.

Os/as traballadores/as sociais propoñen camiñar cara a un modelo non asistencialista, onde non se substitúan as capacidades e se atalle o problema da soidade das persoas maiores e/ou dependentes.

Para estes efectos, deberíase superar o concepto de atencións de carácter doméstico e centrar a atención nos dereitos, as capacidades, a dignidade e as preferencias das persoas. E si o que queren é que lles limpen as casas, pois é tan fácil como ter un servizo de limpeza, que nada ten que ver co que marca a lei, có traballo social ou as intervencións dende calquera paradigma social.

- c. Non existe consenso á hora de describir o SAF como un servizo de reforzo das capacidades da persoa, con todo, resulta moi significativo que os/as auxiliares entrevistados/as consideren que é un servizo substitutivo das propias capacidades, pois son estes os que interveñen directamente e coñecen de primeira man as limitacións de cada usuario/a.
- d. Do mesmo xeito, a maioría dos axentes implicados non conceptualizan o SAF como un servizo de limpeza, con todo, volven ser as auxiliares e o/a traballador/a social de Arbo quen si o fan. Falan directamente da equiparación dos/as auxiliares a “chachas” por parte dos/as usuarios/as.
- e. O grao de colaboración dos usuarios debe aumentar, debe implicarse máis os familiares e os propios usuarios na realización das tarefas, sempre dentro das súas posibilidades.

A pesar desta afirmación, a hipótese de que “os/as traballadores/as sociais e os/as auxiliares consideran que os/as usuarios/as e as súas familias non colaboran na realización de tarefas”, non queda validada, pois os diferentes axentes fálannos de que algúns/as usuarios/as si axudan en algunhas tarefas. Polo que se saca a conclusión de que existen diferentes graos de colaboración segundo o usuario, e que unha boa práctica por parte da Administración é incentivar a colaboración dos/as beneficiarios/as.

- f. Debido á simplicidade do discurso dos/as beneficiarios/as non se puido refutar a seguinte hipótese: a expectativa principal dos/as beneficiarios é que os/as auxiliares de axuda a domicilio realicen o maior número de tarefas posible.
- g. En principio non existen diferenzas nas tarefas que se realizan desde a xestión pública e a externalizada, con todo, o feito de que a empresa privada oferte servizos complementarios e a comodidade para as entidades municipais, son alicientes para considerar que a xestión privada se realiza dunha maneira máis integral e completa para o usuario.

O principal obxectivo desta investigación e das súas conclusións, como xa se mencionou, é poñer en coñecemento e habilitar para o desenvolvemento de políticas públicas que intensifiquen o dereito á dependencia e melloren a calidade do servizo. Para iso, propóñense as seguintes recomendacións para mellorar o servizo de axuda a domicilio e futuras investigacións.

- Desenvolver programas e medidas de prevención para atrasar ou mesmo evitar situacións de dependencia.
- Equiparar as prestacións da Administración coas da empresa privada.
- Diminución da burocracia na xestión integral do servizo de axuda a domicilio.
- Procurar o apoderamento das persoas destinatarias dos servizos.
- O SAF debe avanzar cara a un modelo alternativo que poña o centro na atención persoal e os acompañamentos, non na atención doméstica.

Para concluír, dicir que o SAF debe de seguir considerándose un servizo básico de atención ás persoas dependentes polo seu papel fundamental á hora de permitir a súa permanencia no domicilio, aínda que este debe de ser reformulado e adaptar as súas funcións e prestacións, de maneira que poida dar resposta ás necesidades de cada usuario/a, implicando a todo o conxunto da sociedade na consecución deste dereito mediante un novo pacto interxeracional.

5. REFERENCIAS

- Alemán Bracho, C., Alonso Seco, J. M., e Fernández Santiago, P. (Coords.) (2010). *Dependencia y Servicios Sociales*. Aranzadi, Pamplona.
- Cabrero, G. R. (2007). La protección social de la dependencia en España. Un modelo *sui generis* de desarrollo de los derechos sociales. *Política y sociedad*, 44(2), 69-85.
- Cabrero, G. R. (2011). Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea. *Cuadernos de relaciones laborales*, 29(1), 13-42.
- CARTA DOS DEREITOS FUNDAMENTAIS DA UNIÓN EUROPEA (2000/C 364/01) 18.12.2000 *Diario Oficial das*
- *Comunidades Europeas* C 364/1. Recuperado de http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf

- Castro Vadillo, N. J. (2016). *Análisis de la gestión de la dependencia bajo el enfoque pluralista del estado de bienestar: el caso andaluz: Huelva* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://rabida.uhu.es/handle/10272/11999>
- Daly, M. (2002). Care as a good for public policy. *Journal of Social Policy*, 32 (2), 251- 270
- de Europa, C. (1998). Recomendación n.º (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros, relativa a la dependencia. *Anexo a la Recomendación n.º R (98)*, 9.
- de Estado, J. (2006). Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 299, 15.
- del Minusválido, L. D. I. S. (1982). Lei 13/1982, do 7 de abril sobre a integración social do minusválido. *BOE n.º 103*, 30-4.
- Española, C. (1978) do 27 de decembro de 1978. *Boletín Oficial del Estado*, 29, 29313-424.
- García Sánchez, E. (2009). *La dependencia y los mayores*. España: Altaban Ediciones S.L.
- Marvall, H. (2010). *El nuevo sistema de atención a la dependencia en España: demandas y ofertas de atención. La nueva ley y su aplicación*. Madrid, España: Ediciones GPS
- Mulás-Granados, C. (2010). *El estado dinamizador: nuevos riesgos, nuevas políticas y la reforma del estado de bienestar en Europa*. Editorial Complutense.
- ORDE do 22 de xaneiro de 2009 pola que se regula o servizo de axuda no fogar. Recuperado de https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2009/20090202/Anuncio6572_es.html
- Organización Mundial da Saúde (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociais. Secretaría Xeral de Asuntos Sociais. Instituto de Migracións e Servizos Sociais (IMSERSO), Madrid.
- Querejeta, M. (2004). *Discapacidad/Dependencia: Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid: Imserso.

