

Revista Galega de **TRABALLO SOCIAL**

fervenzas –18–
- VOLUMEN I -



Revista Galega de **TRABALLO SOCIAL**

fervenzas —18—
- VOLUMEN I -



Xunta de Goberno

Marta Capeáns Outeiro, Presidencia
Gonzalo Saborido Martínez, Vicepresidencia
M^a Isabel Ríos Paz, Secretaría
Jesús Pérez Pérez, Tesourería. Responsable de Publicación
Beatriz de la Torre Bermúdez, Vogalía
David Saavedra Pino, Vogalía
Carlota Obelleiro Madroñal, Vogalía
Patrica Blanco Riveiro, Vogalía

Responsable da edición

Marta Capeáns Outeiro

Mesa de redacción

M^a Elena Puñal Romaris, M^a Xosé Vázquez Vázquez, Inés Moreira Brenlla,
Ana M^a Rodríguez González, Begoña Sánchez Roura, Francisco Xabier
Aguiar Fernández

Edita

Colexio Oficial de Traballo Social de Galicia

Rúa Dublín, 6, baixo, porta 3
15707 Santiago de Compostela
Teléfono: 981 56 81 00 | Fax: 981 94 18 98
E-mail: fervenzas@traballosocial.org

Data da Publicación: Decembro 2015
Imprime Gráficas Mera

ISSN 1698-5087
ISSN electrónico 2254-7657

Dep. Legal C-1.884/97

*Fervenzas non se responsabiliza das opinións expresadas polos autores,
nin se identifica necesariamente cos contidos dos textos publicados.*

S U M A R I O

LIMIAR	Pág.	5
1. Redacción Científica aplicada ao traballo social. <i>Laura Novelle López</i>	Pág.	7
2. O traballo social sanitario en atención primaria de saúde en Reino Unido e España. <i>Concepción Vilas Fernández</i>	Pág.	29
3. Acción social e loita contra a pobreza en Galicia. <i>Pepa Vázquez Martínez</i>	Pág.	51
4. A resiliencia nas situacións de crise: unha nova visión <i>Iria Engroba Penabad</i>	Pág.	67
5. A atención ao paciente inmovilizado no centro de saúde de Ribeira: relación coas axudas do sistema de atención á dependencia <i>Rosalía Álvarez Álvarez</i>	Pág.	77
6. Identificar a indefensión aprendida como causa da pasividade en persoas con discapacidade <i>M^a Fernanda Arrojo Novoa</i>	Pág.	99
7. Melloras para o rural <i>Jesús Alfonso Parada Jato</i>	Pág.	125
EN REDE Consecuencias na etapa adulta do maltrato infantil <i>Marta Calzada Mozo</i>	Pág.	137
ENTREVISTA Berta Travieso, traballadora social en UNICEF <i>Inés Moreira Brenlla</i> <i>M^a Xosé Vázquez Vázquez</i>	Pág.	149
COMENTARIO DE PUBLICACIÓNS «Bases Teóricas y Metodológicas del Trabajo Social Forense para la Evaluación de Lesiones y Secuelas Sociales del Abuso Sexual a Menores». <i>Ana Rodríguez</i>	Pág.	153

RECENSIÓN DE INVESTIGACIÓN SOCIAL O impacto da crise nas familias da provincia de Ourense: necesidades, protección e propostas de afrontamento. <i>Francisco Xabier Aguiar Fernández.</i> <i>Universidade de Vigo</i>	Pág.	155
ESPAZO ABERTO Da indignación a acción: a configuración de novas formacións políticas <i>Antía Alonso Álvarez</i>	Pág.	159
NORMAS DE PUBLICACIÓN DA REVISTA GALEGA DE TRABALLO SOCIAL FERVENZAS	Pág.	163

S
U
M
A
R
I
O

Prezados/as compañeiros/as,

Chega a vós o número dezaioito da revista Fervenzas no que se recompilan diversos temas sociais moi en boga no traballo social.

Potenciar a produción de artigos e traballos científicos é necesario nas ciencias sociais e contribúe a dar un pulo á profesión, así como a espallar as boas praxes. Por ese motivo, neste número recóllese un artigo de Laura Novelle “Redacción Científica aplicada ao traballo social” no que se aborda a comunicación, documentación e produción de textos científicos.

Neste ano 2015 producíronse unha serie de cambios legislativos en materia de infancia e adolescencia cos que se pasa a recoñecer como vítimas directas aos menores expostos a violencia de xénero. Son medidas necesarias, xa que a violencia no entorno familiar condiciona o benestar dos menores. Ademais, convérteos en instrumento para exercer dominio e favorecer a transmisión interxeneracional das condutas violentas sobre a muller. Nesta ocasión, a sección en rede achéganos o traballo realizado por Marta Calzada “Consecuencias na etapa adulta do maltrato infantil”, na sección comentarios de publicacións Ana M^a Rodríguez realiza unha recensión da obra de Marta Simón “Bases Teóricas e Metodolóxicas del Trabajo Social Forense para la Evaluación de Lesiones y Secuelas Sociales del Abuso Sexual a Menores” e na sección entrevista viaxamos ata ao Líbano para entrevistarnos con Berta Travieso, traballadora social en UNICEF.

A situación de socioeconómica dos últimos anos unida a unhas medidas políticas nas que os máis danados son os colectivos máis vulnerables que se viron arrastrados a situacións de pobreza e exclusión, lévanos a subliñar pola súa relevancia e actualidade artigos como o de Pepa Vázquez “Acción social e loita contra a pobreza en Galicia” e o de Iria Engroba “A resiliencia nas situacións de crise: unha nova visión”. Na sección de recensión de investigación social Francisco Xabier Aguiar achéganos “O impacto da crise nas familias da provincia de Ourense: necesidades, protección e propostas de afrontamento” e na de sección espazo aberto Antía Alonso achéganos “Da indignación a acción: a configuración de novas formacións políticas”.

Os traballadores/as sociais sanitarios realizan unha análise e avaliación dos factores sociais que inciden na enfermidade tendo presente a realidade cambiante da contorna na que nos movemos. A nosa figura dentro do ámbito da saúde non é algo recente pero o recoñecemento como profesional sanitario continúa un obxectivo a acadar. Un ano máis, Fervenzas

recolle investigacións nesta área achegados polas compañeiras Concepción Vilas achéganos “O traballo social sanitario en atención primaria de saúde en Reino Unido e España” e Rosalía Álvarez “A atención ao paciente inmobilizado no centro de saúde de Ribeira: relación coas axudas do sistema de atención á dependencia”.

O rural é un gran esquecido nas políticas sociais pese a desenvolver un papel fundamental na nosa contorna. A súa presenza nas publicacións con estudos e proxectos de traballo social comunitario innovadores contribuirá a dar luz a un ámbito de traballo cunhas características comúns ás áreas urbanas pero con outras específicas que cómpre non esquecer na abordaxe diaria para atender e dar cabida a unhas necesidades de seu e mellorar a intervención social. Neste número, Jesús Alfonso Parada preséntanos o deseño do seu proxecto “Melloras para o rural”.

A discapacidade e as situacións de marxinación que pode levar aparellada preséntanola M^a Fernanda Arrojo na súa investigación cualitativa “Identificar a indefensión aprendida como causa da pasividade en persoas con discapacidade”.

Finalmente, quero dar as grazas a todas aquelas persoas que cos seus traballos colaboraron na realización deste número. Ademais, ánimovos e convidovos a participar en próximos números de Fervenzas coas vosas experiencias e traballos, co gallo de contribuír a que a investigación social no traballo social siga avanzando e visibilice o labor profesional.

Ana María Rodríguez González
Nº Colexiada. 2341

REDACCIÓN CIENTÍFICA APLICADA AO TRABALLO SOCIAL: ESTRATEGIAS PARA A PRODUCCIÓN E XESTIÓN DA INFORMACIÓN

Laura Novelle López
Bibliotecaria, investigadora e consultora
lauranovelle@gmail.com

RESUMO:

Decote esquecida ou reclusa en ámbitos universitarios, a escritura científica resulta fundamental para o avance do traballo social como disciplina, xa que unha axeitada transmisión de coñecemento contribúe a mellorar a práctica e resultados profesionais. O presente artigo aborda a documentación e produción de textos científicos para o traballo social de xeito global. Nunha primeira parte defínese que é a comunicación científica e cales son as súas características e funcións. Nunha segunda parte ofrécese unha tipoloxía de textos científicos (traballos académicos, artigos e recensións científicas), así como estratexias concretas para a súa abordaxe exitosa, desde o plan de traballo e as técnicas de extracción, tratamento e xestión da información, ata a redacción e os aspectos formais. Finalmente, as conclusións ofrecen suxestións de acción para favorecer a toma de conciencia sobre a importancia da alfabetización informacional dos profesionais e investigadores e investigadoras sociais.

PALABRAS CLAVE:

Escritura científica, investigación social, documentación social, alfabetización informacional.

RESUMEN:

Frecuentemente olvidada o restringida a ámbitos universitarios, la escritura científica resulta fundamental para el avance del Trabajo Social como disciplina, ya que una adecuada transmisión de conocimiento contribuye a mejorar la práctica y resultados profesionales. El presente artículo aborda la documentación y producción de textos científicos para el Trabajo Social en perspectiva global. En una primera parte se define que es la comunicación científica y cuáles son sus características y funciones.

En una segunda parte se ofrece una tipología de textos científicos (trabajos académicos, artículos y reseñas científicas), así como estrategias concretas para abordarlos con éxito, desde el plan de trabajo y las técnicas de extracción, tratamiento y gestión de la información, hasta la redacción y las cuestiones formales. Finalmente, las conclusiones ofrecen sugerencias para favorecer la toma de conciencia sobre la importancia de la alfabetización informacional de los profesionales e investigadores/-as sociales.

PALABRAS CLAVE:

Escritura científica, investigación social, documentación social, alfabetización informacional.

ABSTRACT:

Although scientific writing is often forgotten or restricted to university circles, is essential for the advancement of Social Work as a discipline, since an adequate knowledge transfer helps to improve the practice and professional results. This paper addresses the documentation and methods for writing scientific texts for Social Work in global perspective. The first part defines what scientific communication is, and its features and functions. The second part provides a typology of scientific texts (academic essays or projects, scientific papers and reviews), and also specific techniques to address them successfully. The workplan, the extraction, processing and management of information, as well as scientific writing strategies and formal aspects are included. Finally, suggestions to promote awareness of the importance of Information Literacy for social researchers are provided as a conclusion.

KEYWORDS:

Scientific written, social sciences research, social Documentation, information literacy.

1. A COMUNICACIÓN CIENTÍFICA: EVOLUCIÓN E PRECISIÓNS TERMINOLÓXICAS

A linguaxe é un dos aspectos máis característicos do ser humano, e a necesidade de comunicar está presente desde os inicios da vida en sociedade. Podemos deducir, xa que logo, a importancia deste proceso na vida das persoas. Do mesmo xeito acontece coas comunidades científicas: os resultados ou achegas dun proceso de investigación carecen de sentido se non se lle comunican axeitadamente ao resto de investigadores e á sociedade en xeral. Segundo Rusell (2001) a comunicación científica pode definirse como o proceso de presentación, distribución e recepción da información

científica en sociedade. Implica o estudo de como os académicos en calquera campo, utilizan e difunden a información a través de distintas canles, ora formais ora informais. A redacción científica ten unhas características diferenciais (Novelle, 2014):

- a) **Precisión:** utiliza as palabras xustas co significado axeitado dentro do campo de estudo. Prefírese o plural maxestático, máis propio dun rexistro de linguaxe formal.
- b) **Claridade:** estilo directo, sen risco de equívocos, ambigüidades ou dobres interpretacións. O científico ou a científica social debe expresar correctamente aquilo que quere dicir, e máis nada. Os textos científicos estarán desprovistos de floreos literarios, o cal nunca é incompatible cunha redacción coidada.
- c) **Brevidade:** os textos científicos con destino a revistas teñen limitacións de extensión (en páxinas ou en número de palabras), un factor que vai esixir do redactor ou redactora un esforzo de condensación e concisión.

Ata finais do século XX, a difusión da comunicación científica veuse realizando a través da publicación en libros e publicacións periódicas, así como presentacións en diferentes tipos de reunións científicas. As novas tecnoloxías da información multiplicaron as posibilidades: publicar na internet resulta sinxelo e barato. Novas ferramentas de comunicación científica son as listas de distribución, os grupos de discusión ou os foros e blogs especializados. Información que antes tardaba meses en ser de dominio público, está agora accesible desde calquera parte do mundo, nuns prazos ata agora inimaxinables. Así mesmo, a posibilidade de crear contornos de traballo non presenciais incrementa as facilidades de colaboración e intercambio de experiencias. Pero debe terse en conta que esta modalidade ten potencialidades e riscos, tal e como amosa a táboa 1:

TÁBOA 1: RISCOS E VANTAXES DA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA A TRAVÉS DA INTERNET	
VANTAXES	RISCOS
<input checked="" type="checkbox"/> Máis e mellores posibilidades de transferencia da investigación	<input checked="" type="checkbox"/> Non sempre se realiza de xeito adecuado e comprensible
<input checked="" type="checkbox"/> Facilidades de colaboración	<input checked="" type="checkbox"/> Fraude científica (plaxio, autoplaxio e derivados, ás veces difíciles de probar).
<input checked="" type="checkbox"/> Maior diseminación de resultados	<input checked="" type="checkbox"/> Saturación informativa (<i>information overload</i>)
Fonte: Elaboración propia	

Tamén queremos deternos nas motivacións dun científico ou dunha científica social para difundir o seu traballo. Uribarri (s.d.) sintetizounas en:

- a) Contribuír ao avance da disciplina e espertar o interese do público por esta.
- b) Aumentar a cultura científica da cidadanía.
- c) Incrementar o recoñecemento e valoración do científico en sociedade.
- d) Darlle visibilidade ao seu centro de traballo.

Por último, cremos conveniente realizar unha precisión terminolóxica. Divulgación, diseminación e difusión son tipos de comunicación científica que a miúdo aparecen mesturados, coma se fosen termos intercambiabes. Nada máis lonxe da realidade. A principal diferenza reside nos destinatarios finais da información: mentres a difusión científica consiste na comunicación da información científica, por parte dunha serie de actores (científicos, filósofos ou xornalistas), a uns receptores concretos pertencentes a unha mesma unidade (por exemplo, un país ou unha lingua determinadas, normalmente nun rexistro formal), a divulgación ten por obxecto achegarse ao público en xeral, cunha linguaxe comprensible para todos os cidadáns independentemente do seu nivel de formación. O outro tipo de comunicación é a diseminación, pensada exclusivamente para os investigadores do mesmo ámbito de coñecemento (normalmente a través de xuntanzas, congresos, paneis de expertos, redes de traballo etc.). Este último tipo é o que máis nos interesa no presente artigo. Unha esquematización dos tres niveis de comunicación ofrécese na táboa 2:

TÁBOA 2: NIVEIS DE COMUNICACIÓN DA CIENCIA		
Nivel	Tipo de linguaxe	Receptores/-as naturais
Diseminación	Especializada	Restrinxidos aos da mesma área de coñecemento
Difusión	Universalmente comprensible	Todos os dispoñibles nunha mesma unidade xeográfica, sociopolítica ou cultural
Divulgación	Omnicomprendible	A totalidade do universo

Fonte: Elaboración propia

Para un investigador ou investigadora social, facer ciencia implica (Martínez, 2013):

- a) Indagar nos documentos publicados para afianzar o que se sabe e descubrir o que se ignora.
- b) Documentarse sobre un tema buscando e avaliando a información doutras fontes.
- c) Crear e compartir coñecemento redactando traballos académicos, artigos, comunicacións, presentacións, libros etc.

- d) Citar os materiais utilizados para preparar os textos que o propio investigador ou investigadora escribe.
- e) Intervir en congresos, conferencias, seminarios, reunións científicas etc.
- f) Manterse informado sobre os novos avances en forma de publicacións.
- g) Revisar e facer recensións de artigos ou documentos que publican outros colegas.

2. OS TEXTOS CIENTÍFICOS NO TRABALLO SOCIAL.

Entendemos por literatura, documentación ou bibliografía científica, a toda información científica acreditada que presenta as seguintes características (Martínez, 2013):

- a) Está integrada por documentos que son rexistros de información ideados para a comunicación do coñecemento por parte das comunidades científicas. Téñase en conta que en non poucas ocasións adoita confundirse o contido (fonte) co soporte que a contén. O documento é o único concepto que engloba ambas as realidades na súa definición.
- b) Presenta unha tipoloxía nuns poucos xéneros coñecidos, codificados e limitados, que analizaremos brevemente neste apartado. Isto permite identificar a literatura científica de xeito rápido e fiable.
- c) O seu contido é resultado dalgunha forma de proceso editorial: quérese dicir un sistema de selección e revisión anterior á publicación, exercido por persoas ou entidades independentes dos creadores, avalados por algún mecanismo de control de calidade.
- d) O seu formato pode ser dixital ou impreso en papel.

1.1. Traballos académicos: traballo fin de grao ou fin de mestrado.

A posta en marcha do Espazo Europeo de Educación Superior modificou totalmente o mapa de titulacións, así como os requisitos para a súa obtención. No caso dos estudos universitarios de traballo social, estas modificacións foron de gran calado e responderon a unha histórica demanda do colectivo: a transformación da antiga diplomatura de tres anos (con consideración de carreira de ciclo curto) nun grao de catro anos (con consideración de licenciatura). Para obter a titulación é necesario presentar un traballo fin de grao que equivale a 6 créditos ECTS e vai acompañado de defensa oral pública perante un tribunal académico. Este tipo de proxectos viñan sendo comúns desde hai anos nas carreiras técnicas, pero non nas sociais ou humanísticas. O alumnado dos planos de estudos adaptados á

Declaración de Bolonia atópase ante unha realidade nova, que moitas veces non lles é suficientemente explicada.

A normativa da Universidade de Vigo (único centro público que imparte o grao en traballo social en Galicia) especifica que:

“O TFG estará orientado a que o alumnado amose a capacidade de integración de diversos contidos formativos e competencias asociadas ao título, axustándose ao contemplado en cada unha das memorias respectivas dos graos e á súa concreción nas guías docentes. Deberá ser realizado de xeito persoal e autónomo pola alumna ou alumno, seguindo as orientacións dunha titora ou titor académico”

(Facultade de Ciencias da Educación da Universidade de Vigo, 2012).

Polo que atinxe aos traballos fin de mestrado, seguen unha estrutura similar pero con finalidades máis ambiciosas (Rodríguez e Llanes, 2013:9-10):

- a) Corroborar unha ou máis hipóteses a través da obtención de determinados resultados acadados mediante diversas metodoloxías de recollida de datos de orde cuantitativa e/ou cualitativa que acheguen coñecemento sobre temas e ámbitos relacionados co mestrado.
- b) Elaborar unha proposta práctica ou innovadora que responda a unha necesidade detectada nun sector profesional concreto. O documento debe ser verosímil e reunir os requisitos de contido e forma propios dos que se entregarían nun ámbito laboral de referencia.
- c) Achegar unha reflexión crítica sobre os aspectos teóricos do coñecemento ou sobre o que se traballase no Practicum.

En moitas ocasións, a meirande complexidade dos traballos fin de mestrado fainos susceptibles de seren posteriormente publicados en distintos formatos: como artigos de revista, ensaios, informes de investigación, propostas de innovación ou de produto.

As universidades adoitan editar guías propias cos requisitos mínimos que deben cumprir este tipo de traballos. Un deles adoita ser a limitación máxima de páxinas e a adopción obrigatoria dunha estrutura básica predefinida:

- 1. Marco teórico/xustificación:** introduce o tema e presenta os motivos da súa escolla, así como as achegas que se pretenden facer a través do seu desenvolvemento. Responde a preguntas como: que tema se vai tratar e por que?, cal é a situación previa que motivou a elección e que se pretende acadar co proxecto presentado?