- Rodríguez, P. (2013). Atención centrada en la persona. *Papeles la Fund Pilares para la Auton Pers*, 1, 122.
- Rodríguez, P. R., & Sánchez, M. C. V. (2003). *Los servicios de ayuda a domicilio* (Vol. 2). Ed. Médica Panamericana.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2006). *El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia*. Laboratorio de Alternativas.
- Rodriguez Rodriguez, P., & Sitges, J. (2016). *La situación de servicio de ayuda a domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro*. Fundación Caser, Madrid.
- Sapir, A. (2005). Globalisation and the Reform of European Social Models. Bruegel Policy Contribution/September 2005.
- Seller, E. P. (2017). *Sistemas y políticas de bienestar. Una perspectiva internacional*. Dykinson, S.L. Madrid.
- Taylor-Gooby, P. (Ed.). (2004). *New risks, new welfare: the transformation of the European welfare state*. Oxford University Press.
- Zárata, M. B. e Gas, M. (2009). *La familia en la ley de dependencia*. Edita: Fundación M. Teresa Rodó. Barcelona, España.

ASOCIACIÓN VÍNCULOS NA INFANCIA GALICIA

Alba Covelo Riveiro ,Andrea Rodríguez Naveirae Gabriela Miño Martos

Somos unha asociación sen ánimo de lucro con sede social en Vigo, inscrita no Rexistro xeral de asociacións da Comunidade Autónoma de Galicia. Aínda que a data de inscrición é recente, a idea de comezar un camiño xuntas e de proxectar as nosas ilusións comezou a xerarse durante o ano 2018, soñando con novas formas de emprender e desenvolver iniciativas que teñan un sentido social para o benestar dos nenos e nenas de Galicia.

A Constitución española no seu artigo 39, establece a obriga dos poderes públicos de velar pola protección social, xurídica e económica da familia e a protección da infancia en cumprimento dos acordos internacionais. Con fundamento na competencia en asistencia social, prevista no artigo 27.23 do Estatuto de Autonomía de Galicia, aprobado pola Lei orgánica 1/1981, do 6 de abril, a Lei 13/2008, do 3 de decembro, de servizos sociais de Galicia, garante o apoio ás familias como marco de referencia para o desenvolvemento persoal, e fai referencia á promoción da participación comunitaria e a posta en marcha de iniciativas de prevención e mellora da cohesión social.

Seguindo as bases da nosa formación como graduadas en traballo social, mestrado en Menores e a nosa experiencia en intervención con familias observamos unha incipiente necesidade de sumar en proxectos que traballen problemáticas concretas do sistema de protección infantil.

No marco de competencia comunitaria en materia de servizos sociais, temos que sinalar a falta de medidas de apoio no acompañamento a familias con fillos e fillas menores a cargo no momento de detección de situacións de risco, ou na aplicación de medidas administrativas nos casos dunha situación de desamparo. A nosa intención é crear espazos para achegarnos ás familias que teñan menores en situación de desprotección,

coñecer máis de preto o funcionamento e as disfuncións ou incidencias no sistema de protección do menor e construír propostas para o seu cambio e mellora. Neste sentido apélase a un cambio estrutural, integrando nel un acompañamento nos plans de actuación familiar para poder garantir o benestar do menor no seu domicilio habitual. Trabállase para que as familias poidan formar parte do seu propio proceso de cambio e que á súa vez non sintan soas fronte á Administración.

Doutra banda, a institución tamén se compromete a traballar noutras problemáticas relacionadas coa desigualdade e a inxustiza social, facendo especial fincapé no momento que atravesan aquelas familias que actualmente contan con menor apoio e recursos sociais e económicos e que, por tanto, atópanse en situación de especial vulnerabilidade social. Sentimos como necesaria a construción de propostas como as oficinas de dereitos sociais que funcionan nalgunhas provincias e que integran a traballadores e traballadoras sociais como promotores/as destes brindando apoio e orientación xurídico-social e reivindicando dereitos sociais fronte aos poderes do Estado e da Administración.

Os principais fins da asociación son os seguintes:

- Traballar pola participación das familias con menores que sufran calquera tipo de dificultade, ou se atopen en situación de risco e/ou desamparo, a través do desenvolvemento de investigación e intervención.
- Traballar con organismos e institucións na loita contra as situacións de pobreza infantil e toda clase de inxustiza ou discriminación social cara ás familias.
- Fomentar a educación pola igualdade, a diversidade, a inclusión e convivencia nas distintas áreas de traballo e intervencións que desenvolva a Asociación.
- Promover a identidade do traballo social como axente de cambio a través de proxectos que acheguen un significado ao futuro da profesión e a creación de emprego.
- Fomento do voluntariado e o asociacionismo.

Os nosos valores:

- Dereitos humanos.
- Igualdade e integridade de todas as persoas.
- Respecto pola diversidade social e cultural.

- Cumprimento dos valores do noso código ético profesional.
- Compromiso co dereito á autonomía e a autodeterminación das persoas.

En canto ao futuro profesional, desde a nosa perspectiva, a profesión atópase en constante cambio e adaptación ás necesidades do contexto, por tanto é necesario reivindicar os espazos propios da profesión e traballar na nosa identidade profesional, doutra banda, crear alternativas para que a profesión poida ter novos alcances e proxección no mercado laboral.

Datos de contacto:

Enderezo electrónico: vinculosnainfancia@gmail.com

Enderezo: Rúa Velázquez Moreno, 17, 2.º, 36202 Vigo, Pontevedra. Tfno.: 986 632 493

AFOUTA S. COOP. GALEGA

Sonia Fernández Bertolez

Somos unha sociedade cooperativa galega, de traballo asociado e sen ánimo de lucro, de actividades socioeducativas, promovida por traballadoras sociais especializadas en dinamización e animación sociocultural e cunha praxe con enfoque de xénero e sustentabilidade.

POR QUE NACE AFOUTA?

Consideramos a nosa cooperativa como unha consecuencia ou resposta ás necesidades da sociedade actual, que se caracteriza e configura, ao noso entender, en base ás contradicións sociais. Fendas socioeconómicas, culturais, raciais, medioambientais, xeracionais ou de xénero son as causantes das desigualdades que inciden directamente nunha menor calidade de vida para a poboación máis vulnerable. Como traballadoras sociais, sentimos a necesidade profesional de utilizar a nosa praxe laboral para facer esas fracturas sociais o máis pequenas posible, tendo en mente que o noso obxectivo como sociedade debería ser eliminalas por completo, favorecendo unha convivencia baseada no respecto á diferenza e a aceptación da diversidade social.

Como persoas comprometidas coas problemáticas sociais, entendemos que a educación social, a dinamización sociocultural, a sensibilización, a concienciación e a participación cidadá son ferramentas imprescindibles para xerar sinerxías e cambios nas dinámicas comunitarias, considerando que debemos romper varias barreiras que impiden esta transformación. As barreiras nas que Afouta focaliza o seu traballo son, principalmente, tres:

- A mirada adultocéntrica de entender a vida, que esquece o potencial das xeracións máis novas e a experiencia das persoas maiores, menosprezando estas dúas realidades, converténdolas no imaxinario colectivo en “estorbos”.

- A perspectiva androcéntrica e patriarcal das interrelacións sociais e toda a violencia que trae consigo a todos os niveis: física, psicolóxica, simbólica, estrutural, económica e cultural.
- A explotación insustentable do planeta e dos seus recursos, derivada dunhas dinámicas sociais de consumo baseadas na proximidade, o consumismo e a cultura do “usar e tirar”.

Estas tendencias interiorízanse a partir dos procesos de socialización, polo que fomentar ferramentas de cuestionamento da realidade social na poboación infantil e xuvenil se fai imprescindible para que poidan ser protagonistas do cambio social, en pos dun futuro máis xusto, igualitario e sustentable.

Outra característica da nosa sociedade é a dificultade para conciliar vida familiar, cultural, social, familiar e de ocio; situación que se pon de manifesto na adopción de novos roles da familia extensa como coidadora das crianzas, ou na redución da xornada laboral por parte dos proxenitores (feito que recae predominantemente nas nais).

É esta análise a que nos obriga moral e profesionalmente a repensar o noso traballo e a dar forma á nosa cooperativa, co obxectivo de achegar o noso gran de area na creación dunha sociedade máis xusta, consciente, responsable e apoderada. Afouta S. Coop. Galega xorde como unha ferramenta para o cambio ecosocial que entendemos necesario.

QUE PROPOÑEMOS?

Dada a conxuntura actual, e tendo en conta a nosa traxectoria académica, profesional e persoal, consideramos que é preciso unha estratexia de ataque que consiga rachar as estruturas de poder que posibilitan as desigualdades sociais. A nosa solución ou enfoque consiste en axuntar tres perspectivas capacitadoras e emancipadoras:

- Traballar e acompañar no desenvolvemento persoal e colectivo, a través do aprendizaxe emocional e as habilidades persoais, comunicativas e relacionais da poboación, fomentando a dinamización comunitaria, os vínculos sociais e o cooperativismo como unha forma eficaz de nos relacionar con nós mesmas, coas demais persoas e co contorno.
- Trasladar a pedagogía feminista á poboación, formulando relacións baseadas na política de coidados, de valores colaborativos e de corresponsabilidade; identificando, previndo e combatendo toda forma de violencia baseada no sistema xénero e no adultocentrismo; fomentar unha apertura á normalización da diversidade sexual e favorecen a decostru-

ción autocrítica daqueles mandatos culturais que son aceptados como válidos con relación ás capacidades das persoas en función do seu sexo.

- Concienciar sobre a corresponsabilidade medioambiental, traballando na interiorización de condutas saudables e sustentables.

¿QUE OFRECEMOS?

Os nosos servizos configúranse arredor da concienciación, a participación cidadá e a perspectiva igualitaria e subdivídense en tres apartados ben diferenciados:

Actividades en centros educativos:

- Actividades extraescolares nas que, a través de dinámicas amenas traballamos a creatividade, a psicomotricidade e as habilidades sociais e relacionais do alumnado, cunha perspectiva participativa, feminista e de responsabilidade medioambiental. Ofertamos “Construción de xoguetes” con materiais de refugallo, onde traballar de xeito transversal o consumo responsable, a reciclaxe e o traballo en equipo e “redes sociais e apoderamento virtual”, acompañando ás participantes na inmersión saudable no mundo virtual, recoñecendo os perigos, interiorizando a importancia da privacidade e construíndo unha identidade forte evitando os prexuízos, os estereotipos e as modas pasaxeiras propias da contorna de Internet.
- Obradoiros puntuais para festexar datas conmemorativas ao longo do curso escolar, abertos a toda a comunidade educativa (alumnado, profesorado, persoal do centro e familias), favorecendo os vínculos persoais, a dinamización cultural, o ocio alternativo e a convivencia.
- Espazos de conciliación en datas laborais non lectivas.