2. **Obxectivos da investigación:** que se vai estudar ou propoñer? Con que ferramentas? Recoméndase formular un obxectivo xeral (global) e logo dous ou tres máis específicos (instrumentais). Deben ser realistas e medibles. Calquera cambio ou reformulación do tema deberá ter o seu reflexo nos obxectivos e viceversa.
3. **Formulación/proxecto:** o corpo da investigación. Explícase detalladamente a proposta, así como a metodoloxía e medios (materiais, económicos e humanos) necesarios para a súa realización. É recomendable incluír tamén algún tipo de instrumento de avaliación. Debe ser viable, é dicir, presentarse tal e como o seu autor ou autora o faría antes da súa posta en marcha real.
4. **Conclusións/prospectiva:** este apartado serve para explicar as melloras ou avances agardados, así como os riscos ou dificultades que poidan xurdir, e propoñer estratexias para superalos. Dependendo da natureza da proposta, tamén se pode esixir que se faga unha valoración do proxecto a medio prazo, as posibilidades de mellora, posibles vías futuras de investigación a partir del etc. Hai que adoptar unha perspectiva honesta: toda creación humana ten posibilidades e limitacións, polo que convén reflectir ambas con corrección e humildade.
5. **Referencias bibliográficas:** listaxe de referencias utilizadas ao longo do TFG/TFM, normalmente seguindo un estilo de citación previamente indicado pola universidade onde se defenderá.
6. **Anexos (de ser o caso):** material adicional que pola súa natureza non debe ser incluído en texto. É moi variado: cuestionarios, enquisas, modelos de entrevista, materiais didácticos, materiais de traballo, fotografías, calendarios de actividades, planos, permisos, documentación xurídica etc.

Non existen métodos de aplicación universal, pero si é necesario saber como formular axeitadamente unha busca de información que permita afrontar con éxito a realización dun TFG/TFM. Para os universitarios e universitarias de hoxe en día, buscar información académica equivale case exclusivamente a recorrer a Google Scholar. Pero confiar nun único recurso é un erro. A elaboración é un proceso que debe incluír múltiples fontes mediante unha planificación en etapas:

- a) Delimitar o tema obxecto da investigación. Non se debe subestimar ningunha fonte de inspiración: carencias detectadas durante o practicum, experiencias propias, casos concretos da súa contorna que lle gustaría resolver/mellorar, procesos que se poden abordar de xeito máis eficiente... Debe ser atractivo e estar conectado cos

intereses do alumnado, xa que a motivación é un condicionante fundamental da nota final. O ideal sería preseleccionar varias posibilidades e comentalas co titor ou titora ao inicio do proceso.

- b) Escoller termos de busca axeitados a ese tema. Este paso é vital, porque nos permitirá aforrar tempo durante a busca ou supoñer dificultades engadidas. Canto máis afinemos, menos posibilidades de ruído ou silencio documental atoparemos.¹ Convén escoller tamén termos equivalentes en inglés e realizar buscas en ambos os idiomas. Temos que prever a posibilidade de que algún recurso interesante non estea traducido.
- c) Seleccionar ferramentas de procura e executala. As ferramentas de procura poden ser buscadores xeneralistas (tipo Google) ou específicos por temas (bases de datos bibliográficas). Algúns poden ser de pagamento. Por iso convén valerse dos recursos e o asesoramento dispoñibles na biblioteca universitaria, que dispoñen de licencias de acceso aos principais subministradores de literatura científica e abrirán o espectro de posibilidades.
- d) Avaliar os recursos que se atoparon e reunilos axeitadamente. Hai que anotar que é normal non atopar todo o necesario nas primeiras procuras, polo que as reorientacións de busca son frecuentes. Os procesos de localización requiren certo detemento. Unha recompilación de recursos pode verse no artigo de Álvarez Antón (1990), aínda que, pola súa data de publicación hai máis de vinte anos, require de actualización (sobre todo no que atinxe a recursos en formato electrónico). Canto mellor e máis pertinente sexa a nosa procura, máis partido lle sacaremos logo ao proceso de redacción do TFG/TFM.
- e) Utilizar técnicas para a recompilación, organización e uso da información contida nas fontes (ver subapartado 3.5).
- f) Redactar o texto. Engadir introdución, conclusión e índices. Revisar a versión preliminar, repasar e pulir estilo (ver apartado 3 en xeral).
- g) Preparar a defensa oral. Convén discutir previamente co titor ou titora posibles preguntas a formular polo tribunal. Mellora a autoconfianza do alumnado, axuda a controlar a ansiedade e causa boa impresión.

¹ Entendemos por ruído documental a recuperación de moitos documentos non relevantes para unha procura documental determinada. O silencio documental refírese a aqueles documentos relevantes existentes nun catálogo ou base de datos dada, que non son recuperados para unha busca determinada. Ambas as situacións son síntomas de que a estratexia de procura está desaxustada. De aí a importancia de formar o alumnado e os investigadores e investigadoras sociais en nocións de localización documental avanzada.

Para rematar este apartado gustaríanos referirnos brevemente á ética científica. A importancia de realizar axeitadamente un TFG/TFM co seu correspondente sistema de referencias vai máis aló de caprichos formais ou desexos de aumentar as posibilidades de obter unha mellor cualificación final. Trátase tamén de utilizar a información dun xeito ético, respectando os dereitos de propiedade intelectual e sendo xustos e honestos. Na seguinte táboa contraponemos que se considera aceptable nun TFG/TFM e que non:

TÁBOA 3: COMPORTAMENTOS EN RELACIÓN Á ÉTICA CIENTÍFICA NUN TFG/TFM DE TRABALLO SOCIAL	
Está permitido...	Está prohibido...
<input checked="" type="checkbox"/> Obter copias privadas doutros traballos para uso persoal (lectura, subliñado, arquivado etc.)	<input checked="" type="checkbox"/> Distribuír, copiar ou vender na rede documentos alleos para os que se carece permiso ou licenza
<input checked="" type="checkbox"/> Reproducir no TFG/TFM fragmentos máis ou menos amplos doutros traballos, citando a procedencia e distinguíndoos claramente da redacción propia	<input checked="" type="checkbox"/> Inserir textos, datos ou imaxes alleos sen usar comiñas, sen citar a procedencia ou sen incluír a fonte (plaxio ou copia)
<input checked="" type="checkbox"/> Facer unha recensión, resumir ou criticar ideas alleas (citando a procedencia) sempre que sexa pertinente e proporcional ao tema do TFG/TFM	<input checked="" type="checkbox"/> Inserir imaxes con fins meramente ornamentais
<input checked="" type="checkbox"/> Inserir referencias ou hipervínculos a documentos web externos	<input checked="" type="checkbox"/> Encargar ou adquirir textos a terceiros (suplantación de autoría)
Fonte: Readaptado de Martínez (2013):128	

1.2. Artigo científico

Documento cuxo obxectivo é difundir de xeito claro e preciso, nunha extensión regular, os resultados dunha investigación realizada sobre un área determinada do coñecemento. Posúe múltiples funcións no ámbito académico, entre elas mellorar a comunicación e a difusión dos resultados.

TÁBOA 4. TIPOLOXÍA DE ARTIGOS CIENTÍFICOS EN TRABALLO SOCIAL	
De investigación empírica	Informes de investigacións orixinais, relevantes desde o punto de vista académico e social. Inclúen información sobre a mostra empírica e a metodoloxía empregadas para obter os resultados.
De revisión ou metaanalíticos	Avaliacións exhaustivas e críticas do material xa publicado sobre un tema. Clarifican o problema, sintetizan investigacións previas, e identifican contradicións, lagoas ou inconsistencias na literatura científica. Adoitan propoñer suxestións para o avance na resolución do problema.
Teóricos	Análise da consistencia interna e externa de teorías xa existentes ou achega de novas teorías.
Metodolóxicos	Aproximacións metodolóxicas novas, modificacións de métodos previos ou discusións sobre enfoques cuantitativos e análise de datos.
Estudos de caso	Descrición dos resultados obtidos no traballo realizado con individuos ou organizacións concretas. Require permiso por parte destes e adoita esixir respecto á confidencialidade dos/das participantes.
Fonte: Elaboración propia a partir de AACP (s.d.)	

Estrutura básica dun artigo científico:

- a) **Título.** Claro e con boa sintaxe. Debe especificar con exactitude o que se aborda no traballo. Recoméndase non incluír abreviaturas, nomes propios, fórmulas químicas ou modismos.
- b) **Autores.** Os seus nomes van tras o título de forma secuencial, separados por comas. Asímesse que o primeiro autor foi quen realizou a maior parte da investigación e que é o produtor da idea. Despois del noméanse as persoas que colaboraron de maneira crucial no proxecto. Ás veces a orden non denota prelación.
- c) **Resumo/abstract.** Información clave de cada sección do traballo, utilizada decote polo lector como ferramenta para decidir sobre a lectura completa. Non adoitan exceder de 250-300 palabras, cunha versión idéntica en inglés (*abstract*).
- d) **Introdución.** Antecedentes do problema que contextualicen o motivo polo cal se realizou a investigación descrita. É aconsellable facer unha revisión das fontes bibliográficas para orientar o lector, e establecer o método empregado na indagación. Pódese aludir moi brevemente aos resultados.
- e) **Materiais e métodos.** Datos necesarios para a repetición do experimento ou investigación cun mínimo erro. Inclúe información precisa dos materiais que se empregaron e as condicións baixo as que se traballou. O método debe describirse detalladamente só se non é universalmente coñecido.

- f) **Resultados.** É a parte máis importante, posto que se trata de coñecemento novo. Debe ser curta e non repetir ningunha información xa dada noutras partes do artigo. Os datos deben estar axeitadamente organizados; para isto poden utilizarse gráficas e táboas de apoio. Debe incluír un pé coas fontes. Se son enteiramente orixinais indícase *Elaboración propia*. Se inclúen algún tipo de material auxiliar, deberá citarse tamén, cunha referencia do tipo *Elaboración a partir de/Reelaboración*, e mais o autor e o ano do material en cuestión.
- g) **Notas.** Engaden información secundaria, aclaran conceptos e achegan veracidade e autoridade ao traballo. Permítenlle ao lector localizar as fontes utilizadas e son una mostra de ética científica.
- h) **Referencias.** Listaxe alfabética da bibliografía citada ao longo do artigo.

Opcionalmente, poden existir ademais dous apartados que non se consideran esenciais: referímonos á discusión e aos agradecementos. A discusión adoita darse en ámbitos como a física, a bioloxía ou a medicina. Nalgunhas disciplinas, a aceptación dun texto científico por parte do comité avaliador pode depender case por completo da discusión, xa que a súa función é explicar habilmente o que se obtivo cos resultados: implicacións a curto e longo prazo, evidencias nas que se basean etc. Os agradecementos buscan recoñecer a quen dese algunha idea que logo foi tomada en consideración, aos colegas que revisaron versións preliminares do orixinal e en xeral a aquelas persoas que facilitasen o traballo do investigador ou investigadora. Ten que ser breve. As mencións persoais están admitidas se son poucas (dúas ou tres). En caso contrario, prefírese algunha fórmula xenérica de agradecemento que garanta a brevidade sen xerar agravios.

1.3. Recensión bibliográfica

Exposición breve dun acontecemento ou libro, que se considera de interese para un determinado ámbito científico. Permite achegarse ás últimas novidades bibliográficas dunha disciplina dun modo concreto. Pode ser de dous tipos:

- a) **Descritiva:** informa brevemente dos aspectos máis destacables, sen emitir xuízos ou valoracións. Adoita usarse para crónicas de xornadas, reunións, presentacións, conferencias etc.
- b) **Crítica ou valorativa:** a máis usual nas revistas científicas, que se realizan entre profesionais. Achega xuízos e valoracións acerca do contido dunha obra bibliográfica. Fai comparacións con outras obras sobre ese mesmo tema, discute a validez de datos, xuízos, enfoques e tratamentos, e procura sempre a obxectividade e o equilibrio.

A modo de introdución, recoméndase mencionar algún dato biográfico sobre o autor e a obra (p. ex. se é unha ópera prima, unha tese de doutoramento, o traballo de alguén consagrado, a culminación dunha carreira, etc.). Tamén cabe comentar algo sobre a editorial (se é especializada na materia ou de divulgación), o carácter da obra (de investigación, de difusión) ou o público a quen vai dirixida (especializado ou xeral).

Esencialmente, facer unha recensión implica en primeiro lugar resumir a obra, comentar seu contido, a súa intención, o marco tópico e cronolóxico que abarca, a materia, así como calquera elemento que se considere relevante para introducir o lector ou lectora de forma rápida no tema que se trata. Explicar a achega máis relevante do libro, o mérito da idea do autor ou a teoría que defende, e comentar se é realmente nova.

A recensión tamén implica comentarios formais: como se estrutura a obra (número e título dos capítulos) e a bibliografía (p. ex. se é completa ou se está actualizada). Nos casos nos que conteña imaxes ou láminas, debe mencionarse o seu formato (debuxos, fotografías, esquemas...), así como o número de páxinas que ocupan. Tamén hai que indicar se conta con índices onomásticos, topográficos ou de materias. É importante coidar a redacción, para que non pareza unha simple listaxe de datos inconexos.

As suxestións ou críticas serán sempre construtivas, para evitar que o comentario pareza un laudo ou un ataque inxustificado á obra. Por exemplo, é interesante incluír se se considera que o autor é parcial e está omitindo información, ou se se bota en falta certa bibliografía ou mención nalgún terreo. En calquera caso, convén sacar conclusións ou xustificar calquera achega que faga recomendable a obra. Aмосa cortesía e respecto polo esforzo alleo.

Facer a recensión para revistas científicas require práctica e un dominio máis ben amplo do tema en cuestión. Dous erros moi comúns son a paráfrase constante e a erudición innecesaria. Poden evitarse se temos en conta que a utilidade de toda recensión reside precisamente en presentar unha novidade con concisión, non en amosarlles a outros colegas o noso dominio do tema. Así, é preferible narrar os contidos de forma resumida con expresións propias. Se procede algunha cita textual, deberá ser curta, entre comiñas e con mención de páxina.

3. ESTRATEXIAS DE REDACCIÓN CIENTÍFICA

3.1. Cuestións previas

Reflexionar primeiro sobre que se vai falar e que se vai escribir. Pode parecer unha obviedade, pero hai que ter en conta que facer escritura científica non combina ben coa precipitación. Require tempo, método e

documentación. O momento da redacción adoita ser a parte final dun proceso que comezou moito antes. Para aclarar ideas, mesmo é útil verbalizalas explicando a un colega que se pretende. Esquematizar que se vai contar e en que orde. Dispoñer dun esquema previo permitiranos ter claras as ideas e obxectivos en todo momento, facilitando a distribución das secuencias de traballo e a reorientación da investigación no caso de que sexa preciso.

3.2. Elección das palabras clave

As palabras clave (*keywords*) son as palabras ou termos máis representativos do contido dun documento. O seu número é variable (entre 3 e 6, normalmente), e teñen un valor puramente documental. Van sempre despois do resumo. Os servizos bibliográficos empréganas para facer a indexación: clasificar un artigo de acordo cun tema ou materia concretos. Trátase dunha técnica de análise documental para representar e describir o contido dos documentos, mediante os conceptos principais que aparezan neles, co fin de guiar o usuario na recuperación dos documentos. Deben ser precisas (pouco xenéricas) e pertinentes (axeitadas ao ámbito de estudo). Ás veces é preciso adxectivalas, pois, como vimos, as confusións terminolóxicas non teñen cabida na linguaxe científica. Exemplos de pertinencia serían: se nos referimos exclusivamente a nenos no ámbito legal é apropiado usar *menores*; no ámbito da dependencia, especificar se cando nos referimos a coidados, estes son *formais ou informais*. Tamén debemos ter presente que traspasar termos dunha lingua a outra non é tarefa sinxela: debemos esforzarnos por buscar o equivalente científico real na outra lingua na que presentamos o resumo (normalmente o inglés). Un exemplo moi claro é a tradución de coidador: en inglés é *caregiver* (=persoa que coida doutra), nunca *caretaker* (=conserxe ou coidador dun edificio). A semellanza entre palabras pode non ser equiparable respecto aos significados.

Entendemos por relevancia documental a capacidade de satisfacer una necesidade de información, determinada nunha pregunta ou ecuación de procura. A elección das palabras clave é fundamental para convertelo nun recurso documental relevante e asegurar a súa correcta recuperación.

3.3. A importancia do formato e a tipografía

As tipografías máis recomendadas polas revistas científicas son Arial ou Times New Roman a tamaño 12 puntos. Resultan preferibles as de pau seco (sen remates ou *serifas*), porque son máis limpas e lexibles para o formato de escritura mediante procesador de texto.

Deixar marxes de 2,5 cm, agás que a publicación esixa outra cousa. Unha boa marxe transmite sensación de limpeza, claridade e orde. Se imprimimos en borrador, convén amplialas máis (3-4 cm) para facer anotacións e correccións antes de realizar a versión definitiva. Normalmente úsase o interliñado sinxelo, salvo que a revista esixa o dobre.



Imaxe 1. Algunhas tipografías de pau seco

O título debe ser conciso: que resuma ben o traballo. Se é necesario ampliálo, utilizar o punto e seguido ou os dous puntos. O ideal é non superar as dúas liñas. Un título excesivamente amplo confunde e xera sensación de caos. Non resulta apropiado para contextos de información especializada. Para a autoría, os datos básicos son nome e apelidos, e debaixo, institución á que pertence o autor ou autora. No caso de autorías múltiples, acordárase a orde de prelación entre os autores. Hai publicacións que esixen a orde alfabética por apelido, sen denotar prelación.

Deixar sempre espazo en branco entre os datos de autoría e o resumo ou inicio do corpo do texto.

3.4. As referencias e a bibliografía final

Todo texto científico debe presentar referencias, isto é, unha listaxe codificada de todas as fontes utilizadas para a confección do coñecemento novo que se vai achegar. Así non só se ofrece o aval doutra información pertinente, senón que lle damos ao lector a posibilidade de consultar esas fontes pola súa conta. Entendemos por referencia bibliográfica a “descrición dun documento, cos datos necesarios para identificalo (título, autores, data, editorial, formato, códigos etc.), estruturada e normalizada para que un conxunto de varias sexa intelixible” (Martínez, 2013:148). Existen multitude estilos de citación para elaborar referencias (Vancouver, Turabian, Harvard, MLA, IEEE etc.), e algúns deles son privativos para determinados ámbitos de coñecemento. Polo que atinxe ás ciencias sociais, o estilo de referencia é o da American Psychological Association (APA), fundada en 1952².

Os beneficios de compartir un mesmo código normalizado e revisado periodicamente por un organismo recoñecido no ámbito internacional son (Aguiar, 2012 e AACP, s.d):

² A última edición oficial do manual, así como exemplos de citas e listaxes de referencias bibliográficas está dispoñible en: <http://www.apastyle.org/>

- a) Normativiza o xeito de presentar información: equipara as pautas para a comunicación clara e precisa das ideas e datos.
- b) Permite unha mellor organización da información.
- c) Aforra tempo e facilita o acceso e consulta das fontes orixinais para os lectores que o desexen.
- d) Mellora as habilidades de escritura e comunicación científica en xeral.
- e) Contribúe á socialización profesional dos membros dunha mesma comunidade científica.

Toda norma de citación comprende dous estándares: a elaboración de referencias no texto (autor-data) e a bibliografía (referencias bibliográficas finais). Ambos van sempre asociados e deben respectarse de forma homoxénea para todo o texto científico. Un exemplo de referencias de acordo co estilo APA pode consultarse ao final deste artigo.

3.5. A documentación no traballo social e o seu tratamento técnico

A documentación no traballo social resulta ser un conxunto heteroxéneo. Malia todo, as ferramentas para extraer, tratar e organizar a información documental están lonxe de ser cuestións menores, pois

“(...) aínda que a documentación profesional se erixe fundamentalmente como instrumento de axuda aos usuarios, tamén por este motivo se asocia ao rigor e profesionalidade daquel que a utiliza. Con isto queremos dicir que a documentación do traballo social contribúe significativamente a configurar a representación social da profesión, a formar unha imaxe colectiva”

(Goñi, 2008:185).