Actividades con entidades do terceiro sector, empresas e/ou colectivos vulnerables:

- Obradoiros de habilidades sociais a través do autoconocemento e a aprendizaxe emocional, corporal e relacional.
- Actividades interxeracionais, nas que os diferentes sectores poboacionais compartan espazos e experiencias, acadando así unha convivencia saudable baseada na asertividade, empatía e recoñecemento mutuo
- Obradoiros de traballos manuais e construción creativa con materiais de refugallo, favorecendo a adquisición de destrezas manuais e persoais, a cultura da reciclaxe e a responsabilidade medioambiental

- Dinamización cultural, social e/ou familiar: animación de eventos ou datas conmemorativas, escola de nais/pais, actividades lúdicoeducativas etc.

Proxectos de concienciación e sensibilización en materia de xénero, ecoloxismo e diversidade social

- Programas específicos en materia de xénero:
- Proxectos de apoderamento para mulleres, nos que traballar individual e colectivamente a adquisición de habilidades emancipadoras, favorecendo a afouteza interna destas para ser donas das súas propias vidas, favorecendo a consciencia sobre a opresión patriarcal, visible e invisible, e tecendo redes de axuda e apoio mutuo.
- Proxectos de prevención da violencia de xénero en centros educativos, entidades, asociacións, empresas etc., a través do recoñecemento e identificación dos distintos tipos de violencia, así como a interiorización do seu rexeitamento, a decostrución dos mitos románticos, os estereotipos sexistas e a toxicidade das relacións.
- Proxecto específico de concienciación en materia de xénero en centros educativos, axeitado en función das idades:
 - Sensibilización e concienciación en EI e EP
 - Diversidade social, sexual e familiar en ESO
 - Novas masculinidades e feminidades en Bacharelato
- Asesoría en materia de xénero e creación personalizada de protocolos de actuación en materia de sexualidade e xénero para centros educativos, entidades ou empresas.

CAL É A NOSA METODOLOXÍA?

A nosa praxe vai enfocada a colaborar na mellora do benestar social, acadando desta forma unha sociedade máis cohesionada, minimizando as fendas anteriormente mencionadas e achegando esforzos na materialización da xustiza social e a eliminación das desigualdades. Ao traballar con infancia e xuventude, conxugaremos a teoría do traballo social coa práctica lúdica da animación social, utilizando o xogo e o tempo de lecer como a ferramenta máis eficaz de aprender a transformarse; e no caso da poboación adulta, a través da horizontalidade do traballo social de grupos e comunitario, tendo en conta que a poboación é suxeito activo e protagonista dos seus propios cambios.

Os principios reitores que orientan a nosa práctica profesional, en concordancia con todo o exposto, son:

- A perspectiva feminista, como guía para unhas relacións interpersoais baseadas na horizontalidade, o respecto e a igualdade;
- O ecoloxismo como facilitador dun consumo responsable, da potenciación da creatividade e da mellora das relacións coa contorna;
- A metodoloxía IAP (Investigación-Acción-Participativa), que posibilita acadar obxectivos comúns implicando a todos os axentes sociais, a través do apoderamento persoal e colectivo, a corresponsabilidade e a creación de vínculos sociais.

ONDE NOS PODES ATOPAR?

Ao ofertar servizos que se realizarán nos centros e entidades que así o requiran, non contamos con local físico. Porén, se desexas contactar connosco, pódelo facer a través das diferentes RRSS ou vías de contacto:

- - Tfno.: 672 780 515 / 687 050 196
- Enderezo electrónico: afouta.coop@gmail.com
- Facebook: facebook.es/afouta.coop
- Instagram: [@afouta.coop](https://www.instagram.com/afouta.coop)

ENTREVISTA A CONCEPCIÓN RANCAÑO OSORIO CON MOTIVO DA CONMEMORACIÓN DO 20º ANIVERSARIO DO MATIASS NA REDE. PRESIDENTA DO COTSG ENTRE OS ANOS 1997 E 2001

Ignacio Iglesias Vilar

Concepción Rancaño Osorio, Traballadora Social na Consellería de Política Social foi a presidenta do Colexio Oficial de Traballo Social de Galicia, entre os anos 1997 e 2001. Durante estes catro anos, ideouse, xestouse, implementouse e púxose en marcha o Manual de Traballo, Información e Asesoramento en Servizos Sociais, mais coñecido como MATIASS. De feito foi ela a que lle dou este nome, buscando un acrónimo que permitira unha doada identificación do mesmo. Falamos con ela, para que nos lembre aquel momento inicial no que xurde a idea, e se materializa nun programa pioneiro a nivel estatal.

Concepción, cal foi o xerme inicial deste programa, como e cando xurde?

Xurde no ano 1998 e 1999, a iniciativa partiu da xunta de goberno que n aquel momento gobernaba o COTSG. Dende a nosa óptica fixemos unha análise da realidade dos servizos sociais de atención primaria da época, e vimos que había importantes carencias no traballo diario dos servizos sociais de atención primaria.

A realidade dos servizos sociais galegos estaba suxeita ao deseño das competencias autonómicas, que foran divididas en dúas consellerías . A Consellería de Familia, Muller e Xuventude e a Consellería de Sanidade e Servi-

zos Sociais repartíanse o campo dos servizos sociais, sen que a relación entre ambas fora moi fluída. Esta última tiña competencias nos servizos sociais comunitarios ou de atención primaria.

O COTSG mantiña unha moi boa relación institucional coa Dirección Xeral de Servizos Sociais, ocupada por Don Manuel Aguilar en aqueles anos. Persoa que fixo un gran traballo no impulso do sistema de servizos sociais de atención primaria en Galicia, mantendo contactos frecuentes nos que fraguou unha confianza, que permitiu abordar as problemáticas deste sistema en desenvolvemento.

Que elementos do sistema de servizos sociais de atención primaria vos fixeron ver a necesidade dunha ferramenta como o MATIASS?

Nos anos noventa desde a Dirección Xeral houbo un impulso na contratación de profesionais do Traballo Social, que era xa a figura de referencia no sistema. Estas novas incorporacións foron consolidando os servizos sociais de base territorial municipal, pouco a pouco desapareceron as agrupacións de concellos. Asentouse a figura do traballador/a social municipal, e a constitución das UTS como modelo organizativo.

Os novos e novas profesionais, estaban un pouco soas, e con dificultades para a actualización profesional permanente, sendo moi complicado consensuar métodos e sistemas de traballo coherentes e unificadas. Había ganas e necesidade de establecer liñas de coordinación, de planificación e estruturar, unificada e coherentemente, a actividade profesional nos concellos galegos dispersos e, en moitos casos, mal comunicados.

Ademais tiñamos unha dobre dependencia, da administración local a nivel laboral, e da administración autonómica en materia de planificación, coordinación e planificación das políticas sociais. No traballo diario había unha gran variedade de situacións e problemáticas sociais, e notabamos en falta a actualización de ferramentas e metodoloxías que nos permitiran abordar o traballo con criterios profesionais fundamentados.

A Administración, pola súa banda, sentía a necesidade de facilitar o traballo aos profesionais, para manter unha calidade asistencial no sistema de servizos sociais.

Unha vez feito este diagnóstico, cal foi o seguinte paso?

O Colexio analiza esta realidade, e nunha reunión con Don Manuel Aguilar, e a Xefa do Servizo de Coordinación coas Administracións Locais, María Elisa Fernández Pampillón, Traballadora Social e persoa de gran importancia no

éxito de todo este proxecto, e poñemos enriba da mesa estas cuestións. Amosamos o noso interese en facer algo para mellorar a nosa actividade profesional, e dar resposta ás carencias que estabamos diagnosticando.

Desde a Consellería de Sanidade e Servizos Sociais, recollen isto con moito interese, e pídennos que achegemos ideas e propostas concretas.

Cal foi a vosa primeira proposta?

A primeira opción que presentamos era unha guía de recursos en formato papel na que se foran recollendo as convocatorias, axudas,... e facela chegar a todos os concellos de Galicia periodicamente por correo postal, como un boletín de actualizacións.

Démoslle voltas un tempo, e comezamos a cuestionar a operatividade deste sistema tanto a nivel de custo, como de eficacia. Os concellos estaban equipándose de ordenadores, e ferramentas como o correo electrónico e internet comezaban a xeneralizarse. Era o momento no que desde a administración central se investía esforzo para impulsar a expansión do SIUSS. Ese era o presente, e vimos que o futuro ía ir por alí.

O formato electrónico tiña moitos menos custes que o formato de papel. Falámolo coa Consellería, e pareceulle unha boa idea, polo que o formato papel quedou definitivamente desterrado, nun momento no que aínda era hexemónico.

Como se concretou a colaboración coa consellería competente?

Asinamos un convenio inicial, no que se recollía a grandes trazos o que queríamos facer, comprometéndose a Consellería a achegar o custo económico, e o Colexio pola súa parte comprometeuse a organizar e coordinar unha equipa de traballo que materializase o proxecto. Isto incluía dous pés, o Traballo Social e a informática.

Para traballar a parte práctica da informática contactamos coa Escola Universitaria de Informática da Universidade de Vigo, buscando un asesoramento técnico e sinerxía institucional. Desde alí encargáronse do software do MATIASS, que posibilitou fornecer de experiencia laboral a ex-alumnos/as do centro. O CODTS e a Universidade de Vigo estableceron un convenio para este traballo.

O Colexio contratou a dous profesionais encargados de recoller todos os contidos do programa e de artellar o contido do MATIASS. Foron Dora Rútolo e Alexandre Penas.

Ademais constituíuse un grupo de traballo composto por profesionais de dos servizos sociais municipais, con participación de persoas da Xunta de Goberno do Colexio, que supervisou todo o proceso, asegurándose que a ferramenta que se estaba a construír respondía ás súas necesidades profesionais.

Por último, un grupo de profesionais da administración autonómica que desenvolvía o seu traballo nos centros con competencias en Servizos Sociais colaborou no fornecemento de datos, impresos, formatos e contactos que constitúen o corpo do programa.

Todo este traballo materializouse en tempo récord, poucos meses. O interese por parte de todos os axentes implicados era alto, e non houbo atrascos que atrasaran o remate do traballo.

Que límites tiña marcado o programa?

O contido do programa, estaba dirixido ao uso dos traballadores e traballadoras sociais. Queríamos que desenvolvera a parte metodolóxica da nosa disciplina por iso era necesario que fora de uso exclusivo dos/das profesionais de Traballo Social, querendo evitar un uso fraudulento ou de intrusismo profesional perigoso para a profesión e para as usuarias e usuarios. Este límite recolleuse no convenio claramente.

Era unha ferramenta para o xestión diaria do Traballo Social en servizos sociais municipais. Non se contemplaban outros servizos especializados porque o financiamento procedía da Dirección Xeral de Servizos Sociais e polo tanto o seu interese era investir os seus recursos no campo de traballo da súa competencia.

Que lembrás de aquel MATIASS, que grandes rasgos destacarías del?

A estrutura de contidos é, coas lóxicas variacións, a que se mantén aínda na actualidade.