Sen ánimo de exhaustividade, na seguinte táboa recollemos unha síntese dos distintos tipos de documentos que poden utilizarse no traballo social. Algúns deles non son especificamente científicos pero son instrumentos para o desenvolvemento da labor profesional dun traballador ou traballadora social, e polo tanto entendemos que deben incorporarse igualmente por formar parte dun corpus documental específico e ben delimitado.

TÁBOA 5. TIPOS DE DOCUMENTOS NO TRABALLO SOCIAL		
Tipo	Definición	Características básicas
Historia social	Documento de rexistro exhaustivo de todos os datos que atinxen a un caso	<ul style="list-style-type: none"> • Conformado por múltiples documentos (documentos persoais, informes sociais, fichas de seguemento...) • Vivo e aberto ao proceso de traballo do investigador ou investigadora
Informe social	Ditame técnico explicativo, emitido por un traballador ou traballadora social despois de avaliar un caso determinado, coa fin de acadar obxectivos concretos	<ul style="list-style-type: none"> • Veracidade dos datos • Precisión terminolóxica • Confidencialidade • Oportunidade da emisión, para promover recursos e garantir eficacia
Xenograma	Instrumento de análise e organización da información dun sistema familiar a tres xeracións	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio metodolóxico de primeira orde • Permite sistematizar relacións, apegos e conflitos
Rexistro de entrevista	Ficha cos datos máis significativos dunha entrevista, para elaborar posteriormente estudo máis profundo dun caso	<ul style="list-style-type: none"> • Permite rexistrar a situación actual, as súas demandas e as posibles solucións • Debe incluír as apreciacións do investigador ou investigadora social
Folla de seguemento	Ficha para rexistrar os cambios dun caso ou realidade baixo atención do traballador ou traballadora ou investigador ou investigador social	<ul style="list-style-type: none"> • Sistematiza xestións ou procedementos relacionados cun mesmo caso de estudo • Garante control sobre múltiples suxeitos de investigación
Ficheiro de recursos	Recompilación de documentos útiles para o desenvolvemento de tarefas académicas, profesionais ou de atención a usuarios	<ul style="list-style-type: none"> • Actualización periódica • Predominio do formato electrónico accesible vía web, máis rápido e barato
Memoria	Documento realizado para avaliar o traballo realizado durante un período determinado e planificar accións futuras	<ul style="list-style-type: none"> • Achega perspectiva xeral e permite avaliar a relación entre necesidades atendidas e recursos utilizados • Permite planificar e realizar accións de mellora continua

Fonte: Elaboración propia a partir de Goñi (2008): 186-222

Para rematar, unha síntese dos instrumentos máis usuais de investigación social e as súas técnicas básicas de tratamento da información aparecen na táboa baixo estas liñas:

TÁBOA 6. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL			
Técnica	Observación directa	Enquisa	Documentación ou investigación bibliográfica
Descrición			
Que é?	Observación intencional e planificada de situacións e contextos para o seu posterior análise	Procedemento estandarizado de recollida de información (oral ou escrita) dunha mostra representativa da poboación estudada	Procedemento de recollida de datos bibliográficos ou de arquivo sobre as informacións reunidas por outros autores ou autoras sobre o obxecto de estudo.
Cando se utiliza?	Para recoller modos concretos de comunicación e comportamento social no presente	Para obter medicións cuantitativas de características obxectivas ou subxectivas da poboación estudada	Para familiarizarse co obxecto de estudo, o coñecemento previo sobre el e as metodoloxías xa probadas
Estratexias básicas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concretar o obxecto e situación que se vai observar. 2. Establecer os obxectivos da observación 3. Establecer os instrumentos de rexistro de datos 4. Observar de xeito crítico. 5. Rexistrar datos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Delimitar o obxecto de estudo e as unidades de análise (universo e mostra) 2. Deseñar o cuestionario 3. Validar o cuestionario (pre-test) 4. Codificar o cuestionario 5. Traballo de campo e gravación de datos 6. Análise de datos. 7. Redactar o informe 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seleccionar o tema de estudo e amplitude cronolóxica 2. Planificar e executar buscas documentais 3. Realizar fichas bibliográficas de baleirado de datos 4. Sistematizar as fichas bibliográficas 5. Analizar os resultados de xeito crítico. 6. Redactar as conclusións
Vantaxes	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Permite observar comportamentos nunha situación determinada <input checked="" type="checkbox"/> Permite valorar nocións subxectivas 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Amplitude de cuestións para abordar <input checked="" type="checkbox"/> Resultados susceptibles de xeneralización e facilmente comparables 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Apoia o deseño e realización de calquera estudo <input checked="" type="checkbox"/> Posibilita a análise comparativa entre sociedades diferentes <input checked="" type="checkbox"/> Implica un importante aforro económico <input checked="" type="checkbox"/> Non hai risco de condutas reactivas
Desvantaxes	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Interpretacións subxectivas por parte tanto do actor como do investigador ou da investigadora <input checked="" type="checkbox"/> Importancia dos roles e as expectativas sociais no desenvolvemento da observación 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Non é axeitada para poboacións con dificultades para a comunicación verbal <input checked="" type="checkbox"/> Distorsións pola presenza do entrevistador ou entrevistadora <input checked="" type="checkbox"/> Unha enquisa ampla é complexa e custosa 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Limitación de dispoñibilidade (acceso restrinxido, imposicións legais, etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Falta de homoxeneidade da información

Fonte: Elaboración propia a partir de Gallo (2008): 99-106.

3.6. Estratexia de elaboración dun texto científico

Primeiro paso: plan de investigación. Especificar o tema, tese de partida e método de traballo. Reunir as fontes e clasificalas debidamente para o seu uso. Toda fonte, dato ou material debe estar sempre localizable, para axilizar o traballo. Unha boa organización previa permite gañar tempo e eficacia.

Segundo paso: redacción primaria preliminar (borrador). Redacción do corpo do traballo. Utilizar unha versión con marxes máis amplas do normal, para anotacións. É recomendable comezar a escribir polo tema central da investigación, deixando para o final a introdución e os resultados (convén ter perspectiva global á hora de redactar estes apartados). Nuna listaxe á parte, ir anotando alfabeticamente todas as referencias no momento de utilizalas, así terémolas sempre dispoñibles (se son abondosas, pode ser útil servirse dun xestor de referencias³). Repasar os títulos de apartados e subapartados. Facer un resumo preliminar e pensar as palabras clave. É mellor seleccionar varias e logo proceder por eliminación. Este paso pode presentar dificultades dado o seu carácter puramente técnico. En caso de dúbida, o mellor é acudir a unha biblioteca universitaria, onde nos orientarán sobre os termos máis representativos do noso texto científico.

Terceiro paso: revisión do borrador. Repasar ortografía, sintaxe, erratas etc. e facer varias lecturas minuciosas para pulir detalles. Pedir a colaboración dun colega ou compañeiro ou compañeira que poida achegar a súa visión e facer correccións ao traballo. Reformular o título, se procede. Durante o proceso de elaboración, o investigador ou investigadora adoita verse absorbido polo propio traballo intelectual. Convén “desconectar” do tema polo menos unhas horas, co obxectivo de ter a mente clara á hora de abordar a versión final. Tamén é importante controlar o estrés.

Último paso: redacción da versión final. Teranse en conta as achegas dos revisores ou revisoras. Nesta fase agregaremos as referencias, o título definitivo, o resumo e os agradecementos (se os houbese). Darlle formato definitivo ao texto seguindo as normas da publicación á que desexemos envialo. Revisar de novo a ortografía e as erratas. Convén empregar tempo nestas cuestións que a priori poden parecer menores: un tema innovador e atractivo perde totalmente a súa potencialidade cunha redacción deficiente.

No caso de que o artigo non sexa aceptado para a súa publicación (algo plausible sobre todo ao principio da produción investigadora), non debe tomarse como un ataque persoal, senón como unha oportunidade de mellora. Recoméndase revisalo de novo e introducir modificacións antes de tentar

³ Ferramentas informáticas que permiten crear, manter, organizar e compartir referencias bibliográficas a partir de distintas fontes de información. Así mesmo poden crear citas e repertorios bibliográficos automatizados seguindo un estilo de citación determinado segundo as necesidades do usuario ou usuaria. Un exemplo con software de código aberto é Zotero: <https://www.zotero.org/>. Para outros xestores, véxase Izeta Permisán (2008): 247-248.

envialo a outra revista. Moitos erros proveñen da precipitación: investigar é unha carreira de fondo que precisa tempo e coidado. A coherencia é un valor fundamental, e hai que pensar a medio e longo prazo e con claridade de ideas.

4. CONSIDERACIÓNS FINAIS

O constante desenvolvemento da ciencia e da técnica, unido ao complexo e cambiante mercado laboral converteron a aprendizaxe permanente nunha actitude interiorizada e habitual de xerar interrogantes e buscar respostas ou alternativas, de procesar información e convertela en coñecemento. E todo isto nun contexto no que se constatan innumerables fendas que configuran as diferenzas de infraestruturas, de formación, de poder adquisitivo, e mesmo da propia conciencia que ten unha persoa sobre a súa necesidade de estar informado.

A Alfabetización Informacional (ALFIN) é un concepto integrador dos alfabetismos necesarios para formar os cidadáns na aprendizaxe ao longo da vida, e implica o desenvolvemento das habilidades e estratexias no acceso á información, e o seu manexo eficaz. Por unha banda refírese á capacidade individual de saber cando e por que se precisa información, onde atopala e como avaliala, utilízala e comunicala de xeito ético. Por outra, conforma un proceso de instrución cuxa finalidade esencial é que un individuo sexa quen de resolver problemas e tomar decisións mediante a procura, comprensión, avaliación e comunicación de información. A finalidade última da ALFIN é a aprendizaxe ao longo da vida, integrando competencias nun novo multialfabetismo que aparece sintetizado como segue:

TÁBOA 7: APTITUDES DO INVESTIGADOR OU INVESTIGADORA SOCIAL ALFABETIZADO EN INFORMACIÓN	
Ámbito	Coñecementos, procedementos ou actitudes
Economía da información	Dereitos de acceso Prezos e outros condicionantes que inflúen sobre a información
Cambios técnicos	Obxectivos de información Hábitos e necesidades de información
Cultura e contorno	Estratexias de xestión da información Estilos de xestión da información
Fonte: Elaboración propia	

Saber expresar e comunicar resultados científicos resposta a unha demanda social de carácter global. Posúe unha gran carga de educación en valores para potenciar actitudes e comportamentos éticos relacionados coa información (en temas como o plaxio ou a propiedade intelectual) así como a valoración e respecto do seu persoal e os seus espazos. Tamén facilita e mellora as relacións interpersoais, mediante a aprendizaxe de novas formas de comunicación e difusión de ideas, con plena conciencia das súas ameazas e riscos.

Escribir ben require tempo, práctica, hábito lector e presenta certo compoñente innata. Pero documentarse e facer escritura científica son procesos que teñen as súas propias estratexias e se poden aprender. As novas tecnoloxías colócanos nunha era da *hiperinformación* que lle afecta forzosamente ao modo de traballo do científico ou científica social. A docencia universitaria debe ser permeable a estes cambios. Cales son as novas habilidades que precisa o científico ou científica ou traballador ou traballadora social, e que deben ser transmitidas para responderlles aos desafíos do futuro? Na nosa opinión, poden sintetizarse como segue:

1. **Formarse para informarse:** aprender a obter recursos fiables para abordar calquera tema resulta un requisito fundamental para producir investigación de calidade. A nosa experiencia docente amósanos que moi poucos alumnos ou alumnas de nivel universitario que posúen unha estratexia de información antes de abordar un traballo académico, o cal ten incidencia directa nos seus resultados. Os programas de ALFIN impartidos por bibliotecas universitarias son un paso á fronte neste sentido.
2. **A información é poder, pero tamén é estratexia:** se hai técnicas para investigar, tamén debe existir un método para xestionar a información. Integrar aspectos que ata agora se consideraban inútiles ou tanxenciais (como a xestión e prezos de acceso á información, tipos de licencias gratuítas etc.) proporciona unha visión máis global, e xa que logo, maior liberdade para tomar decisións conscientes.
3. **Técnicas máis depuradas de análise:** a sobreabundancia de fontes semella restarlles valor. Por iso o científico ou científica social debe afinar as técnicas interpretativas para sacarlles proveito. Os datos illados non comunican nada; sen datos non hai información, pero o coñecemento implica e esixe *construír* a orixinalidade necesaria para facer avanzar a disciplina.
4. **Aprendizaxe de novas formas de comunicación e difusión de ideas,** sen cingirse a unha noción unívoca de fonte, pero tamén con plena consciencia dos seus riscos (uso indebido, manipulación, distorsións estatísticas etc.).
5. **Propiciar nas novas xeracións de titulados ou tituladas sociais hábitos e actitudes que manteñan a inquedaanza por aprender (*lifelong learning*).**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR FERNÁNDEZ, F. X. (2012). “Por que é importante adherirnos a un estilo bibliográfico?: o manual da APA”. *Fervenzas. Revista Galega de Traballo Social*, 14, 124-130.
- ÁLVAREZ ANTÓN, J. R. (1990). “Fuentes de documentación de Trabajo Social y Servicios Sociales”. *Documentación Social*, 79, 245-276.
- American Psychological Association (2014). *APA Style*. Recuperado de: <http://www.apastyle.org/>
- Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica: (s.d.). *Guía introductoria de redacción científica*. Buenos Aires: AACP-COBAND, Departamento de Publicaciones.
- GALLO RODRÍGUEZ, L. (2008). Técnicas para la obtención, elaboración y proceso de la información. En Guinot Viciano, C. (coord.): *Métodos, técnicas y documentos utilizados en Trabajo Social* (99-108). Bilbao: Universidad de Deusto.
- GOÑI AGUDO, M.^a J. (2008). “Documentación en Trabajo Social”. En Guinot Viciano, C. (coord.): *Métodos, técnicas y documentos utilizados en Trabajo Social* (185-222). Bilbao: Universidad de Deusto.
- IZETA PERMISÁN, E. (2008). “Técnicas de registro y análisis bibliográfico”. En Guinot Viciano, C. (coord.): *Métodos, técnicas y documentos utilizados en Trabajo Social* (239-248). Bilbao: Universidad de Deusto.
- MARTÍNEZ, L. J. (2013). *Cómo buscar y usar información científica. Guía para estudiantes universitarios*. Santander: Biblioteca de la Universidad de Cantabria.
- NOVELLE LÓPEZ, L. (2014). *5 claves para buscar y usar información científica*. Recuperado de: <http://www.biblogtecarios.es/lauranovelle/5-claves-para-buscar-y-usar-informacion-cientifica/>
- RODRÍGUEZ, M.^a L. E LLANES, J. (Coords.) (2013). *Cómo elaborar, tutorizar y evaluar un Trabajo de Fin de Máster*. Barcelona: Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya.
- RUSELL, J. M. (2001). La comunicación científica a comienzos del siglo XXI. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 168, 1-15.
- Universidade de Vigo (2012). *Normativa do Traballo Fin de Grao da Facultade de Ciencias da Educación. Universidade de Vigo, Campus de Ourense* Recuperado de: http://educacion-ou.webs.uvigo.es/educacion-ou/web/files/Documentos/Estudos/tfg/Normativa_TFG_Ourense_aprobada_XF_08-05-12.pdf

- URIBARRI, I. (s.d.). La comunicación científica en la sociedad de la información. *ITAES*, 9(2), 23-29

O TRABALLO SOCIAL SANITARIO NA ATENCIÓN PRIMARIA DE SAÚDE NO REINO UNIDO E EN ESPAÑA

Concepción Vilas Fernández.

Traballadora social no Servizo de Atención Primaria de Saúde de Moaña

RESUMO:

O traballo social sanitario na atención primaria de saúde abórdase de xeito diferente nos países de tradición anglosaxona con respecto aos países de tradición latina. Esta diferenza é palpable ao analizar dous países como son, España e Reino Unido. Neste traballo, a través dunha revisión bibliográfica sobre a evolución desta situación, estudaranse as diferenzas e semellanzas da organización do traballo social na atención primaria de saúde. O obxecto é coñecer como unha forma diferente de abordar unha realidade biopsicosocial inflúe á hora de mellorar a coordinación de dous sistemas tan importantes como son o sistema sanitario e o sistema social.

PALABRAS CLAVE:

Traballo social sanitario, atención primaria de saúde, traballo social e saúde.

RESUMEN:

El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud se aborda de manera diferente en los países de tradición anglosajona con respecto a los países de tradición latina. Esta diferencia es palpable al analizar dos países como son, España y Reino Unido. En este trabajo, a través de una revisión bibliográfica sobre la evolución de esta situación, se estudiarán las diferencias y similitudes de la organización del trabajo social en la atención primaria de salud. El objeto es conocer cómo una manera diferente de abordar una realidad biopsicosocial influye a la hora de mejorar la coordinación de dos sistemas tan importantes como son el sistema sanitario y el sistema social.

PALABRAS CLAVE:

Trabajo social sanitario, atención primaria de salud, trabajo social y salud.

ABSTRACT:

Medical social work in primary health care is treated differently in Anglo-Saxon tradition countries compared to Latin tradition countries. This difference is obvious when analyzing two countries such as Spain and United Kingdom. Through the revision of the bibliographic literature about the evolution of this situation, the aim of this project is to analyse both the differences and similarities in the organization of social work study at primary health care. The main aim is to know how a different approach to a specific biopsychosocial situation is relevant when trying to improve the coordination of two important systems such as the health system and the social system.

KEYWORDS:

Medical social worker, social work in medical setting, primary health care.

I. INTRODUCCIÓN

O traballo social sanitario é o que se exerce dentro do sistema sanitario, na atención primaria, a atención sociosanitaria ou a atención hospitalaria (Colom, 2010b). Mediante a realización dunha revisión bibliográfica, preténdese profundar no coñecemento do traballo social sanitario que se realiza concretamente, na atención primaria de dous sistemas nacionais de saúde como son España e Reino Unido.

A actividade profesional do traballo social discorreu por camiños diferentes en función das políticas desenvoltas en cada país. En Reino Unido, por exemplo, coa aprobación da Local Authority and Social Services Act 1970 que é a lei británica da autoridade local e servizos sociais, os traballadores sociais centraron o seu labor basicamente nos servizos sociais dependentes das autoridades locais (Littlechild e Lyons, 2011). Esta situación mantívose ata hoxe en día, aínda que nos últimos anos as responsabilidades no ámbito nacional distribuíronse entre os ministerios de educación (que traballan temas relacionados cos nenos e a familia) e a saúde (basicamente tratan temas relacionados cos adultos) (Ibid. p. 34). En España, con todo, o Real decreto lei 137/84 de estruturas básicas de saúde inclúe os traballadores sociais dentro dos equipos multidisciplinares para darlles atención a aspectos sociais do proceso de saúde - enfermidade (Burgos, 2003) e posteriormente a lei 16/2003, do 28 de maio, de cohesión e calidade do sistema nacional de saúde no seu artigo 12 recoñece o traballo social como unha das prestacións que deben desenvolver os equipos de atención primaria. Isto afianzou a permanencia dos traballadores sociais sanitarios no ámbito da atención primaria de saúde.

O traballo social sanitario sufriu unha evolución diferenciada en ambos os países. En España autoras como Abreu (2009), Burgos (2009) e Ituarte (2009) poñen en valor o traballo social sanitario na atención primaria de saúde e reflicten todas as dificultades xurdidas á hora de desenvolver o seu traballo e coinciden na necesidade de crear a especialización en traballo social sanitario (Colom, 2010).

No Reino Unido o debate verase que continúa centrado na forma de integrar a atención social e de saúde. Os estudos realizados por autores como Coleman e Rummery (2003) e Kharicha, Levin, Illiffe e Davey (2004) poñen de manifesto que a integración é positiva e necesaria, pero que aínda continúa fragmentada e de momento non se fixo efectiva.