Queríase que incluía información actualizada dos recursos, axudas, liñas de financiamento, convocatorias, novas e calquera outro elemento de interese para a profesión. Que servira de ferramenta que metodoloxicamente unificara métodos de traballo, e posibilitara a actualización e traballar de xeito coherente.

E por último, impulsar no Traballo social a incorporación das novas tecnoloxías de aquel momento, e aproveitarse das facilidades de traballo que nos descubría.

Que lembrás da presentación do programa?

A presentación foi nun acto organizado pola Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Fixose unha convocatoria ampla que inclúe a todas e todos os profesionais dos servizos sociais municipais de Galicia, representantes dos concellos e de mancomunidades, Deputacións e Universidades de Santiago e Vigo. En resumo, convidaron a tódalas persoas que tiveran interese profesional no sistema de servizos sociais en Galicia. Na mesa presidencial estaban os representantes das tres entidades responsables do proxecto, por parte da Xunta participaron o Conselleiro, director Xeral e a Xefa do Servizo de Coordinación coas Administracións Locais. A Universidade de Vigo estivo representada polo Director da Escola de Informática de Ourense, e eu representei ao COTSG, xunto con Dora Rútolo e Alex Penas, como autores materiais de aquel primeiro MATIASS.

Gardo un gran recordo daquel día. A miña vinculación emocional co MATIASS é alta, téñolle un gran cariño. Sempre me pareceu que as/os profesionais dos servizos sociais tiñamos a necesidade de ferramentas actualizadas que nos facilitarán o traballo e de ter un nexo de unión permanente, e por fin viamos como se materializaba nesta proposta. Eu vivino con moita emoción, e tódalas persoas que estábamos alí desde os distintos eidos penso que tamén.

As compañeiras e compañeiros quedaron gratamente sorprendidas/os, xa que superaba as expectativas previas. Pero tamén é verdade que un acto pode quedar en só unha anécdota, se despois o MATIASS non aportara solucións profesionais no día a día. Nas semanas seguintes eu mesma fixen uso del como usuaria, xa que traballaba nun concello e comprobei que foi unha iniciativa útil. E a día de hoxe segue demostrando a súa valía. Sei que se ampliou o acceso a usuarias da rede de servizos sociais especializados e, en xeral, en servizos onde hai traballadores e traballadoras sociais, solicitado polas propias/os profesionais, o que demostra a súa necesidade.

A min esta ampliación paréceme perfecta, xa que todo o que sexa ampliar a calidade da prestación dos servizos, e as ferramentas que o faciliten, benvida sexa.

A maior sorpresa foi o que significou ao longo destes vinte anos nos servizos sociais de Galicia, e dos moitos máis que lle agardan. Por parte do Colexio sempre se procurou que este programa seguira medrando e mellorando.

Aquel era un xerme inicial ao que todos e todas tiñamos que aportar.

Penso que temos que sentirnos orgullosos/as do traballo feito, que non só sobreviviu moitos anos senón que segue a demostrar o seu potencial de futuro.

Por último, algunha cousa que engadir?

Si, un elemento que determinou o éxito deste programa foi que desde o inicio quedou plasmada a necesidade de contemplar fondos para a súa actualización constante e permanente. A súa eficacia dependía diso.

A propiedade do programa foi, e segue a ser da administración autonómica, pero o Colexio leva todos estes anos encargado do seu mantemento mediante sucesivos convenios que garanten a posibilidade de dispor dos recursos para a presenza dunha persoa contratada para facer este traballo.



TRABAJO SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES. CONOCIMIENTO Y ÉTICA

AUTORA: María Patrocinio Las Heras

EDITORIAIS: Consejo General del Trabajo Social e Paraninfo

ANO: 2019

NÚMERO DE PÁXINAS: 337 páxinas

Xoán Lombardero Posada. Universidade de Vigo. xlombardero@uvigo.es

Hai poucos meses, sen excesivo rebumbio, pero si coa solemnidade requirida, o *Consejo General del Trabajo Social* publicou “Trabajo Social y Servicios Sociales. Conocimiento y Ética”, de Patrocinio Las Heras. O nome da autora remite ao momento para unha das personalidades máis eruditas e entregadas á disciplina e profesión no Estado desde hai máis de catro décadas. Todo o mundo no Traballo Social español coñece e respecta a Las Heras; non toda a xente, porén, sabe exactamente o que propón na actualidade. Como todas as clásicas, debido ao seu enorme prestixio, a autora corre a moderada inxustiza de ser recoñecida, mais non lida, coa atención que merece. Para mitigar isto, en 2014, o *Consejo General* tivo a atinada idea de reeditar “Introducción al Bienestar Social” (o coñecido como *libro das casitas*) que escribira e presentara en 1978 xunto a Elvira Cortajarena. O texto de 1978 foi manual nas escolas profesionais durante moitos anos, presentou os Ser-

vizos Sociais ao público xeral nun momento no que estaba en xogo o artellamento institucional do, cando menos na letra, Estado de benestar español. Desde que ese texto foi publicado pode entenderse o Traballo Social sen os Servizos Sociais, pero non se entenden estes sen aquel. E o que resulta case máis importante: non se pode entender o Estado de benestar español sen o concurso dun Traballo Social que opera en todos os ámbitos, non so o dos Servizos Sociais, onde está ou pode estar presente a Acción Social.

“Trabajo Social y Servicios Sociales. Conocimiento y Ética”, de 2019, ten o alento xerador do texto de 1978 pero non é a segunda parte do *libro das casitas*. É un proxecto e un resultado enciclopédico cuxo cerne é mostrar aquilo que o Traballo Social foi e é como profesión; o que leva feito polos dereitos sociais e pola cidadanía para, de seguido, propor novas rotas de intervención e propostas, no agora. Especialmente agora.

O libro divídese en tres capítulos ou bloques temáticos. De xeito moi resumido, indicar nesta recensión que o primeiro capítulo trata da construción histórica do Traballo Social en España, en conexión coas organizacións internacionais da profesión e, nomeadamente, cos distintos códigos de ética internacionais. Aquí as traballadoras sociais construímos Traballo Social en diálogo profesional co resto do mundo. O segundo capítulo está orientado cara as achegas do Traballo Social en relación coa edificación do cuarto pilar do Estado de benestar. Ambos dous capítulos son abraiantes canto á información e datos que despregan: imprescindíbeis para saber quen somos e o que fixemos como colectivo. O terceiro capítulo chántase na actualidade e no futuro e, de forma teórica mais tamén con propostas concretas, para xa, indica camiños que, obedecendo á nosa tradición fundacional debe tomar. Alén diso, a autora fai unha radiografía sistemática, comunidade autónoma a comunidade autónoma do estado e da vía de acceso da cidadanía aos servizos sociais. Tamén se analiza toda a normativa estatal vixente neste eido, nunha enorme e sintética tarefa de documentación e ordenación.

E, antes dos capítulos, a obra comeza cun orixinal prologo que a autora titula “A modo de obertura”: recomendamos vivamente a lectura do mesmo dentro dun libro que devolve multiplicado en coñecemento o tempo que require a súa consulta.

Nas datas nas que se redacta esta recensión vívese un tempo esperanador, cun goberno de progreso no Estado, mais ao tempo, unha sensación de estupor e decepción igualmente xustificada: o novo goberno estatal fixo desaparecer do seu organigrama as mencións ao Benestar social, un traballo e reivindicación da nosa profesión que data dos congresos da Organización profesional anteriores á Constitución. Cómpre, de novo, o activismo na defensa do Traballo Social e das súas conquistas colectivas, na esteira do libro de Patrocinio Las Heras e do labor de xeracións de traballadoras sociais. O inadmisíbel é inadmisíbel proceda de onde proceda.

Por último, alén do formato en papel do libro, e ligado a este desde a súa publicación, o *Consejo* ten en aberto unha ligazón ao Fondo Documental Patro Las Heras . A documentación recollida neste site complementa e apoia seccións enteiras dos tres capítulos, e só por si mesma, constitué unha fonte informativa formidábel. A modo de exemplo deste Fondo, os contidos vinculados ao Capítulo 2 son nada menos que trinta entrevistas a personaxes chave do Traballo Social no Estado dos últimos corenta anos ...No estante que estimemos, ou debaixo da almofada, cómpre ter o último (que non derradeiro) libro de Patro Las Heras.

PERFILES DE CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES USUARIAS DE CENTROS DE DÍA

Luz A. Magaña Terrón

TÍTULO: Perfiles de calidad de vida de las personas mayores dependientes usuarias de centros de día.

AUTORA: Luz A. Magaña Terrón.

NATUREZA DO TRABALLO: Tese de Doutoramento.

DIRECTOR: Ramón González Cabanach

ANO DE REFERENCIA: 2019.

ACCESIBILIDADE Ó DOCUMENTO: Biblioteca da Escola Universitaria de Traballo Social da Universidade de Santiago de Compostela e da Facultade de Fisioterapia da Universidade de A Coruña. Ficha Teseo.

PALABRAS CLAVE: calidade de vida, envellecemento da poboación, sector da saúde e servizos sociais.

RESUMO:

O fenómeno do Envellecemento que ten lugar en todo o mundo trouxo como unha das súas consecuencias fundamentais a preocupación polo estudo da calidade de vida das persoas maiores e dos factores que están relacionados con ela, especialmente a saúde e a autonomía funcional. Para estudar a calidade de vida empregamos unha mostra de 181 persoas maiores asistentes a

centros de día de diversas comarcas da provincia de A Coruña, aos que se lles aplicou o CUBRECAVI. Para o tratamento dos datos realizamos unha análise de conglomerados (método quick cluster analysis), cos obxectivos de establecer os perfís de calidade de vida destas persoas maiores e de analizar a relación entre calidade de vida e saúde (física e mental) e a autonomía funcional destas persoas, xa que envellecer conleva en moitos casos limitacións de saúde e de capacidades funcionais, así como unha maior necesidade de atención e coidado. Os nosos resultados permítennos afirmar que as persoas maiores cunha mellor saúde física e psíquica así como cunha mellor autonomía funcional presentan uns mellores niveis de calidade de vida.

Así mesmo, estes resultados poñen de manifesto que os centros de día son un relevante recurso para a mellora da calidade de vida das persoas maiores.

METODOLOXÍA:

O deseño e procedemento da investigación é de carácter non experimental e de carácter descritivo e transversal, no que a enquisa foi empregada como método de recollida de información mediante a técnica de cuestionario, utilizando, por unha banda, un cuestionario de elaboración propia dirixido ós/ás Responsables, Coordinadores/as e/ou Directores/as dos centros de día para persoas maiores dependentes e, por outro, o cuestionario CUBRECAVI, Breve Cuestionario de Calidade de Vida, dirixida a usuarios de centros de día para persoas maiores dependentes.

Co cuestionario de elaboración propia obtivéronse datos relacionados cos centros de día en relacións ás súas instalacións, perfís profesionais, programas de intervención, actividades, etc.

Trala aplicación do CUBRECAVI, elaborouse o perfil da persoa maior dependente usuaria de centros de día. Posto que se trata dun cuestionario composto por 21 subescalas en relación a 9 áreas e tendo en conta os obxectivos da investigación, empregáronse os datos obtidos con respecto á saúde (física e psíquica) e ás habilidades funcionais.