A sanidade considérase un dos campos nos que historicamente os traballadores sociais desenvolveron a súa actividade, sobre todo no ámbito hospitalario, pero na que aínda hoxe queda moito por facer, así o volve a recalcar a Federación Internacional do Traballo Social (FITS, 2011) que se referiu aos servizos sanitarios como un lugar esencial para a actividade dos traballadores sociais. Tendo presente a importancia que a FITS lle outorga á presenza dos traballadores sociais no ámbito da saúde, considerouse a necesidade de coñecer se realmente os sistemas nacionais de saúde de España e Reino Unido contan nos seus equipos de atención primaria con traballadores sociais.

Como se poderá ver, considérase necesario ampliar o campo de investigación para poder dispor de datos obxectivos que permitan que o traballo social sanitario alcance o recoñecemento e consolídese como unha profesión fundamental e imprescindible nos sistemas sanitarios.

II. XUSTIFICACIÓN E OBXECTIVO DO ESTUDO

A evolución do traballo social no ámbito dos servizos sociais e do traballo social sanitario dentro das políticas sociais e sanitarias, constitúe unha das realidades que máis preocupan á comunidade de traballadores sociais dos diferentes países que constitúen a Unión Europea.

Como se expuxo ao longo da introdución, España e Reino Unido constitúen dous claros exemplos de como abordar a intervención e o traballo social de dúas maneiras moi diferentes que en ocasións non poden ser comparadas.

Aínda que o obxectivo final deste traballo é comparar e valorar o traballo social sanitario na atención primaria de España e Reino Unido, faise necesario abordar varios obxectivos intermedios:

- Definir que se entende por traballo social sanitario en España e Reino Unido e as implicacións que o modo de definir este concepto leva á hora de organizar o traballo social.

- Describir o modo de organizar o traballo social en España e Inglaterra.
- Mostrar os resultados obtidos tras a revisión bibliográfica.
- Valorar a repercusión da estruturación do traballo en España e Reino Unido e a súa influencia á hora de alcanzar unha intervención de calidade no ámbito sanitario e social.

O obxectivo exposto inicialmente é, partindo da realidade de España, na que os traballadores sociais forman parte dos equipos de atención primaria de saúde, realizar un estudo comparado coa realidade do sistema nacional de saúde de Reino Unido. Existe a figura do traballador social sanitario no sistema nacional de saúde do Reino Unido? Se é así, exerce as mesmas funcións que o traballador social no sistema nacional de saúde en España?

III. ESTRATEXIA METODOLÓXICA

Realizouse unha revisión bibliográfica exploratoria, tendo en conta os obxectivos sinalados para este estudo, coa cal se pretendeu coñecer se o traballo social sanitario foi obxecto de estudo con anterioridade no Reino Unido e en España, no campo da atención primaria de saúde.

As palabras clave utilizadas na procura, foron: *medical social worker*, *social work in medical setting*, *primary health care*, traballo social sanitario, atención primaria de saúde, traballo social e saúde.

Acoutouse a procura ao intervalo de anos que van entre o 2000 e o 2014, ambos incluídos.

A procura de información realizouse a través de diferentes motores de busca, bibliotecas, páxinas web especializadas e consultas realizadas a expertos no tema. A continuación cítanse as bases de datos consultadas:

- PubMed-MEDLINE: é a base de datos da biblioteca nacional de medicamento dos EUA que inclúe literatura biomédica de MEDLINE

Ao utilizar na busca as palabras: *sanitary and social and worker*, acoutada ao intervalo que abarca desde o ano 2000 ao 2014, obtivéronse catro resultados que non son válidos para o obxecto deste estudo.

Ao introducir a palabra *medical social work and primary health care*, os resultados obtidos foron oitocentos oitenta e sete, dos cales se solicitou un artigo que resultou de interese, pero ao ir ao apartado de artigos relacionados (*related citations*), obtivéronse cento vinte e tres resultados, dos cales se solicitaron a través da biblioteca virtual do sistema sanitario público galego (Bibliosaúde), once artigos que se consideraron inicialmente interesantes e obxecto de estudo.

Realizáronse buscas coas seguintes palabras: “traballo social sanitario e atención primaria de saúde”, “traballo social sanitario”, “traballo e social e sanitario”, “traballo e social” etc. Non se obtiveron resultados válidos.

- CSIC: Consello Superior de Investigacións Científicas.

Ao realizar a busca obtívose un resultado válido unha vez introducida a palabra “Traballo social sanitario”. Introducíronse na procura palabras en inglés pero, como xa se esperaba, non se achegaron resultados. Tampouco se obtiveron resultados válidos para o estudo ao introducir: “traballo social sanitario e atención primaria de saúde” ou “traballo social saúde”.

- Dialnet: base de datos da Universidade da Ríoxa.

Realizouse unha procura coas palabras: “traballo social sanitario e atención primaria de saúde”. Obtivéronse 55 resultados. Destes, dous en principio seleccionáronse, pero despois de revisados descartáronse por non responder o obxectivo deste estudo.

- SCIE. Social Care Institute for Excellence. Social Care Online. Base de datos do Reino Unido especializada en investigacións de traballo social.

Esta base de datos non achegou documentación que se puidera utilizar no estudo. Revisáronse 748 artigos de acceso libre que resultaron da procura de *social work in medical setting* e 109 artigos resultado da procura de *medical social work and primary health care*.

- Biblioteca da Escola universitaria de Traballo Social de Santiago de Compostela.

Realizouse unha consulta de oito publicacións, das cales se utilizou unha.

- Biblioteca do Colexio Profesional de Traballo Social de Galicia.

Consultáronse 4 libros e 4 revistas especializadas en traballo social.

- Catálogo Iacobus. Biblioteca da Universidade de Santiago de Compostela.

Na procura obtivéronse once resultados dos cales se utilizaron na redacción deste traballo, dous.

- Google e Google Académico.

Estes motores de busca facilitaron a revisión de doce artigos de interese. Ao introducir a palabra “traballo social sanitario”

apareceron dezaseis mil trescentas referencias. Acoutouse a procura por anos (2000- 2014), países de referencia (España-Reino Unido).

- Páxinas web especializadas: para facilitar a busca consultáronse páxinas de organismos oficiais como, por exemplo, o Ministerio de Sanidade español e británico e outras especializadas en traballo social. A continuación cítanse as que se consultaron e achegaron datos de interese para este estudo:

- www.ifsw.org. Federación Internacional de Traballo social.
- www.basw.uk. Asociación Británica de Traballadores Sociais.
- www.cgtrabajosocial.es. Consello Xeral de Diplomados en Traballo Social de España.
- www.dog.gov.uk. Departamento de Saúde do Reino Unido.
- www.nhs.uk. Sistema Nacional de Saúde de Reino Unido.
- www.msssi.gob.es. Ministerio de Sanidade Español.
- www.amf-semfyc.com. Revista especializada en medicina de familia.

De todas estas páxinas se consultou e se descargou información.

- Consulta á Asociación Británica de Traballadores Sociais:

Realizouse unha consulta á Asociación Británica de Traballadores Sociais. Na súa resposta achegaron un documento referente á atención de menores que non era obxecto deste estudo e facilitaron o enderezo da súa páxina web e a do ministerio de sanidade do Reino Unido. Non achegaron o nome de autores ou publicacións relacionadas co tema obxecto de estudo que era o que inicialmente se buscaba ao realizar esta consulta.

Na procura de información relacionada co traballo social sanitario en España, recorreuse a obras e artigos de autoras recoñecidas, como son: Amaya Ituarte e Dolors Colom e revisáronse artigos publicados en revistas profesionais, como a *Revista de Traballo Social e Saúde*.

Entre as dificultades que se presentaron, resaltar a escaseza de material accesible, sobre todo relacionado co Reino Unido. Atopáronse referencias bibliográficas que en principio poderían resultar de interese para o estudo, pero que non eran de acceso libre. Tamén reflectir que non se atoparon moitos estudos do ámbito español.

Nas bibliotecas especializadas en traballo social, ás que se tivo acceso, só se atopou un artigo na *Revista de Traballo Social e Saúde* que fala do traballo social e a atención primaria de saúde en Reino Unido (é a única publicación atopada que coincide plenamente co tema obxecto de estudo).

Resaltar que si se atoparon, vía web, estudos médicos realizando unha análise comparativa entre a atención primaria de saúde en Reino Unido e en España, pero non desde a perspectiva do traballo social.

Tamén, deixar constancia, de que nos catálogos das bibliotecas consultadas non se atoparon publicacións do Reino Unido que tratasen o tema que se aborda, nin sequera en lingua inglesa.

En resumo, a revisión bibliográfica resultou ser complexa no sentido da imposibilidade de acceso a publicacións do Reino Unido (que non resultaron ser de libre acceso) e tamén porque no Reino Unido non existe a figura do traballador social sanitario na atención primaria de saúde. Datos que hai que ter en conta á hora de analizar os resultados.

IV. RESULTADOS

Seleccionáronse vinte e nove artigos, que se considerou nun primeiro momento que poderían achegar información relacionada co obxectivo do estudo. Despois da súa lectura, rexeitáronse doce.

Os artigos seleccionados referentes ao sistema de saúde do Reino Unido, obtivéronse a través de páxinas oficiais e a través da base de datos PubMed, son artigos que foron publicados en revistas especializadas do Reino Unido por autores que realizaron varias investigacións no campo da atención social e sanitaria e que desenvolven o seu labor desde as universidades británicas.

Algún dos autores que se atoparon en máis dunha busca, foron: Kristein Rummery e Anna Coleman da Universidade de Manchester, Mark Lymbery da Universidade de Nottingham, Kalpa Kharicha, Iliffe, Enid Levin e Barbara Davey.

Non se atopou unha teoría desenvolvida no que respecta ao traballo social sanitario na atención primaria de saúde no Reino Unido, si existe unha teoría desenvolvida no ámbito español. No Reino Unido os resultados mostran que non existe a figura do traballador social nos equipos da atención primaria de saúde, o que si se reflicte en diferentes estudos atopados, é a preocupación e a necesidade de que “o social e o sanitario” se coordinen e traballen xuntos e realizáronse varias investigacións respecto diso, para coñecer se iso é factible e que problemas e vantaxes se presentan, cando ambos os sistemas (sanitario e social), se unen e traballan xuntos.

O único artigo que se atopou no que se fai mención ao modelo de traballo social sanitario, neste caso no norte de Inglaterra, é o publicado pola traballadora social Olga Bazán no ano 2010.

Bazán (2010, p.184) deixa constancia de que:

...a figura do traballador social non está representada no centro de saúde, feito que comporta unha serie de dificultades no ámbito de coordinación profesional e atraso na xestión e seguimento dos recursos sociais. A ausencia da figura do traballador social impide unha valoración conxunta e holística das necesidades sociais e sanitarias da persoa. As demandas de traballo social por parte do equipo sanitario son derivadas aos servizos sociais de zona.

Os traballadores sociais no ámbito local desenvolven a súa actividade nos servizos sociais, que adoitan dividir a súa intervención en tres grupos: servizos de atención a persoas con discapacidade psíquica, infancia e familia e servizos de atención a persoas con discapacidade física e xente maior (Ibid).

Como se comentou anteriormente, fálase de establecer un traballo conxunto entre dous sistemas, o de saúde e o social (traballador social de servizos sociais que comparta o mesmo espazo físico que o equipo de atención primaria de saúde), pero, exceptuando o documento de Lymbery e Millward (2001) e o de Bazán (2010), non se atopou información que faga referencia ao traballador social sanitario na atención primaria de saúde.

A continuación exponse, resumidamente, as achegas que aparecen nos artigos revisados:

ARTIGOS REFERENTES A REINO UNIDO

AUTORES/AS E ANO	ACHEGAS
Lymbery e Millward (2001)	Reflicten problemas na estrutura de descentralización do traballo. Compartir o mesmo espazo na atención primaria de saúde é unha oportunidade de cambio na forma de facer traballo social.
Hudson (2002)	A interprofesionalidade é algo positivo para as organizacións. Confirma o modelo pesimista das relacións interprofesionais. No futuro o persoal de atención social e sanitaria traballará formando unha única rede local de atención.
Brown, Tucker e Domokos (2003)	A presente investigación non produciu ningún achado que suxira que a atención primaria de saúde e social integrada, sexa clinicamente máis efectiva que o modelo tradicional. O estudo suxire que os resultados se poden mellorar cando se alcance unha maior integración entre os servizos de saúde e sociais.
Coleman e Rummery (2003)	O desenvolvemento dos grupos de atención primaria e fideicomisos (Primary Care Trusts and Trusts) proporcionaron unha oportunidade para tratar de superar problemas de relación nas organizacións de saúde e asistencia social. A planificación conxunta e a prestación de servizos continúan fragmentadas.
Rummery e Coleman (2003)	As diferenzas interprofesionais entre os traballadores da atención social e da saúde deben ser aclaradas e tratadas antes de que os servizos poidan ser desenvolvidos de forma conxunta. Para que se manteña a confianza e o entusiasmo do traballo conxunto, ambas as partes deben saír beneficiadas.

	<p>No contexto do Reino Unido, a posibilidade de integrar a atención primaria de saúde e a asistencia social debe abordarse con precaución.</p>
Kharicha, Levin, Iliffe e Davey (2004)	<p>Interese na colaboración interinstitucional existindo variación entre e dentro dos departamentos de servizos sociais na forma de exercer un traballo conxunto co sistema sanitario.</p> <p>Un maior grao de integración beneficia os usuarios dos servizos e aos cuidadores.</p> <p>Existe un clima de experimentación natural e faltan investigacións máis rigorosas que non se baseen tanto nos procesos e si nos resultados.</p>
Davey, Levin, Iliffe e Kharicha (2005)	<p>A co-localización pode cambiar a comunicación directa cara a cara, pero non altera estilo xeral de comunicación.</p> <p>Recoñécese que se necesita máis investigación para probar a hipótese “optimista” de que o traballo interprofesional eficaz conduce a resultados máis eficaces para os usuarios.</p>
Kharicha, Iliffe, Levin, Davey e Fleming (2005)	<p>A co-localización percíbese como unha ameaza potencial para os traballadores sociais, aínda que se considere que é unha maneira lóxica de organización.</p> <p>Preocupación profesional polas consecuencias de compartir información confidencial entre os profesionais da saúde e de servizos sociais.</p>
Glasby e Dickinson (2008)	<p>A principal deficiencia nos intentos de integrar a atención social e de saúde, realizados ata o momento é que a tendencia foi centrarse nas cuestións de procedemento (como podemos facer para traballar ben xuntos? E non nos resultados (existen diferenzas entre a xente que usa os servizos?)</p>

Bazán (2010)	Non existen os traballadores sociais nos equipos de atención primaria de saúde. O rol do traballador social desapareceu e apareceron novas profesións. As funcións do traballador social cambiaron e asumiron funcións máis burocratizadas e sistematizadas, o que supón un perigo para a profesión do traballo social, tal como se entendía ata o momento.
Littlechild e Lyons (2011)	Como resultado das novas políticas e leis, os traballadores sociais que antes priorizaban as relacións, o apoio, a axuda, agora pasaron a ser os encargados de por en marcha servizos, asignar recursos, avaliar e xestionar a asistencia. A prioridade é a “avaliación de riscos”. Concepción dos clientes como consumidores dun servizo.

Os artigos seleccionados referentes ao sistema español pertencen a autoras recoñecidas no campo do traballo social sanitario: Dolors Colom, Amaya Ituarte, Concepción Abreu... e a publicacións de revistas especializadas no traballo social ou publicacións de colexios oficiais ou outros organismos oficiais.

En España, o traballo social sanitario evolucionou de forma diferente e comezados os anos 80 do século XX, os traballadores sociais comezan a formar parte dos equipos de atención primaria de saúde (Ituarte, 2003). Autoras como Burgos (2003), Abreu (2009) e Ituarte (2009) relatan os aspectos que favoreceron a aparición do traballo social na atención primaria de saúde e as dificultades coas que se atoparon, así como as achegas do traballo social neste campo.

ARTIGOS REFERENTES A ESPAÑA

AUTORES/AS E ANO	ACHEGAS
Burgos (2003)	<p>Dificultades no desenvolvemento da actividade profesional, na atención primaria de saúde, debido a que non se soubo transmitir aos compañeiros a importancia da valoración social no ámbito sanitario, existencia dun só profesional que ás veces debe desenvolver o seu traballo en varios centros de saúde.</p> <p>En lugar de favorecer o traballo en equipo multidisciplinar creouse unha situación de confrontación entre os traballadores, chegándose ás veces ao intrusismo profesional.</p>
Ituarte (2003)	<p>A integración da atención sanitaria e social suporía non só asegurar unha maior calidade asistencial, senón, unha utilización máis coherente duns recursos económicos que son escasos.</p> <p>Existe unha falta de comprensión do traballo social en saúde, indefinición, necesidade de adecuación e formación ás emerxentes realidades e demandas.</p> <p>Achegas do traballo social ao campo sanitario: comprensión da interrelación entre factores psicosociais e calidade de saúde de individuos, grupos e comunidades.</p> <p>Estudo, diagnóstico e tratamento das situacións de malestar psicosocial que inciden na aparición ou exacerbación de trastornos físicos e/ou mentais, ou que poidan producirse como consecuencia de procesos patolóxicos e que deben ser tidas en conta no contexto xeral da intervención sanitaria.</p>
Colom (2008)	<p>O traballo social sanitario é o apoio profesional que garante a continuidade asistencial.</p> <p>A atención integral continúa sendo nos centros de saúde e en hospitais un obxectivo que se debe perseguir.</p>

	<p>O servizo de traballo social sanitario dispón de información valiosa para a xerencia quen adoita ter en conta só os aspectos sanitarios e orzamentarios das intervencións.</p>
Abreu (2009)	<p>O traballo social sanitario é concibido como unha especialización dentro do traballo social e aplícase nos centros sanitarios. Tanto en atención primaria como especializada.</p> <p>As áreas de intervención na atención primaria de saúde son: atención directa, coordinación sociosanitaria, apoio social, promoción da saúde e participación, traballo social comunitario, investigación.</p> <p>O traballador social sanitario conta cunha presenza tradicional no campo da saúde.</p> <p>O traballo en equipo é mellorable.</p>
Burgos, Pérez Amores, Sánchez (2009)	<p>O traballo social, como disciplina contribúe a darlle un enfoque global da saúde, achegando de forma específica os aspectos socio familiares que inciden no nivel de saúde da poboación desde unha visión global e desde a proximidade aos usuarios exercendo de defensores dos seus dereitos.</p> <p>Coñecemento amplo do sistema sanitario e de servizos sociais o que fai do traballador social sanitario o profesional mellor preparado para a coordinación sociosanitaria.</p> <p>Dificultades derivadas da necesidade dunha estrutura de coordinación institucional e do recoñecemento como profesión sanitaria.</p>
Ituarte (2009)	<p>Invisibilidade dos traballadores sociais no sistema de saúde.</p> <p>En atención primaria de saúde existen moitos centros sen traballador social, un só traballador social en ocasións traballa en varios equipos e grandes e diversas áreas poboacionais.</p> <p>Non sempre son considerados o TS membros naturais do equipo, a miúdo teñen grandes dificultades para realizar traballo social.</p> <p>Espérase deles que resolvan problemas concretos relacionados co uso de recursos sociais sen incidir na situación do paciente e da familia.</p>

V. DISCUSIÓN

O actual modelo de atención primaria baséase na promoción da saúde. Este concepto, curiosamente, aséntase na sociedade inglesa a finais do século vinte, achegando unha visión holística do ser humano (Abreu, 2009), é dicir, unha visión onde se teñen en conta os aspectos físicos, psicolóxicos e sociais das persoas. Neste sentido, é interesante reparar en que esta visión integral non se ve reflectida actualmente na atención primaria de saúde da sociedade inglesa. Como xa se viu anteriormente e é importante lembrar, a partir do ano 1940 produciuse en Reino Unido unha separación entre a asistencia en saúde e asistencia social, quedando organizados en dous sistemas diferentes, Sistema Nacional de Saúde e Departamento de Servizos Sociais das autoridades locais (Lymbery e Millward, 2001).