No estudo participaron 181 persoas maiores dependentes usuarias de centros de día da provincia de A Coruña. En concreto, os/as usuarios/as pertencentes ás comarcas de Arzúa, Barbanza, Betanzos, A Coruña, Ferrol, Noia e Santiago. Se estudaron 10 das 17 comarcas coruñesas. En total, o número de centros de día que participaron no estudo foi de 15.

Co propósito de identificar os perfís de saúde (física e mental) da mostra, así como as súas habilidades funcionais, recorreremos á análise de conglomerados (método quick cluster analysis).

Para eliminar o efecto debido ás diferenzas na medición destas dimensións (o número de ítems para cada un dos factores é diferente), realizouse a análise de conglomerados despois de estandarizar as puntuacións directas. O criterio seguido na elección do número de conglomerados foi o de maximizar as diferenzas inter-clústers co fin de conseguir establecer o maior número posible de grupos con diferentes combinacións de dimensións de afrontamento.

Para coñecer as posibles diferenzas entre os perfís respecto á calidade de vida, empregouse a análise da varianza. Posteriormente, e despois de aplicar a proba de homoxeneidade das varianzas de Levene, empregáronse as probas de contraste post hoc, en función da homoxeneidade ou non destas varianzas. En tódolos contrastes realizados asumíuse un nivel de significación de ,05.

RESULTADOS:

Os resultados obtidos mostran a existencia de catro perfís de calidade de vida claramente diferenciada:

1. Perfil caracterizado por baixa saúde e alta autonomía.
2. Perfil caracterizado por unha baixa saúde e baixa autonomía.
3. Perfil caracterizado por unha alta saúde e alta autonomía.
4. Perfil caracterizado por unha baixa saúde física, unha saúde mental axeitada (alta) e alta autonomía.

Tres dos catro conglomerados (1, 3 e 4) agrupan un número de persoas maiores bastante similares, agás o 2 (baixa saúde e baixa autonomía) que destaca con 68 persoas maiores. Co estudo das diferenzas post hoc, o perfil 3 (alta saúde e alta autonomía) obtén maiores puntuacións na calidade de vida.

O principal obxectivo desta investigación foi establecer a relación entre os distintos perfís de saúde e de autonomía obtidos e a calidade de vida das persoas maiores agrupadas en cada un deles. A través do estudo das diferenzas post hoc entre os diferentes conglomerados comprobamos que sempre é o grupo 3 (mellor saúde percibida e maior autonomía), o que obtén maiores puntuacións na calidade de vida. Este grupo presenta diferenzas significativas cos outros tres grupos (1, 2 e 4). Os resultados mostran a existencia de diferenzas significativas (2 por mil e 1 por mil) na calidade de vida.

Polo tanto, pódese afirmar que os resultados obtidos amosan como o grupo caracterizado por unha mellor saúde percibida e unha maior

autonomía funcional ten unha mellor calidade de vida. A combinación de ambas dimensións a niveis altos é a única que propicia unha mellor calidade de vida. As outras combinacións de saúde e autonomía funcional non presentan diferenzas significativas entre elas nos seus niveis de calidade de vida.

Ademais, como era de esperar, este mesmo grupo (3) é o que mostra unha maior satisfacción coa saúde, mostrando diferenzas significativas cos outros tres grupos (con niveis de significación comprendidos entre o 1% e o 1 por mil). Tamén se observa como os outros tres grupos amosan menor satisfaccións coa súa saúde, sen que aparezan diferenzas significativas entre eles nesta dimensión.

DISCUSIÓN E CONCLUSIÓNS:

Queda patente que un mellor estado de saúde física e psíquica, caracterizado por unha menor sintomatoloxía en alteracións condutuais, cognitivas e físicas, propicia unha mellor calidade de vida na persoa maior que asiste a un centro de día.

Os resultados permítenos afirmar que a saúde física e psíquica así como a autonomía funcional cobran maior importancia entre as persoas maiores, sendo ámbalas dúas fonte e reflexo dos niveis de calidade de vida que experimenta unha persoa maior.

Aínda que existe unha gran dificultade para establecer unha definición de calidade de vida (Fernández-Ballesteros e Zamarrón, 2007) e a necesidade de caracterizala como multidimensional (Rojo Pérez, Fernández-Mayoralas, Pozo Rivera e Rojo Abuín, (2002) para poder avaliala e concretala, na investigación puidose comprobar que tanto a saúde física como a mental e a autonomía funcional repercuten directamente na calidade de vida das persoas maiores dependentes que asisten aos centros de día. Esta afirmación coincide cos tipos de factores que inflúen na calidade de vida proporcionados por Fernández-Ballesteros, Zamarrón e Macía (1997). Polo tanto, confírmase a afirmación de que unha mellor saúde percibida e unha maior autonomía funcional xeran unha mellor calidade de vida nas persoas maiores dependentes que asisten aos centros de día.

En definitiva, os centros de día son un recurso ideal para manter un alto grao de participación social; preservar as relacións sociais, familiares e comunitarias; preservar a saúde física e mental; manter unha autonomía funcional e, polo tanto, proporcionar calidade de vida ás persoas maiores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Fernández-Ballesteros R., Zamarrón, M. y Macía, A. (1997). *Calidad de Vida en la Vejez en los distintos contextos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO).
- Fernández-Ballesteros, R. y Zamarrón, M. D. (2007). CUBRECAVI. *Cuestionario Breve de Calidad de Vida. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Rojo Pérez, F., Fernández-Mayoralas, G., Pozo Rivera, E. y Rojo Abuín, J. M. (2002). *Envejecer en casa: la satisfacción residencial de los mayores en Madrid como indicador de su calidad de vida*, (Colección Monografías, nº23) Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