Doutra banda, débese lembrar que o sistema nacional de saúde español contempla a figura do traballador social sanitario no sistema da atención primaria de saúde, ofrecendo deste xeito unha atención integral ás persoas, a diferenza, como xa se indicou ao longo deste traballo, do Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido (NHS) que non conta con este profesional na atención primaria de saúde.

Sen dúbida, e tendo en conta o analizado ao longo deste traballo, a necesidade de que ambos os dous sistemas (sanitario e social) traballen xuntos continúa vixente. O impacto da colocalización dos equipos de atención primaria de saúde e traballadores sociais dos departamentos de servizos sociais son un referente á hora de avaliar o impacto destes equipos na calidade da atención (Lymbery e Millward, 2001).

A dependencia xerárquica maniféstase como un obstáculo á hora da asignación do traballo e de asumir responsabilidades entre os xefes dos servizos sociais e os traballadores (Lymbery e Millward, 2001). Vívense como unha ameaza as demandas que realizan as organizacións das cales dependen os profesionais e as que realiza o equipo de traballo (Hubson, 2002). As relacións entre as organizacións de saúde e de asistencia social foron recoñecidas como problemáticas, en termos de relacións historicamente pobres entre os médicos (GP) e os departamentos de servizos sociais (Coleman e Rummery, 2003). A pesar do renovado interese na colaboración interinstitucional, segue existindo unha enorme variación no réxime de traballo conxunto entre e dentro dos departamentos de servizos sociais (Kharicha, Levin, Iliffe, Davey, 2004).

Con respecto aos factores que se refiren ao traballo interprofesional. O persoal de enfermería comunitaria lexitimou e valorou o coñecemento e habilidades dos traballadores sociais e os médicos tamén valoraron o traballador social como un membro adicional do equipo de atención primaria de saúde e como un conduto directo á hora de conseguir recursos de atención social escasos (Lymbery e Millward, 2001). Compartir un mesmo espazo físico pode cambiar a comunicación directa cara a cara, pero non altera o estilo

xeral de comunicación (principalmente por teléfono), nin a súa dirección (de traballador social a médico) (Davey, Levin, Iliffe e Kharicha, 2005). Os traballadores sociais e os médicos están de acordo na necesidade de traballar de forma conxunta, pero teñen diferente comprensión desta, cada profesión quere que a outra cambie a súa cultura organizacional. O traballo conxunto nun mesmo espazo físico é visto como desexable pero tamén como unha ameaza para o traballo social. Existe unha preocupación polas evidentes diferenzas de poder e autoridade xerárquica (Kharicha, Iliffe, Levin, Davey e Fleming, 2005).

O feito de que diferentes profesionais traballen xuntos podería facer que o traballo social perdese a súa contribución específica nun equipo interprofesional no que a ideoloxía dominante é médica. Isto pódese ver como unha dificultade á hora de manter a identidade debido a que o traballador social se atopa nunha localización na que está profesionalmente illado (Lymbery e Millward, 2001).

As vantaxes que se manifestaron á hora de que un traballador social se incorporase ao equipo de saúde en atención primaria, foron unánimes ao recoñecer que se melloraban os tempos de resposta, evitando posibles episodios de crises e posibles ingresos institucionais (Lymbery e Millward, 2001).

Brown, Tucker e Domokos (2003), sinalan que nos equipos integrados, os pacientes se avaliaron con maior rapidez, e nas etapas iniciais, o proceso de buscar axuda para poder ser valorado por un servizo, mellorou a través dunha mellor coordinación entre os diferentes grupos de profesionais. Tamén deixan constancia de que a súa investigación non produciu achados que suxiran que a atención integrada dos equipos de atención primaria de saúde e sociais sexa clinicamente máis efectiva que o modelo tradicional.

As dificultades que mencionan os autores para conseguir levar a cabo un traballo conxunto en Reino Unido, son as seguintes:

- Un dos principais obstáculos é a incapacidade institucional para ser capaz de cambiar e facer as cousas doutra maneira, darlles cabida a novas formas de traballo (Rummery e Coleman, 2003).
- A maioría de profesionais da saúde e servizos sociais continúan traballando por separado, baseándose nos vínculos informais de referencia, e o intercambio de información individual sobre o servizo que se presta aos usuarios (Kharicha, Levin, Iliffe e Davey, 2004).
- Recoñécese que se necesita máis investigación para probar a hipótese “optimista” de que o traballo interprofesional eficaz conduce a resultados máis positivos para o usuario (Davey, Levin, Iliffe e Kharicha, 2005).

- Os traballadores sociais teñen medo a ser absorbidos na práctica polos equipos de saúde e a ter dificultades á hora de establecer prioridades sociais (Kharicha, Iliffe, Levin, Davey e Fleming ,2005).
- A principal deficiencia nos intentos de integrar a atención social e de saúde, realizada ata o momento, é que a tendencia foi centrarse nas cuestións de procedemento (como podemos facer para traballar ben xuntos?) e non nos resultados (existen diferenzas entre a xente que usa os servizos?) (Glasby e Dickinson, 2008) (Kharicha, Levin, Iliffe e Davey, 2004).

Lymbery e Millward (2001) sinalan que o feito de compartir o mesmo espazo na atención primaria de saúde, pode provocar unha oportunidade de cambio na forma de facer traballo social, facéndoo máis imaxinativo e creativo e menos administrativo. É a oportunidade para que os traballadores sociais sexan máis autónomos na provisión de proxectos e redefinan e revitalicen o rol do traballo social na asistencia comunitaria.

No percorrido realizado ata o momento, a formulación é que un traballador de servizos sociais, con dependencia xerárquica do departamento de servizos sociais locais, realice as mesmas funciónes pero enmarcado nun contexto diferente, que é o da atención primaria de saúde. En ningún momento se valorou a opción de que un traballador social sanitario, con dependencia xerárquica do Departamento de Saúde (NHS) forme parte do equipo de atención primaria de saúde e desenvolva unhas funcións acordes ao devandito posto.

Neste sentido é interesante retomar a diferenciación entre traballo social sanitario e traballo social en saúde de Dolors Colom (2010a), da cal se pode inferir que o modelo do Reino Unido se adapta máis ao que é o traballo social en saúde e en España, claramente, movémonos no campo do traballo social sanitario, propiamente dito.

En España, como xa se mencionou, en apartados anteriores, a partir dos anos 80, os traballadores sociais incorpóranse aos equipos de atención primaria de saúde (Ituarte, 2003). Son contratados polos servizos de saúde, pero uno dos problemas que se expoñen é a necesidade de establecer unha estrutura de coordinación institucional. En atención primaria, algunhas áreas de xestión contan cunha persoa de referencia que exerce a coordinación de traballo social e que non sempre é un traballador social, noutras áreas esa función exercea o persoal de enfermería ou o médico (Burgos, Pérez Amores e Sánchez, 2009).

En canto ás relacións interprofesionais co resto do equipo, é importante lembrar que ao principio xurdiron problemas debido a que non sempre se os considerou como “membros naturais” do equipo (Ituarte, 2009) e iso dificultou a realización do seu traballo. Os compoñentes do equipo de saúde, ás veces confundíanos cos servizos sociais, “confundindo e identificando unha profesión con todo un sistema de servizos totalmente

independente do sistema de saúde” (Burgos, 2003). As expectativas do equipo van enfocadas á solución de problemas mediante a utilización de recursos sociais (Ituarte, 2009), cando as funcións e as achegas dos traballadores sociais sanitarios son moito máis complexas. Sen dúbida, as relacións interprofesionais débense mellorar dentro do equipo.

Confírmase hoxe en día, o escaso coñecemento por parte das profesións sanitarias da profesión e disciplina do traballo social e continúaase confundindo a atención social á saúde coa mera xestión de recursos sociais, incluso a propia administración favorece en ocasións esta situación cando permite que outros profesionais da saúde asuman actividades propias da área do traballo social (Abreu, 2009).

Do visto ao longo deste traballo advírtese que entre as dificultades que se expoñen no traballo social sanitario na atención primaria de saúde en España, cobran un papel relevante as seguintes:

- En moitos centros de atención primaria de saúde, hoxe en día, aínda non incorporaron a figura do traballador social sanitario ao equipo (Ituarte, 2009).
- Hai un só traballador social por centro de saúde, o que fai que o equipo, xulgue a toda unha profesión pola actuación dun só profesional (Burgos, 2003).
- En ocasións un só traballador social debe atender dous, tres e mesmo catro centros de saúde (Burgos, 2003 e Ituarte, 2009).
- Descoñecemento da profesión por parte de profesionais e persoal da administración (Burgos, 2003).
- Ausencia de directrices, por parte do sistema sanitario, de proxectos que deben desenvolver os traballadores sociais (Burgos, 2003)
- A presenza de traballadores sociais pode ser sentido como unha ameaza por outros profesionais (Ituarte, 2009).
- Necesidade de adecuar a formación ao campo sanitario, de conseguir a especialización (Colom, 2010).

O traballo social achega unha visión global á intervención en saúde, abordando aspectos sociofamiliares que van influír nos niveis de saúde poboacionais. Así mesmo, é a profesión que mellor pode establecer unha coordinación sociosanitaria (Burgos, Pérez Amores e Sánchez, 2009).

O feito de que non exista a figura do traballador social na atención primaria de saúde xera dificultades a nivel de coordinación profesional e atrasa a xestión e o seguimento dos recursos sociais, así mesmo impide que se realice unha valoración integral (biopsicosocial) das necesidades da persoa. O feito, ademais de ter que depender do sistema de servizos sociais

locais, xera que os procesos sexan máis lentos e precisen de maior burocracia e tamén dificultan que entre os profesionais non se coñezan amplamente as funcións e as limitacións de cada un (Bazán, 2010).

Chegado este punto pódese dicir que Reino Unido e España teñen realidades e sistemas diferentes. Cando inicialmente se expuxo o obxectivo deste estudo, seleccionouse a Reino Unido por ser un país referente historicamente para o traballo social e a día de hoxe pensábase que a profesión estaría a un nivel de desenvolvemento e de competencias superior a España, pero veuse que a realidade é outra e ao contrario do que se pensaba inicialmente o traballo social está a sufrir un retroceso, as súas funcións están a ser reducidas á de meros xestores de recursos. O obxectivo do traballador no sistema actual é o de, basicamente, darlles resposta ás necesidades físicas e materiais das persoas, sen traballar os aspectos psicosociais, familiares etc. (Bazán, 2010). Referíndose sempre á área de intervención da atención primaria, que non ten por que ser extensible ao resto de áreas de intervención do traballo social no Reino Unido.

Se tomamos de exemplo a Inglaterra, pódese observar que se reformulou a relación que mantén o Estado co individuo, familia e comunidade. Antes o Estado era o responsable de proporcionar as prestacións da Seguridade Social e agora esa responsabilidade está a traspasarse ao cidadán, que pasou a ser un “consumidor de asistencia”, elixindo o servizo, o tipo de asistencia que precisa e o provedor da devandita asistencia. Isto provocou que o rol do traballador social sufrise un cambio substancial e converteuse en xestor de recursos abandonando outras funcións que se consideran máis relevantes no campo da saúde, como as de capacitadores, conselleiros etc. (Littlechild e Lyons, 2011).

En cambio en España as achegas do traballador social ao campo sanitario, xeralmente, son moito máis enriquecedoras e van máis alá da mera xestión de recursos, achegan unha intervención psicosocial no ámbito de saúde individual, grupal e comunitaria e tamén aplicando a investigación, o diagnóstico e o tratamento que complementa a intervención médica, e ofrecen unha intervención integral. Analízanse os novos procesos sociais e a súa incidencia na saúde da poboación, os comportamentos que xeran os procesos de saúde-enfermidade, a demanda dos servizos sanitarios, as necesidades da poboación e poténciase a educación e promoción da saúde (Ituarte, 2003).

A pesar de todas as diferenzas mencionadas entre ambos os países, das diferenzas prácticas e organizacionais, pódese dicir que os problemas que xorden en canto se intenta integrar o sistema de saúde e sanitario son practicamente os mesmos: a estrutura organizacional, as relacións interprofesionais, a escasa investigación e os problemas tamén derivados da necesidade de superar algunhas barreiras e dar un salto cualitativo, obsérvanse en ambos sistemas, o que leva a expor novas preguntas, pasando a falar non tanto do que se pode facer para mellorar o traballo conxunto

senón a falar de como a forma de traballar vai achegar mellores resultados e beneficios.

É necesario neste punto volver incidir en que os resultados demostran que as experiencias de incorporar un traballador social ao equipo de atención primaria de saúde favoreceron a coordinación do social e o sanitario, achegaron beneficios aos equipos, ás persoas e melloraron os procedementos e tamén incidir na necesidade da investigación, que é o camiño que se debe seguir para mellorar a base científica da profesión e facer visible a importancia do traballo social para o sistema sanitario e tamén para o sistema social.

Hoxe en día en Reino Unido continúaase debatendo acerca da necesidade de integrar de forma eficaz o sistema de saúde e o social (Morse Amyas, 2014) e en España os traballadores sociais sanitarios de atención primaria levan anos traballando para facer visible a súa profesión, consolidarse como profesionais dos equipos de saúde de atención primaria e para que se recoñeza a necesidade, tamén, de que o sanitario e o social camiñen da mesma man. Que é o que sucede para que en ambos os países, os discursos sigan sendo os mesmos desde hai anos? Sen dúbida, este pode ser a formulación doutro estudo que aquí e agora non procede tratar.

VI. CONCLUSIÓNS

Tras o estudo realizado, veuse que existen dúas realidades diferentes e a continuación enuméranse as conclusións que se alcanzaron:

- O traballo social sanitario evolucionou de formas distintas en Reino Unido e España.
- En Reino Unido, en ningún momento se introduciu a figura do traballador social sanitario no equipo de atención primaria de saúde.
- O traballo social sanitario en atención primaria en España dispón dunha base teórica e práctica superior á que existe na actualidade en Reino Unido.
- En España precísase mellorar na formación, a investigación e conseguir a especialización en traballo social sanitario. Facer visible o seu labor achegando datos obxectivos.
- A presenza do traballador social sanitario debe ser unha realidade en todos os centros de saúde.
- Na atención primaria en Reino Unido, os traballadores sociais centran a súa actividade nos departamentos de servizos sociais e as súas funcións enfócanse, basicamente, á xestión de recursos sociais.

- En España realízase traballo social sanitario no ámbito da atención primaria, mentres que en Reino Unido se realiza traballo social en saúde.
- En ambos os países compártese a necesidade de mellorar as canles de comunicación e traballo interprofesional, de crear un sistema no que estea integrado o social e o sanitario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, M.^a C. (2009). *O traballo social sanitario na atención primaria de saúde*. 70-79. Recuperado o 22 de febreiro de 2014 en <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/...../146>.
- BAZÁN, O. (2010). O modelo de traballo social sanitario no norte de Inglaterra. *Revista Traballo Social e Saúde*. 66, 183-193.
- BROWN, L.; TUCKER, C. E DOMOKOS, T. (2003). *Evaluating the impact of integrated health and social care teams on older people living in the community*. *Health and social care in the community*. 11 (2), 85-94. PMID: 14629210.
- BURGOS, M.^a L. (2003). “Evolución do traballo social na atención á saúde do noso país durante o último século”. *Revista Traballo Social e Saúde*. 46, 85-241.
- BURGOS, M.^a L.; PÉREZ, I. E SÁNCHEZ, R. (2009, Abril). *Traballo social no sistema público de saúde: Atención Primaria. Hospitalaria e Saúde Mental*. Edic. Especial. Tomo II. Comunicación presentada ao I Congreso de Traballo Social. Colexio Oficial Diplomados en Traballo Social e A. S. de Málaga. Recuperado o 22 de febreiro de 2014 de http://www.trabajosocialmalaga.org/...dts.../especial_dts_congreso_TO MO_II.pdf
- COLEMAN, A. E RUMMERY, K. (2003). Social services representation in Primary Care Groups and Trusts. *Journal of interprofessional care*. 17 (3), 273-280. PMID: 12850878.
- COLOM, D. (2008). *O traballo social sanitario como ferramenta de xestión*. *Revista SEDISA S. XXI*, 10, 14-25. Recuperado o 14 de abril de 2014 de <http://www.directivos.publicacionmedica.com/spip-php?article84>
- COLOM, D. (2010a). A especialización en traballo social sanitario: o primeiro elo para o seu recoñecemento como profesión sanitaria. *Revista de Servizos sociais e política social*. Novas oportunidades do Traballo Social. Consello Xeral do Traballo social. 89.

- COLOM, D. (2010b). *O traballo social sanitario no marco da optimización e sustentabilidade do sistema sanitario*. Zerbitzuan. Revista de Servizos Sociais. 47, 109-119. Institut de Serveis Sanitaris i Socials (ISSIS). <http://bddoc.csic.es:8085/detalles.htm>; ISOC ciencias sociais e humanidades. N.º de rexistro: 631984.
- DAVEY, B.; LEVIN, E.; LLIFFE, S. E KHARICHA, K. (2005). Integrating health and social care implications for joint working and community care outcomes for older people. *Journal of interprofessional care*. 19 (1), 22-34. PMID: 15842078.
- Federación Internacional do Traballo Social (2011). *Declaración de Política da FITS: Saúde*. Anteproxecto. Recuperado o 7 de abril de 2014 de http://www.cdn.ifsw.org/assets/ifsw_105031-3.pdf/wfsw.org/polices/health
- FERNÁNDEZ, T. (coord.). (2009). *Fundamentos do Traballo Social*. Madrid: Alianza Editorial.
- GLASBY, J. E DICKINSON, H. (2008). *Greater than the sum of our parts?*. Emerging lessons for UK health and social care. *International Journal of Integrated care*. 8. Recuperado o 11 de abril de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1897881>
- HUDSON, B. (2002). Interprofessionalism in health and social care the Achilles' heel of partnership?. *Journal of interprofessional care*. 16 (1), 7-17. PMID: 11915720.
- ITUARTE, A. (2003). As desigualdades en saúde e o seu impacto para o traballo social. Marco interpretativo. *Revista de traballo social e saúde*, 46, 69-84
- ITUARTE, A. (2009). *Sentido do Traballo Social en Saúde*. Recuperado o 28 de febreiro de http://www.api.ning.com/files/ttqfntilm8q*LtEyHJtTFdplb13PbPa2tDkjXH2KkC6XjbZt4AEth1LU6fHanmLQBbYhEyfPX1yrPOEPKlky2L1FupU2VL00/elsentidodeltrabajosocialensalud09_Amaya_Ituarte_Tellaeche.pdf
- KHARICHA, K.; LEVIN, E.; LLIFFE, S. E DAVEY, B. (2004). Social work, xeral practice and evidence-based policy in the collaborative care of older people current problems and future possibilities. *Health and social care in the community*. 12 (2), 134-141. PMID: 19777722.
- KHARICHA, K.; LLIFFE, S.; LEVIN, E.; DAVEY, B. E FLEMING, C. (2005). Tearing down the Berlin wallsocial workers' perspectives on joint working with xeral practice. *Family Practice*. 22 (4), 399-405. PMID: 15824057.

- Lei 16/2003, do 28 de maio, de cohesión e calidade do Sistema Nacional de Saúde. *Boletín Oficial do Estado*, 128, de 29 de maio de 2003.
- Limbery, M. e Millward, A. (2001). Community care in practice social work in primary health care. *Social work in health care*. 34 (3-4), 241-259. PMID: 12243427.
- Littlechild, B. e Lyons, K. (2011). *O traballo social en Inglaterra e Gales. Educación Social. A Acción social en Europa*. 48, 29-47. Recuperado o 28 de febreiro de 2014de<http://www.raco.cat/index.php/EducacionSocial/article/viewFile/245331/328562>
- RUMMERY, K. E COLEMAN, A. (2003). *Primary health and social care services in the UK: progress towards partnership?*. 56 (8), 1773-1782. PMID: 12639593.

Acción Social e loita contra a pobreza en Galicia

Pepa Vázquez

Traballadora social no ámbito da exclusión social
e activista pola xustiza

Artigo publicado no libro «Ecoloxía Política. Olladas desde Galicia». 2015

Con este artigo pretendese facilitar información básica sobre a intervención social en Galicia, partindo de conceptos básicos, unha breve análise histórica e a revisión dos datos estatísticos actuais xunto cunha lectura dos principais actores que interveñen deste campo.

Finalmente achegámonos a algunhas das ferramentas coas que podemos intervir na sociedade actual dende Galicia, sen perder de vista a globalidade na que estamos actuando.

A ACCIÓN SOCIAL E A LOITA CONTRA A POBREZA

Novas nomenclaturas para vellas inxustizas

Dende o Traballo Social e a Socioloxía véñense definindo e traballando a conceptualización e medición da pobreza dende hai máis dun século, pero temos que ter presente que somos herdeiros da concepción xudeu-cristiá, que considera os pobres responsables da súa situación, e tampouco parece que o marxismo dese unha mellor explicación ao sinalar que o lumpenproletariado non pode ser organizado, ambas cuestións permanecen no noso imaxinario, aínda que hai que ter en conta o contexto, por un lado a cultura protestante e por outro a situación de posguerra.

Para atallar de fronte unha inxustiza cómpre chamala polo seu nome, ese concepto é a **repartición inxusta da riqueza**, aínda que é importante contar con expertas como Patrocinio De Las Heras que xa, en 1978, propoñía cuestións que hoxe están á orde do día, como por exemplo, que é preciso facer unha organización conxunta das distintas prestacións para non atoparnos con «cidadanía de plenos dereitos» e «cidadanía da beneficencia». Ou Félix Tezanos cando en 2001 recupera o concepto de «alienación» na compilación *Tendencias en desigualdade e exclusión social*, onde explica con fondura a conexión entre pobreza e exclusión social, entendendo esta última como aquelas situacións nas que, sen perder totalmente os ingresos económicos, as persoas afectadas entran nun proceso de difícil retorno caracterizado polo illamento social e múltiples dificultades que implican o abandono do exercicio dos seus dereitos de cidadanía.

Para situarnos en contextos máis próximos, e para quen desexe afondar sobre o que é a pobreza, a exclusión e a vulnerabilidade social, Xosé

Cuns (2014) vén de publicar un conciso repaso destes conceptos, no que queda claro que a pobreza non ten fronteiras e existe porque é un negocio.

A continuación preséntanse as cifras da pobreza e tamén as da exclusión social. Unha pequena xanela a un mundo no que os datos representan a cara fría das persoas que pasan fame, que se alimentan con hidratos de carbono, dormen ao raso e/ou traballan por case un prato de arroz... cidadanía que vive nalgúns casos escravizadas polo capitalismo en forma de consumismo, toxicomanías, ludopatías e doenzas psiquiátricas e físicas que non se producirían se a economía se centrara nas persoas.

Na estatística é coñecido que diferentes formas de medir dan diferentes resultados, isto tamén acontece nos estudos sobre a poboación pobre. Neste artigo tómanse como referencia os datos do Instituto Galego de Estatística (IGE), que non é o quen rexistra os índices de pobreza máis altos.

Previamente, cómpre sinalar que coa Estratexia Europea 2020 se puxo en marcha o indicador AROPE (At-Risk-Of Poverty and Exclusion) que mide tamén a exclusión social e permite realizar comparacións entre Estados membros na Unión Europea. Xosé Cuns (2014). Segundo este indicador, en 2012, 13.090.000 persoas, o 28,2% da poboación, vivía en risco de pobreza ou exclusión social no Estado español.

Se ollamos cara a Galicia atopámonos con 636.804 persoas en situación de pobreza, o que supón o 23,58% da poboación, fronte ao 16,45% da taxa de pobreza que apunta o IGE. Non se esquece que «nestes datos se inclúen pensións, prestacións por desemprego e outras transferencias sociais que, de non facelo a taxa AROPE, subiría 12 puntos» Xosé Cuns (2014).

Os datos que nos ofrece o IGE son igual de preocupantes:

2012	Galicia	A Coruña	Lugo	Ourense	Pontevedra
Risco de pobreza (%)	16,45	14,43	13,56	18,33	19,26
Limiar de risco de pobreza (euros)	588,89	616,07	599,07	574	558,13

Fonte: IGE

Unha breve mirada á media española sinala que está no 21,60%. Nesta mesma liña hai que acompañar as porcentaxes do número de persoas. Como pode apreciarse na seguinte táboa, ese 16,45% representan 444.250 persoas, que irán en aumento se temos en conta que nos próximos catro anos se van esgotar as prestacións de todas as persoas que neste momento están quedando sen emprego.

Ano	2012
Poboación total Galicia	2.700.610
Pobreza (%)	16,45
Pobreza (persoas)	444.250

Fonte: IGE

Para achegarnos a realidades máis próximas é interesante analizar polo miúdo datos estatísticos, como, por exemplo, os da comarca de Caldas e O Salnés que, cunha poboación de 144.702 habitantes, conta 33.007 persoas en situación de pobreza, o que supón un 22,81% da poboación.

Este dato é similar ao de moitos concellos, como por exemplo o de Vilagarcía de Arousa, que supostamente constitúe un dos novos centros económicos de Galicia: cunha poboación de 37.493 habitantes, rexistra, segundo o INE, un 22,81% de poboación en situación de pobreza.

Non imos deternos na pobreza infantil por considerar este dato o máis manipulado por todas as estatísticas e por denunciar o exceso de hipocrísia co que se usan eses datos descontextualizados da súa contorna sen considerar que, se non houberse familias ou unidades de convivencia pobres, non se daría pobreza infantil.

Estamos pois a falar dunha problemática moi grave, tanto polo número de persoas afectadas, como pola dimensión desta cuestión, que afecta directamente á sustentabilidade social e económica da nosa Comunidade Autónoma, xa que se está a producir un novo éxodo migratorio que nos sitúa ante unha posible extinción, un preocupante horizonte demográfico como cultura, como economía e como sociedade. Pois a medida que as persoas maiores falecen, non se produce o preciso recambio xeracional que permite ter presente e futuro.

Deste xeito, pode observarse na seguinte táboa que a poboación en idade máis produtiva soamente representa o dobre da que ten máis de 65 anos. É para tomar nota, ou o que é o mesmo, é a crónica dunha morte anunciada.

Grupos de idade	Poboación	Grupos de idade	Poboación
65-69	86.602	30-34	101.771
70-74	68.714	35-39	113.473
75-79	80.417	40-44	108.854
80-84	67.429	45-49	104.442
85 e máis	68.189	50-54	100.388
		55-59	91.689
Total	371.351	Total	620.617

Fonte: IGE

A intervención social na democracia

Sen tentar facer un percorrido exhaustivo, dos case 36 anos de democracia e de intervención social realizada dende a Administración pública, hai que dicir que o Estado de Benestar que se pretendeu implantar nos anos oitenta con gobernos socialistas xa tiña dado síntomas de esgotamento en moitos países de Europa. Xa se contaba con literatura que daba información abonda para saber que o pleno emprego non era posible e que o sistema no que o Estado cubre as necesidades que o mercado provoca non é sustentable no marco dunha economía que esixe crecer constantemente.

Seguramente non se podía facer outra cousa que intentalo. Destas tentativas derivan os resultados actuais. Se reparamos en Galicia hai que recoñecer o modelo que o Goberno tripartito do PSdeG, Coalición Galega e Partido Nacionalista Galego tentou deseñar en 1988, coa implantación de equipos comarcais de intervención social. Ramón Muñiz (1996) baixo catro premisas que hoxe están de plena actualidade:

1. Os servizos sociais comunitarios son vertebradores de todo o sistema.
2. Rede única integrada e harmonizada que contempla as especificidades locais concretas.
3. O obxecto fundamental é a integración crítica na sociedade da poboación pobre e marxinal coa recuperación dos dereitos sociais e a precisa mobilización da comunidade desde a perspectiva da solidariedade.
4. O recoñecemento dos servizos sociais comunitarios como sistema preciso para coadjuvar o desenvolvemento económico e benestar social de Galicia.

Como se sabe, a curta duración do Goberno tripartito (1987-1989) impediu asentar este tipo de acción social e os servizos sociais e a loita contra a pobreza sumíronse durante o longo período «fraguista» no modelo que os diferentes ministerios foron implantando, xa que nunca se deu unha verdadeira transferencia de competencias en servizos sociais. O que se adoptou foi un desleixo, que todas as comunidades autónomas entenderon como autonomía, pois cada unha lexislou a capricho sen unha lei marco que dese sustentabilidade económica á cuarta columna do Estado do benestar. Mentres, a educación, a sanidade e o emprego camiñaban polas sendas de regulacións marco, a política social quedou a mercé do Plan Concertado que, como ben explica Francisco Cid (2014), se converteu nunha agonizante convocatoria anual cunha enguedellada xustificación que case convertía en meros contables os profesionais da intervención social, pero que permitía funcionar (tan a mínimos imos), e polo que xa temos que lamentar a súa próxima desaparición.

Nas accións das Administracións públicas hai que recoñecer o traballo realizado no marco dos plans sectoriais, os maiores, as mulleres, as adicións e a loita contra a pobreza sinalada por Europa... a través do que noutras comunidades autónomas se puido facer rendible coa creación de emprego e que en Galicia, atrévome a dicir, quedou presente principalmente na placa dalgunhas empresas de turismo rural.

Xa nos albores do século XXI, tras sucesivos gobernos do Partido Popular, iniciouse o I Plan de Inclusión de Galicia que, deseñado dende Europa, pretende incidir na pobreza e na exclusión social. Con el creouse un equipo coordinador dirixido pola Universidade da Coruña con catro equipos provinciais e sete equipos dependentes dos convenios cos principais municipios e comarcas galegas. Coa chegada do Goberno bipartito do PSdeG e o BNG (2006-2009) foi posible a ampliación dos equipos comarcais cun deseño que lembraba a proposta do ano 88 ao propoñer a óptica integral das accións no territorio.

Na actualidade quedan uns equipos totalmente diminuídos no medio rural, dependentes dun Consorcio Galego de Servizos de Benestar e Igualdade (a palabra «igualdade» só se mantén no nome) que se está tentando substituír pola Axencia Galega de Servizos Sociais e da que se verán os resultados proximamente.

En canto aos equipos municipais, só permanece o do Concello de Ourense cunha aposta clara pola inclusión e polo traballo interdisciplinar. Os demais concellos optaron por resituar os equipos municipais de inclusión no reforzo da estrutura dos servizos sociais ou municipais, ou ben vincularlos aos programas de emprego.

Soamente o Concello de Pontevedra decidiu despedir as técnicas e pechar o servizo.

Para rematar coas accións da Administración pública na loita contra a pobreza, cómpre sinalar dúas leis. A primeira, a Lei 39/2006 de Promoción da Autonomía Persoal e Atención ás Persoas en Situación de Dependencia, da que só cabe dicir que foi o principio da desaparición dos servizos sociais municipais e autonómicos, tamén comentado por Francisco Cid (2014) e por tantos compañeiros e usuarios que a sofren día a día. As razóns desta desfeita poden resumirse en dúas: a inexistencia de dotación orzamentaria e mais o feito de legislar de forma parcial sobre o conxunto.

Sería como se non tivésemos lei marco de sanidade e se lexislase de forma marco sobre, digamos, a cardioloxía e deixásemos totalmente desatendidas outras especialidades, incluída a atención primaria.

A segunda, é a Lei Orgánica 2/2012, do 27 de abril, de Estabilidade Orzamentaria e Sustentabilidade Financeira que outorga as competencias en servizos sociais practicamente en exclusiva ás comunidades autónomas, pero que invade competencias das Administracións locais e das propias

autonomías e deixa en suspenso, no caso de Galicia, a lexislación coa que se traballa a nivel municipal, como por exemplo o decreto 99/2012, a través do que se regulan os servizos sociais comunitarios e o seu financiamento.

Continuando coa análise da acción social, agora nas *organizacions non gobernamentais* sen ánimo de lucro, o chamado terceiro sector, pódese afirmar que a acción social dende esta iniciativa é débil e fragmentada, e, como non podía ser doutro xeito, cunha grave falla de memoria histórica.

Un exemplo disto é o total esquecemento da existencia, durante máis de seis anos, da Rede Galega de Loita Contra a Pobreza (REGAL) ñconstituída entre 1992-1995 e que deixa de ter presenza en 1998ñ, formada por 23 colectivos e promovida pola extinta Asociación Galega de Tráballo Social Comunitario, adscrita á EAPN-España e á mesma rede europea. En 2008 constitúese novamente como EAPN-Galicia e non queda presenza algunha do traballo anterior. Ao meu entender isto fai que sexa complexo avanzar, aprender e ser conscientes de que o noso paso pola historia é un lapso. Como moito, as persoas estamos 30 ou 40 anos activas e son as organizacións as que poden, traballando cunha filosofía común, facer fronte á inxustiza contra a que se quere loitar.

Por outra banda, resulta complexo realizar unha análise do traballo das organizacións non gobernamentais, e posiblemente esta sexa parcial e imprecisa. Pero a partir do mesmo podemos avanzar na construción desa memoria histórica até o de agora tan débil. A primeira idea consiste en valorar o traballo das organizacións que, como COGAMI, conseguiron afrontar situacións de inxustiza e atacar as causas das mesmas a través dos centros especiais de emprego, do mesmo xeito que os plans comunitarios en Santiago de Compostela, Vigo, A Coruña e Caranza-Ferrol, que son exemplo de traballo de loita contra a pobreza e dunha visión integradora e participada.

Para rematar coa historia e entrar no panorama actual, non quero deixar de mencionar o debate sobre a xestión dos servizos sociais públicos e privados como un dos retos cos que teñen que convivir as forzas políticas que pretendan gobernar, no sentido de que xa non é crible defender un sistema puramente público e que está por deseñar ese modelo mixto que garanta calidade, dereitos e universalidade e deixe fóra definitivamente o ánimo de lucro da intervención social.

A acción social na actualidade

*Claro que hai guerra de clases, pero é a miña clase,
a dos ricos, a que empezou. E imos gañando*

WARREN BUFFETT

Hoxe máis ca nunca, as infraclases, numerosas e dicotomizadas, forman un novo nicho de organización e espazo de loita pola xustiza ao que case que ninguén presta atención, pola súa coñecida fragilidade e debilidade, ese número tan significativo de persoas non vota, non protesta, non ten

capacidade de organización nin de canalización das reivindicacións cara ás institucións públicas ou privadas que din atender as súas necesidades, a beneficencia, os alimentos, os sindicatos o dereito ao traballo, a Administración pública, a vivenda... Tal é así que até que se inicia a espoliación das catalogadas como «clases medias» non aparece no Estado español a PAH (Plataforma de Afectados pola Hipoteca) e pasa a ser o espello no que mirarnos como exemplo de autorganización, mais alá das plataformas constituídas para resolución doutras problemáticas específicas, como é a que representa o calote aos pequenos aforradores a través das participacións preferentes en Galicia.

Analizando as organizacións que traballan pola xustiza e a superación da pobreza en Galicia, vemos que non temos organizacións con máis de quince anos que non pertencen á igrexa católica ou a outras igrexas como a Adventista do Sétimo Día, Evanxelista que xa están tecendo as súas redes para facerse espazo.

As iniciativas laicas da sociedade civil comprometidas co acción social solidaria foron tardías en Galicia entre elas, hai que recoñecer o inmenso traballo de institucións como Meniños que, procedendo de profesionais e militantes comprometidos coa acción social na infancia, nace en 1996. Igual sucede coa Plataforma Polo Emprego que en 1998 inicia un camiño pioneiro na busca da inclusión a través do traballo remunerado. E xa máis tarde, o Iga-xes (Instituto Galego de Xestión para o Terceiro Sector), que en 2006 inicia a súa andadura, cunha perspectiva máis ampla pero especializada igualmente no traballo con adolescentes en situación de risco e/ou exclusión social.

Xa máis recentemente, e case á par, inician a súa actividade en Vigo o Grupo Emaús Fundación Social e máis a Oficina de Dereitos Sociais (ODS) da Parroquia Cristo da Vitoria de Coia. A primeira como referente na prestación de servizos a persoas en situación de exclusión social e o segundo como punto de información sobre dereitos sociais, que se vertebra de xeito asembleario coa vontade de ofrecer información alternativa sobre axudas sociais, dar visibilidade e denunciar o empobrecemento e mais artellar respostas colectivas fronte ao capitalismo.

Contamos con máis organizacións e fundacións menos coñecidas, pero que achegan o mesmo valor de participación cívica na sociedade, entre elas os centros de desenvolvemento rural CDR.

O Viso en Xinzo de Limia, ou Portas Abertas en Vilardevós e mais Ancares. Na mesma liña, na Coruña, a traxectoria de Ecos do Sur, ou doutras organizacións que tentan facerse un lugar na acción social son pouco visibles, tal e como relata Xiana López (2014) no estudo realizado sobre iniciativas sociais na cidade de Compostela sobre o Proxecto Integral de Compostela, Renda básica das iguais, Stop desafiuzamentos, Asemblea Aberta e Asociación Galega de Horticultura Urbana. Tamén en Ferrol se iniciou un grupo autoorganizado de persoas en situación de exclusión do que se descoñece a súa

actividade actual, moi similar á Asociación Boa Vida Inclusión Social Activa que leva dous anos organizándose en Pontevedra e que pretende, ademais da autoorganización das persoas en situación de exclusión, xerar ingresos dende a filosofía trapeira de respecto polo ambiente.

Hai polo tanto ganas de traballar e organizarse, pero parece que as iniciativas máis reivindicativas son máis ben efémeras, e as que van permanecendo resúltalles difícil manter unha misión clara nun sistema perverso que as converte, ou se deixan converter, en meras prestatarias de servizos ás Administracións públicas e sustentadoras dos técnicos que traballan nelas, para, en canto a Administración pública deixa de financiarlas, desaparecer ou adaptar a misión á liña financeira de quenda.

Bótanse en falta organizacións como Traperos de Emaús, Navarra, que ten unha visión de traballo centrada nas causas que provocan pobreza e na participación efectiva das persoas empobrecidas, e que son quen de manter, despois de corenta anos, máis de duascenas persoas traballando na recollida selectiva de lixo. Feitos que demostran que outro mundo é posible se os salarios son equitativos para directivos e peóns, se se traballan seis horas e se practica a transparencia publicando as contas mes a mes, se se constrúe no día a día comunidade, tamén na vivenda compartida, e se cre firmemente que sen traballar sobre as causas de pouco serve atallar a fame do día a día.

No plano da articulación política atopámonos novamente cun panorama, que non me atrevo a denominar «desolador» aínda que tal vez sexa así, sen unha misión clara, no que se presentan currículos ocultos igual que no eido educativo. O vello minifundismo e instrumentalismo partidario das organizacións sociais fai que a sociedade civil non poida organizarse de xeito vertebrador. Observamos como no Estado español a Marea Laranxa, movemento de denuncia e defensa dos servizos sociais, ten un pulo importante, sobre todo nos territorios que non pertencen ás nacionalidades históricas, mentres en Galicia, a debilidade dos colexios profesionais no intento de organizarse no Espazo Dialoga (psicoloxía, educación social e traballo social) non consegue facerse presente nas protestas contra os recortes. A maiores, cando se suman os tres sindicatos maioritarios, para crear por fin a Alianza Social Galega, xa pasou tempo como para que as persoas pasasen de estar indignadas a submisas ante a ineficacia de protestas e folgas. Tanto é así que nos últimos meses os profesionais dos servizos sociais da Administración local intentan articular accións de protesta baixo o lema «o social no local» que se quedan en pequenos encontros nas áreas de Lugo e Coruña, coma unha reivindicación corporativa defensora de postos de traballo e non dos dereitos sociais da cidadanía á que prestan servizo.

Dende a mirada dos profesionais do sector (chámalo sector é moito dicir, xa que non está estruturado como tal) nin sequera se conseguiu acordar un convenio colectivo, nin os sindicatos saben situar con precisión as persoas que traballan no mesmo ou na intervención social. Aplícanse convenios por áreas en residencias ou na axuda a domicilio, pero non por sector, e cada

grupo ten que ir pelexando os seus dereitos, por exemplo a perigosidade das traballadora sociais nos cárceres. A pesar disto, si que hai dous colectivos principais que actúan e interveñen coa profesionalidade que caracteriza ás persoas que optan por traballar con e para as persoas en xeral e, especialmente, con e para as persoas que teñen dificultades, que son as que maioritariamente acoden á Administración pública ou ás organizacións do terceiro sector.

O colectivo profesional que ten marcado coa praxe a loita polos dereitos sociais e a favor da igualdade é, sen dúbida, o do Traballo Social que, dende os anos 60, está asociado primeiramente como profesionais, constituíndose en 1982 como Colexio Oficial de Traballo Social. A día de hoxe conta con 2.600 colexiados que traballan a pé da realidade da que estamos a falar. Este colectivo ten recibido moitas críticas, debido a que se resaltan máis as malas praxes, que as hai, que as boas. Un dos froitos desas boas praxes é a actual Lei 13/2008, de Servizos Sociais de Galicia, impulsada por María Jesús Lago, traballadora social, daquela Secretaria Xeral de Benestar da Vicepresidencia da Igualdade e Benestar da Xunta de Galicia.

O segundo colectivo profesional é o da Educación Social que non por ser máis novo no ámbito política social ten menos valor. Constitúese como colexio profesional en 2001 e conta na actualidade con 821 colexiados que traballan decote cos técnicos de profesións como a psicoloxía, a pedagogía, a economía ou o dereito, entre outras, na procura da xustiza social.

Para rematar, non se mira con esperanza á Administración pública actual, da que todos sabemos a liña que está a seguir. Máis ben pomos o til nas persoas. Sobre estás, insistir no que se mencionou anteriormente en relación á capacidade de organización e supervivencia, así como nos instrumentos democráticos que aínda conservamos.

A primeira institución, Valedor do Pobo (teremos que ir cambiándolle o xénero masculino) e que aparentemente é pouco usada, pero que informa e traballa na defensa dos mais débiles e ao que sorprendentemente acoden as persoas en situación de exclusión a presentar queixas en relación cos servizos sociais. En 2012, sobre o total de queixas presentadas, as clasificadas como servizos sociais representan un 11,43% sobre do total, sendo as segundas as relacionadas co grupo de corporacións locais, servizos municipais e protección civil, cun 30,27%.

Igualmente hai que felicitar ao Valedor do Cidadán do Concello de Vigo pola publicación do estudo comparado da exclusión social en 2011, así como pola atención que presta á cidadanía viguesa, o que fai pensar que esta figura sería interesante noutros municipios ou mancomunidades galegas.

Como instrumento democrático, desgastado pero útil, os partidos políticos, aos que hai que lembrarlle a importancia do traballo con e para a poboación pobre e excluída, a pesar de que saben que non votan, tal e como constatan Gómez e Trujillo (2011) no estudo sobre abstención e exclusión

social que publicou a Fundación Alternativas. Neste informe fanse cinco interesantes propostas para mellorar a participación e, en consecuencia, reducir as desigualdades. Destacar aquí unicamente unha, que aínda non se viu en ningún programa electoral, e que consiste en promover dentro da reforma da lei de financiamento de partidos políticos unha cláusula que condicione a axuda pública a que dediquen o 5% do financiamento que reciben do Estado a actividades desenvoltas entre a poboación que rexistre unha abstención extrema. E non hai que esperar a cambiar a Lei de partidos. Os grupos políticos que neste momento teñen representación parlamentaria e municipal xa poden iniciar pasos para facer praxes de repartición da riqueza por parte dos representantes da cidadanía nas institucións públicas que dean exemplo e os dignifiquen. Apélase a esa esquerda fragmentada para que o consenso chegue a consolidar unha alternativa real de goberno que materialice praxes deste tipo.

Como avanzar na Política Social?

Calquera política, sexa da área que sexa, ten que ter fundamentos na economía. Se non se operan cambios nesta, só iremos poñendo parches. Conscientes disto, enunciaremos resumidamente algunhas propostas que son ferramentas coas que camiñar e practicar utopías. Que non se diga que non se fai porque non se sabe, máis ben sábese que non se quere. E na base destas propostas, que poderían parecer desconexas, tería que estar o traballo social comunitario tal e como sinalaba Ramón Muñiz (1996).

Achegas das organizacións de acción social

A pesar da debilidade que se sinalou nas onegúas de acción social, a EAPN-Galicia, no marco da organización estatal e europea, conseguiu acordar propostas interesantes que xa viñan sendo debatidas e traballadas con anterioridade. Afondar nas mesmas e practicalas será o reto das forzas políticas que nos gobernen os próximos anos.

Achegarse ás organizacións de acción social sen ánimo de lucro é cooperar na creación de alternativas á exclusión e á pobreza e representa un dos grandes retos dos partidos políticos actuais, sempre que se fuxa da visión utilitarista que en ocasións pode darse, e se sitúe o diálogo nunha relación de actores sociais que teñen como interese superior o ben común.

Entre estas praxes, estarían as cláusulas sociais na contratación pública e ou privada. Xa temos exemplos de reserva de prazas para persoas con discapacidade, contratos para mulleres vítimas de violencia, así como tímidas medidas para a contratación de persoas en situación de exclusión. Pero as cláusulas sociais van máis alá; ademais de favorecer a sustentabilidade humana a ecolóxica, deberían incluso ser unha arma contra a deslocalización e o empobrecemento de países africanos, asiáticos e, latinoamericanos.

Outras dúas son o alugueiro social, e as políticas de asentamento da poboación no medio rural, sobre a primeira, todo resulta moi obvio, temos

vivendas baleiras e, non obstante, seguimos construíndo para a venda en réxime de «protección oficial». Tamén están en funcionamento experiencias de alugueiro social que funcionan ben (cada goberno vai cambiándolle o nome: «programa aluga», «alugueiro»...), aínda que precisarían de axilidade na xestión e un traballo coas persoas que participan nos programas para que cando rematen non teñan que volver á rúa, que é o que está a acontecer na actualidade. Terían que contemplar novos modelos de convivencia nos que compartir, ademais da habitación e os bens materiais nos edificios, algo de filosofía de vida.

Sobre o asentamento de poboación no medio rural e conexión do eido urbano galego co rural. Se dicir algo en sete liñas sobre outras alternativas é mera presentación, sobre isto nin me atrevo a comezar. Son moitas as experiencias e o traballo realizado desde a propia poboación rural e desde organizacións agrarias tan castigadas e ignoradas. Que dúbida cabe de que, en Galicia, un medio rural vivo favorecería un medio urbano rico.

Finalmente, avanzar das rendas mínimas ás renda básicas e outro camiño. A renda básica constitúe unha ferramenta máis tanxible, por estar neste momento no debate interno das organizacións e tentando coller pulo para saír á rúa. Vai ser moi complexo presentar a idea da renda básica á cidadanía cando os diferentes actores e defensores da mesma se presentan unha vez máis desconexos, froito de dúas realidades coas que hai que convivir. Unha ten relación coa propia historia da esquerda, onde cada un quere ser máis radical que o veciño, e a outra coa estruturación da administración multinivel na que está organizada a Unión Europea e mais o Estado español.

Todos temos en común a filosofía básica de que cada persoa, polo feito de nacer, debe ter garantidos os mínimos vitais recollidos na carta dos dereitos humanos. As discrepancias veñen cando empezamos a afondar no xeito de garantir eses mínimos e dispoñer cales son.

Asistimos así á lexislación das rendas mínimas en practicamente todo o Estado Español, en Galicia Renda de Integración Social (RISGA) de 1991, totalmente reformada dende o 1 de xaneiro de 2014 a través da nova Lei de Inclusión Social de Galicia, que mellora a anterior, pero que aínda está lonxe da renda básica, xa que nesta debe ser verificada a ausencia de recursos económicos e a concorrencia doutros factores de exclusión. En xaneiro do 2015 aínda non se publicou o decreto que desenvolve a lei e verase se finalmente permite o acceso á mesma de máis poboación, especialmente a que se está a quedar fóra do sistema de protección, por dificultades co empadramento no caso de persoas sen teito, ou coa sanidade no caso de persoas con enfermidades psiquiátricas non diagnosticadas e/ou tratadas. Xa non incluamos inmigrantes.

Se lembramos a máxima de pensar globalmente para actuar localmente, e viceversa, non podemos deixar de mirar cara ao Sur, onde a fame segue condenando a todo un continente a unha morte paulatina e onde se

asasinan persoas en defensa dunha fronteira administrativa española chantada ás portas de África. Se miramos cara ao Norte, na Unión Europea vemos que estamos moi lonxe de conseguir ir mais alá do debate, xa que a Iniciativa Cidadá Europea por unha Renda Básica Universal soamente colectou 294.544 do millón preciso. E se miramos ao Estado Español, 25.420 sinaturas das 70.496 precisas. Unha primeira lectura podería ser de fracaso absoluto, por non ter contado suficientemente coas organizacións de base ou porque estas non teñen desenvolta e implantada a idea de renda básica entre as súas prioridades. Outra lectura sitúase máis na importancia de que se introduza nas axendas europeas para que, paulatinamente, se considere como unha opción real.

Mentres tanto, o pasado 25 de outubro de 2013 en Cataluña, se entregaron as 121.191 sinaturas que levan ao debate parlamentario a “renda garantida cidadá”, que tal vez dende a visión da “renda básica das iguais” non pode ser considerada renda básica, xa que no proxecto de lei se contempla condicionada a non contar con ingresos mínimos, así como as obrigas que poden comportar a súa percepción.

Nas demais comunidades este debate estase a dar con moitas diferenzas. En Euskadi xa contan cunha renda mínima moi próxima á renda básica en canto a filosofía e aplicación. En Estremadura tamén se están conseguindo melloras na aplicación da renda mínima e en Galicia, soamente a Oficina de Dereito Sociais da Parroquia Cristo da Vitoria de Coia, está levando accións concretas reivindicando a Renda Básica das Iguais.

Finalmente, dende xullo de 2013, estase preparando a iniciativa lexislativa popular para levala ao Parlamento Español e dende marzo deste ano empezou a conta atrás para recadar as 500.000 sinaturas precisas.

Pódese afirmar que a renda básica, máis alá das diferenzas e afinidades entre os seus defensores, é unha ferramenta máis na loita contra a pobreza que introduce dous elementos claves na organización da sociedade. Por un lado a redistribución da riqueza, e por outro a desvinculación da supervivencia do traballo asalariado. Faise preciso afondar na mesma, traballar sobre o que une pensando nunha implantación progresiva que permita vivir con dignidade ás persoas que agora mesmo e na próxima década se atopan e atoparan excluídas.

Coma no final doutros imperios, moitas persoas falecerán, so sobreviviran as ricas, as intelixentes e as que se organicen e partillen o que teñen, o presente, a vida, unha cabeza e dúas mans...

Este texto final é o que lle inspirou este artigo a un dos pobres e excluídos que participa na asociación Boa Vida Inclusión Social Activa. Agradézolle a achega.

Pobreza económica, sucia, fétida, nerviosa, fea, triste, amarga, salgada, doce, edulcorada, ácida, definitiva, temporal, fodida, sumisa, contenta e alegre.

Pobreza de ideas, ideais, filosofía, sexo. Pobreza en amor, fantasía, arte, matemáticas, xustiza.

Pobreza literaria, poética, física, psíquica, espiritual.

Pobreza en valores democráticos, relixión, dereitos civís, fundamentais, humanos, animais e vexetais.

Pobreza en simpatía, empatía, asertividade, figura, beleza, estilo e atractivo.

Pobreza en soidade, compañía desexada e da outra.

Pobreza en soños, ilusións, aspiracións, liderados, compañeirismo, dignidade, amizade transparencia, fraternidade, liberdade e igualdade.

Pobreza de discurso, palabras, obxectivos, ensinanza, educación, dereitos, caridade e cariño.

Pobreza en alimentos, vivenda, traballo, solidariedade, comprensión, equilibrio.

Pobreza infantil, xuvenil, adulta, anciá, intelectual, de coñecemento e sabedoría. Pobreza egoísta, egocéntrica, desexo, traizoeira, delictiva, homicida e pecadora. Pobreza política, xurídica, policial, activa, organizativa, subversiva.

Pobreza en intencións, propostas, acordos e desacordos.

Pobreza en entretemento, información, radio, concursos e televisión.

Pobreza en respecto propio e alleo, tradicións, cultura e agricultura.

Pobreza en dirixentes obedientes, insensibles, mediocres, estúpidos, impresentables.

Pobreza de valor, vigor, forza, resistencia e decisión.

Pobreza...

DAVID LÓPEZ (pseudónimo)

Agradecementos polas achegas a este artigo para:

M^a Xosé Vázquez, Charo Baamonde, Xurxo Bértola e Manolo Barreiro.

BIBLIOGRAFÍA

- Boletín da REGAL (1995). Rede Galega de Loita Contra a Pobreza e a Exclusión Social. Número 0. Dep. legal C-78/95
- CID, FRANCISCO. (2014). Servidos Sociais Comunitarios: Recortes, Crise, e Morte do Plan Concertado. Fervenzas num. 16 Colexio de Traballo Social de Galicia. Santiago de Compostela
- CUNS, XOSÉ (2014). Baixado de <http://blogs.lavozdegalicia.es/no-mepi-dancalma/> (27 de febreiro de 2014).
- Datos estatísticos poboación idade baixado de [https://www.ige.eu/igebdt/esqv.jsp?paxina=001&c=0501&ruta=verPpalesResultados.jsp?OP=1&B=1&M=&COD=1557&R=2\[all\]&C=9912\[all\];1\[1:2\]&F=T\[1:0\]&S=&TI=2&NA=1](https://www.ige.eu/igebdt/esqv.jsp?paxina=001&c=0501&ruta=verPpalesResultados.jsp?OP=1&B=1&M=&COD=1557&R=2[all]&C=9912[all];1[1:2]&F=T[1:0]&S=&TI=2&NA=1) (o 25 de febreiro de 2014).
- DE LA HERAS, PATROCINIO (1978). *Grave carencia de una correcta planificación de la acción social*, descargado de http://elpais.com/diario/1978/06/03/sociedad/265672806_850215.html (27 de febreiro de 2014).
- ESPADA, LUÍS (2011) e colaboradores: *Pobreza e exclusión social. Perspectiva comparada e estudo específico do municipio de Vigo*. Oficina de Valedor do Cidadán. Vigo.
- GOMEZ, BRAULIO. Trujillo, Carmona. (2011). *Los excluidos también pueden votar: abstención y exclusión social en España*. Documento de traballo 169/2011. Fundación Alternativas. Madrid.

<http://basicincome2013.eu/> Iniciativa cidadana europea por una renta básica universal

<http://boavidainclusionactiva.blogspot.com.es/>

http://eapn.es/datos_pobreza.php

<http://ilprentabasica.org/la-iniciativa-legislativa-popular-por-larenta-basica-estatal-ha-sido-aceptada-a-tramite/>

<http://odscoia.arkipelagos.net/>

<http://rentabasicadelasiguales.coordinacionbaladre.org/>

<http://www.emaus.com/nuevaemaus/es-ES/mapa-oficinas#g Galicia>

<http://www.redrentabasica.org/>

<http://www.rendagarantidaciudadana.net/index.php/es/>

<http://www.valedordopobo.com/>

- Xunta de Galicia: «Lei 10/2013, do 27 de novembro, de Inclusión Social de Galicia», en *DOG* 249, 31 de decembro de 2013.
- Goberno de España: «Lei 13/2008, de 3 de decembro, de Servizos Sociais de Galicia» en *BOE* 15, de 17 de xaneiro de 2009.
- LÓPEZ, XIANA (2014): «Alternativas ao Estado de Benestar: análise das respostas xurdidas nos movementos sociais en Santiago de Compostela», en *Fervenzas* 16, Colexio de Traballo Social de Galicia. Santiago de Compostela.
- LORES, DIEGO; GARCÍA, ENRIQUE; SAÉZ, MANOLO. Coords (2012): *Estudo de Viabilidade de Renda Básica das Iguais en Galiza*. Baladre, Zambra, Grupo Axitación Social, Lapsus distribuidora alternativa CSA, Oficina de Dereitos Sociais Coia. Santiago de Compostela.
- MUÑIZ, RAMÓN (1996): *O pobo oculto. Pobreza e acción social en Galicia*. A Nosa Terra. Vigo.
- Referencia a datos AROPE, baixados de http://www.eapn.es/noticias/276/28_de_la_poblacion_en_Espana_en_riesgo_de_pobreza (27 de febreiro de 2014).
- TEZANOS, FÉLIX (1999): *Tendencias en desigualdad y exclusión social*. Sistema Editorial. Madrid.
- VVAA (2010): *Propuestas del tercer sector de acción social para una estrategia de inclusión social 2020 en España*. EAPN-España. Madrid.

A RESILIENCIA NAS SITUACIÓNS DE CRISE: UNHA NOVA VISIÓN

Iria Engroba Penabad
Alumna da EUTS de Santiago de Compostela

RESUMO:

A capacidade da resiliencia axuda a superar as dificultades e posteriormente permite lograr adaptarse con normalidade á rutina diaria que anteriormente caracterizaba ás vidas das persoas afectadas. Con ela, promóvese un enfoque dende as fortalezas que implica coñecer as capacidades, habilidades e recursos presentes nas persoas, desenvolverlos e establecer mecanismos de compensación co fin de diminuír os factores de risco. Este enfoque, introduce novas alternativas na intervención dos traballadores sociais; as cales xeralmente centran a atención nas carencias e nas dificultades.

Non obstante, centrarse nas fortalezas non implica esquecerse das debilidades, de aí a necesidade de profundar en estudos sobre crise para coñecer de primeira man os factores resilientes que toman parte no proceso. Desta forma, indágase naqueles factores que exercen como factores de protección e que ofrecen unha nova visión, máis positiva, á situación que refortalece e facilita o proceso de superar as adversidades dunha maneira máis satisfactoria.

PALABRAS CLAVE:

Resiliencia, factor de protección, enfoque nas fortalezas, situacións de crise, intervencións sociais.

RESUMEN:

La capacidad de la resiliencia ayuda a superar las dificultades y posteriormente permite lograr adaptarse con normalidad a la rutina diaria que anteriormente caracterizaba a la vida de las personas afectadas. Con ella, se promueve un enfoque desde las fortalezas que implica conocer las capacidades, habilidades y recursos presentes en las personas, desenvolverlos y establecer mecanismos de compensación con el fin de disminuir los factores de riesgo. Este enfoque, introduce nuevas alternativas en la intervención de los trabajadores sociales; las cuales generalmente centran la atención en las carencias y en las dificultades.

Sin embargo, centrarse en las fortalezas no implica olvidarse de las debilidades, de ahí la necesidad de profundizar en estudios sobre crisis para conocer de primera mano los factores resilientes que toman parte en el proceso. De esta forma, se indaga en aquellos factores que ejercen como factores de protección y que ofrecen una nueva visión, más positiva, a la situación que refortalece y facilita el proceso de sobrepasar las adversidades de una manera más satisfactoria.

PALABRAS CLAVE:

Resiliencia, factor de protección, enfoque en las fortalezas, situaciones de crisis, intervenciones sociales.

ABSTRACT:

The ability of resilience helps overcome difficulties and subsequently achieves normally adapt to the daily routine that previously characterized the life of people affected. With it, an approach is promoted from the strengths that means knowing the capacities, skills and resources in people, unwrap and establish mechanisms for compensation in order to reduce risk factors. This approach introduces new alternatives in the intervention of social workers; which generally focus on the shortcomings and difficulties.

However, focusing on strengths does not mean forgetting weaknesses, hence the need for further studies of crisis to know the resilient factors involved in the process. This way, it explores the factors that exert as protective factors and offering a new vision, more positive, the situation that strengthens and facilitates the process of overcoming the adversities of a more satisfying way.

KEYWORDS:

Resilience, protective factors, focus on strengths, crisis situation, social interventions.

1. RESILIENCIA

A maior parte das investigacións mostran que a resiliencia é un concepto de estudo recente pero que porén se atopa nos seres humanos dende o momento no que nacen. Seguindo a Henderson (2006, p. 18) “A resiliencia é a capacidade do ser humano para facer fronte ás adversidades da vida, aprender delas, superalas e inclusive, ser transformados por estas”.

Non obstante, aínda a día de hoxe non existe unha definición consensuada sobre a dita capacidade, o que provocou que o seu estudo se dividira en tres etapas diferenciadas que Ruiz e López (2012) explican:

- Na primeira etapa realizouse un estudo sobre as calidades e fortalezas que axudan os individuos a superar as adversidades, obtendo como resultado: ter iniciativa, ser tolerante, ter autoestima... Ao mesmo tempo, delimitáronse os factores resilientes de Grotberg: eu teño, eu son, eu estou e eu podo.
- Na segunda etapa o estudo centrouse en responder en como se adquiren as calidades resilientes. En este caso, enténdese a resiliencia como un proceso no que as influencias do ambiente e do individuo interactúan e permite que este se adapte. As autoras explican aquí o modelo de resiliencia de Richardson o cal sinala que ante unha crise, a persoa ten opción de elixir cal van ser os resultados. Os resultados clasifícanse en:
 - Reintegración resiliente: a persoa experimenta crecemento coa crise.
 - Homoestase: a persoa non aprende da crise.
 - Perda: a persoa non ten motivación para facerlle fronte ás demandas que proceden das circunstancias da vida.
 - Reintegración disfuncional: a persoa ten condutas destrutivas para ela e para os demais.
- Na terceira etapa equiparase a motivación á resposta de reintegración resiliente, é dicir, o simple feito de recibir unha boa noticia axuda a crecer cando a persoa se atopa fronte a unha adversidade.

A partir destes estudos, establécense aqueles piares que compoñen a resiliencia e que son fundamentais coñecer para fomentar as prácticas resilientes nas intervencións dos traballadores sociais. Melillo (citado en Barranco, 2009) contempla os seguintes:

- A importancia de ter unha autoestima consistente, que provén do coidado afectivo que o adulto lle dá ao neno ou ao adolescente.
- Introspección: preguntarnos a nós mesmos e respondemos dunha maneira honesta.
- Independencia: capacidade de fixarse límites entre a persoa e o medio conflictivo.
- Capacidade de relacionarse: establecer lazos afectivos con outras persoas.
- Iniciativa: o feito de poñerse a proba en tarefas cada vez máis complexas e esixirse a un mesmo.

- Humor: deixa de lado os sentimentos negativos. Manil (2013, p. 33) sinala:

Un exemplo disto é Freud que viviu terribles dramas persoais (a morte de dous fillos, persecución nazi, o final co cancro) e escribiu: o humor non se resigna, desafia, implica non só o triunfo de min, senón tamén do principio do pracer que así atopa o medio para afirmarse a pesar das realidades externas desfavorables.

- Creatividade: capacidade de crear orde dentro do desorde e do caos.
- Moralidade: capacidade de comprometerse cos valores e coas consecuencias para estender o desexo persoal do benestar.
- Capacidade de pensamento crítico: pónense en funcionamento os mecanismos de afrontamento, xa que a persoa analiza as responsabilidades do feito traumático ou da adversidade.

A maiores, a capacidade de resolución de problemas é determinante á hora de afrontarse a unha situación crítica dado que permite activar os mecanismos de afrontamento. Ao mesmo tempo, o pensamento optimista debería ser algo ineludible na resiliencia dado que fomenta a visión das fortalezas.

Cabe sinalar, que non por que unha persoa posúa todos os piares anteriormente descritos, vai a ter respostas resilientes xa que as influencias de factores externos son determinantes. Ademais, se un dos piares está desenvolto considerablemente, poderá exercer como balanza diminuindo os factores de risco.

1.1 A resiliencia en traballo social

Xeralmente as intervencións realizadas dende o traballo social poñen o seu enfoque nas necesidades que en moitas ocasións impiden a visibilidade das fortalezas que as persoas usuarias teñen.

De feito, nun estudo realizado por Juárez (2012) con base nas capacidades que compoñen a resiliencia nas persoas, móstrase que os traballadores sociais entrevistados exploran as capacidades de interacción/relación, iniciativa, independencia, humor, introspección e autoestima a través de procesos inconscientes. Noutras palabras Juárez (2012, p. 30) di: “As capacidades son máis evidentes cando se mostran nos seus extremos máis polarizados, carencia delas ou unha evidente presenza”. Polo tanto, non son obxecto de intervención estas capacidades que quedan na maior parte das veces empanadas coa problemática principal que o usuario expón.

Noutro estudo levado a cabo por De La Paz (2011) realizáronse 24 entrevistas a traballadores sociais escollidos ao azar, especialistas en diferentes campos de intervención. O obxectivo era analizar tres informes

sociais en cada unha das entrevistas para obter información sobre como realizan os traballadores sociais a recollida de información e, polo tanto, a valoración da situación, diagnóstico, tratamento etc. Os resultados obtidos mostran que se realizan as indagacións necesarias para coñecer o caso pero que non obstante non se fai unha exploración sobre os aspectos positivos de partida, nin se analizan as fortalezas que están presentes no caso. Certo é que os informes sociais se atopan cada vez máis estandarizados e que o tempo dedicado a intervencións vese en moitos casos limitado, o que diminúe a posibilidade de realizar unha recollida de datos baseada nas fortalezas.

Non obstante, De La Paz (2011) sinala que se nos centramos nas fortalezas serán outras as posibilidades de intervención. Ademais, a resiliencia prevén a aparición de novos problemas xa que axuda a anticiparse a eles e formula estratexias de afrontamento máis eficaces (Villalba, 2006).

2. SITUACIÓNS DE CRISE

A multitude de cambios económicos e sociais presentes no contexto a día de hoxe, incrementa a proximidade que nos últimos anos se tivo cara ao concepto de crise. A pesar disto, na sociedade actual non existe aínda un coñecemento exacto do que esta palabra quere dicir, levando moitas veces o seu contido a calquera tipo de situacións que levan un nivel de estrés elevado.

De feito, na definición de crise: situacións inesperadas que nos obrigan a realizar cambios na nosa vida e a poñer en marcha mecanismos de adaptación (Mercé, 2014), teñen cabida múltiples situacións e de diferente calibre o que dificulta as intervencións dos profesionais que se atopan moitas veces con dificultades para poder afrontar as adversidades que os usuarios presentan, debido á gran extensión do propio concepto e á inexistencia duns límites claros e fixos. En relación con isto, e como ben di Herrero (2014) a definición dos termos relevantes neste tipo de situacións é imprescindible xa que a delimitación conceptual é un paso fundamental para asentar a adecuada intervención profesional en situacións de crise ademais de enriquecer á profesión como coñecemento científico.

Ademais, á hora de intervir ante situacións críticas os traballadores sociais atopan certos inconvenientes: por un lado, teñen unha variedade de funcións pouco claras xa que son múltiples e moi variadas e por outro lado, o seu descoñecemento por parte dos profesionais cos que interveñen. Exemplo disto son experiencias como a de Pérez (2011) o cal, tras a intervención do Samur Social no atentado terrorista do 11 de marzo en Madrid, contempla que se debe traballar no fomento da visibilización da actuación dos servizos sociais e no establecemento dunha actuación xerarquizada para evitar o caos. Na mesma liña, a xefa de sección de servizos sociais do concello de Santiago de Compostela, Botas (2014), recolle que entre as dificultades na actuación dos traballadores sociais no accidente Alvia

o 24 de xullo de 2013 se atopou que as funcións non estaban predeterminadas polo cal xurdían a medida que o acontecemento se ía desenvolvendo.

Polo tanto, o labor dos traballadores sociais é pertinente neste contexto para diminuír o impacto que as situacións críticas teñen na vida de quen as padece, ofrecendo apoio e solucionando aquelas demandas que as persoas manifestan. É entón primordial consolidar o espazo de intervención nesta tipoloxía de situacións, é dicir, profundar nos modelos teóricos aplicables que xa Arricivita (2013) analiza e determina, e delimitar as funcións para facilitar as intervencións dos profesionais, promover actuacións xerarquizadas e dar unha resposta máis rápida.

3. A RESILIENCIA COMO FACTOR DE PROTECCIÓN

Hai estudos que reflicten que tras a vivencia dunha situación de crise ou dunha situación traumática as persoas saen fortalecidas na medida en que extraen aspectos positivos do acontecemento sobrevido, e incrementan a adaptabilidade ás futuras adversidades que van tendo lugar no proceso da vida. De feito, Uriarte (2010) di que xa durante as crises as persoas afectadas mostran unha capacidade de absorción e axiña establecen condutas que exercen como mecanismo de compensación.

A continuación preséntanse estudos que reflicten a transformación e o crecemento persoal que viviron persoas tras a superación dunha situación crítica:

- No ano 1995, realizouse un estudo a 154 mulleres que na súa infancia sufriron abuso sexual. Case a metade (46.8%) saíron fortalecidas dese trauma infantil xa que incrementaron a capacidade de protección nos nenos, a capacidade de autoprotección e desenvolveron unha personalidade máis resistente e autosuficiente (McMillen, Zurvain e Rideout, citados en Vera, Carbelo e Vecina, 2006).
- No 2002, o obxecto de estudo foron 36 superviventes dunha catástrofe dunha plataforma petrolífera que foron entrevistados 10 anos despois. Demostraron que máis da metade dos entrevistados melloraron as súas relacións persoais, crecemento emocional e seguridade económica (Hull, Alexander e Klein, citados en Vera et al., 2006).

Tamén existen estudos que mostran algunhas das calidades e fortalezas que axudaron ás persoas a afrontar as crises:

- Benito, Oudda, Benito, Lahera e Fernández (2010) analizaron todas as historias clínicas do Centro de Saúde Mental de Alcalá de Henares, relacionadas cos atentados, dende o 12 de marzo de 2004 (un día despois dos atentados) ata o 30 de xuño de 2004. Dous anos e medio

despois realizouse unha entrevista telefónica aos pacientes preguntándolles que crían que foi o que máis lles axudou a superar a situación. As respostas clasificáronse en diferentes categorías entre as cales destaca que o factor de resiliencia máis mencionado foi o contorno familiar.

- No 2013, realizáronse entrevistas a nove mulleres recuperadas dun trastorno de conduta alimentaria para coñecer se experimentaran o proceso de resiliencia. Obtivéronse sete compoñentes da resiliencia, os cales lles axudaron a recuperarse: cambio de condutas, inicio de actividades e hobbies, actividades de desafío emocional, apoio social, activación de valores persoais, experiencias de conciencia plena e o aumento do coñecemento de si mesmas (Las Hayas, Aguirre, Padierna e Calvete, 2013).

Tras o análise dos diferentes estudos obtense que fronte unha situación crítica adéstranse as nosas forzas internas sempre e cando exista un equilibrio entre factores externos e internos, é dicir o feito de que unha persoa teña unha autoestima consistente e unha rede de apoio social importante fai que a persoa se atope máis forte para superar calquera situación crítica. Polo tanto, a resiliencia non só se caracteriza por adaptarse dunha maneira normalizada tras unha crise se non que, de acordo con Muñoz (2005), exerce como factor de prevención ao minimizar as secuelas que produce a adversidade e incluso impedir a repetición desas situacións.

CONCLUSIÓN

Os traballadores sociais deben coñecer e potenciar os aspectos resilientes nas persoas usuarias eliminando desta forma ou polo menos reducindo o impacto que as situacións críticas producen. A resiliencia aparece entón na intervención como factor de prevención, e ofrece outra visión da situación e da repercusión que esta ten na persoa, o que dá lugar a novas alternativas á hora de intervir. Ao mesmo tempo, as funcións dos traballadores sociais ante situacións críticas seguen a ser moi difusas e pouco claras o que repercute moi negativamente nas actuacións realizadas en coordinación con outros profesionais. Ademais, é importante promover a formación nesta materia xa que cada vez se dan máis situacións críticas e en elas a actuación dos traballadores sociais é primordial.

Polo tanto, posuír unha visión máis positiva das situacións axuda a fortalecer os recursos e forzas internas da persoa e a poñer en práctica os mecanismos de afrontamento; o que facilitará a superación de calquera outra situación crítica. Desta forma, as intervencións dos traballadores sociais irán encamiñadas ao alcance do benestar social fomentando máis coa nunca o principio de autonomía persoal xa que así, fronte a unha situación similar, será a persoa a que empregue os seus propios recursos internos para afrontar as problemáticas.

BIBLIOGRAFÍA

- ARRICIVITA, A. L. (2013). *Manual para trabajadores sociales y otros profesionales de la ayuda*. Huesca: Autor
- BARRANCO, C. (2009). “Trabajo social, calidad de vida y estrategias resilientes”. *Portularia*, 9 (2), 133-145. Recuperado de [file:///C:/Users/Iria/Downloads/Dialnet-TrabajoSocialCalidadDeVidaYEstrategiasResilientes-3125050%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Iria/Downloads/Dialnet-TrabajoSocialCalidadDeVidaYEstrategiasResilientes-3125050%20(1).pdf)
- BENITO, A., OUDDA, L., BENITO, G., LAHERA, G. E FERNÁNDEZ, A. (2010). “Los factores de resiliencia ante situaciones traumáticas. Análisis tras los atentados del 11 de marzo en una muestra de pacientes en el CSM de Alcalá de Henares”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(107), 375-391. Recuperado de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16085>
- BOTAS, M. A. (2014). “Traballo Social en situación de crise, emerxencias e catástrofes”. *Fervenzas. Revista Galega de Traballo Social*, 17, 29-35.
- DE LA PAZ, P. (2011). “La intervención en Trabajo Social desde la perspectiva de las fortalezas”. *Cuadernos de Trabajo Social*, 24, 155-163. Doi: 10.5209/rev_CUTS.2011.v24.36865.
- HENDERSON, E. (2006). “¿Qué entendemos por resiliencia? ¿Cómo promoverla? ¿Cómo utilizarla?” En E. Henderson (Comp.) *La resiliencia en el mundo de hoy: cómo superar las adversidades* (pp. 17-57). Barcelona: Gedisa Editorial.
- HERRERO, I. (2014, marzo). Aspectos teóricos e prácticos da intervención social en situacións de crise, emerxencia ou catástrofe. Comunicación presentada a las *Jornadas del Colegio Oficial de Trabajo Social de Galicia (COTSG)*. *El Trabajo Social en situaciones de crisis, emergencia o catástrofe*. Santiago de Compostela.
- JUÁREZ, A. (2012). “Construir desde las fortalezas: Trabajo Social y resiliencia”. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 70(136), 5-36.
- LAS HAYAS, C., AGUIRRE, M., PADIERNA, J. A. E CALVETE, E. (2013). “El proceso de resiliencia en los trastornos de la conducta alimentaria”. En B. Charro e M. J. Carrasco (Coords.). *Crisis, vulnerabilidad y superación* (pp. 151-165). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- MANIL, P. (2013). “El humor y la resiliencia en cooperación”. En S. Vanistendael, P. Gaberan, B. Humbeeck, J. Lecomte, P. Manil e M. Rouyer. *Resiliencia y humor* (pp. 29-44). Barcelona: Gedisa Editorial.

- MERCÉ, M. (2014). *Crisis Emocionales. Inteligencia emocional aplicada a las situaciones de crisis, enfermedad y pérdidas*. España: Editorial Amat.
- MUÑOZ, V. (2005). “Educar para la resiliencia: un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social”. *Revista Complutense de Educación*, 16(1), 107-124. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/RCED0505120107>
- PÉREZ, D. (2011). “El Samur Social como servicio social de atención a las emergencias sociales: su papel en la catástrofe del atentado terrorista del 11 M y en el grave accidente aéreo de Spanair. Intervención social en situaciones de emergencias sociales II”. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 94, 9-31.
- RUIZ, G. T. E LÓPEZ, A. E. (2012). “Resiliencia psicológica y dolor crónico”. *Escritos de Psicología*, 5(2), 1-11. Doi: 10.5231/psy.writ.2012.1001.
- URIARTE, J. D. (2010). “La resiliencia comunitaria en situaciones catastróficas y de emergencia”. *Revista de Psicología*, 1, 687-693. Recuperado de http://infad.eu/RevistaINFAD/2010/n1/volumen1/INFAD_010122_687-693.pdf
- VERA, B., CARBELO, B. E VECINA, M. L. (2006). “La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático”. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 40-49. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1283>
- VILLALBA, C. (2006). “El enfoque de resiliencia en trabajo social”. *Acciones e investigaciones sociales*, 1, 466-495. Recuperado de [file:///C:/Users/Iria/Downloads/Dialnet-ElEnfoqueDeResilienciaEnTrabajoSocial-2002483%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/Iria/Downloads/Dialnet-ElEnfoqueDeResilienciaEnTrabajoSocial-2002483%20(6).pdf)

A ATENCIÓN Á/O PACIENTE INMOBILIZADA/O NO CENTRO DE SAÚDE DE RIBEIRA: RELACIÓN COAS AXUDAS DO SISTEMA DE ATENCIÓN Á DEPENDENCIA

*Rosalía Álvarez Álvarez, colexiada núm. 2361
Traballadora Social SAP Ribeira - Servizo Galego de Saúde*

RESUMO:

O presente artigo é un extracto do Traballo Fin de Grao realizado para a Escola Universitaria de Traballo Social da Universidade de Santiago de Compostela. Trátase dun estudo descritivo sobre a poboación incluída como paciente inmovilizado no Centro de Saúde de Ribeira, A Coruña, en relación coas axudas á dependencia.

As persoas que se encontran nesta situación de inmovilizadas poden estar ao mesmo tempo nunha situación de dependencia e, polo tanto, son susceptibles de recibir os servizos e prestacións da atención á dependencia, polo que, o interese deste artigo reside en coñecer o alcance destas axudas no devandito colectivo.

Por outra banda, pode resultar novo, comparar conceptos procedentes de distintos ámbitos, a «inmovilidade» sanitaria versus a «dependencia» social.

PALABRAS CLAVE:

Atención primaria de saúde, dependencia, discapacidade paciente inmovilizada/o, traballo social sanitario.

RESUMEN:

El presente artículo es un extracto del Trabajo Fin de Grado realizado para la Escuela Universitaria de Trabajo Social de la Universidad de Santiago de Compostela. Se trata de un estudio descriptivo sobre la población incluida como paciente inmovilizada/o en el Centro de Salud de Ribeira, A Coruña, en relación a las ayudas a la dependencia.

Las personas que se encuentran en esta situación de inmovilizada/o pueden estar al mismo tiempo, en una situación de dependencia, y, por tanto, son susceptibles de recibir los servicios y prestaciones de la atención a la dependencia, por lo que, el interés de este artículo reside en conocer el alcance de estas ayudas en dicho colectivo.

Por otra parte, puede resultar novedoso, comparar conceptos procedentes de distintos ámbitos, la “inmovilidad” sanitaria *versus* la “dependencia” social.

PALABRAS CLAVE:

Atención primaria de salud, dependencia, discapacidad paciente inmovilizado, trabajo social sanitario.

ABSTRACT:

This article is an excerpt from the end grade work done for the University School of Social work of the University of Santiago de Compostela. It is a descriptive study of the population included as a patient immobilized in the Centre of health of Ribeira, A Coruña, in relation to aid dependency.

People who find themselves in this situation of fixed assets may be at the same time, in a situation of dependency, and, therefore, are susceptible to receive the services and attention to dependency benefits, so, the interest of this article lies in knowing the scope of such aid in the collective said.

On the other hand, it may be new, compare concepts coming from different areas, «immobility» health *versus* social «dependence».

KEYWORDS:

Primary health care, dependency, disability, immobilized patient, medical social work.

1. INTRODUCCIÓN

O Centro de Saúde de Ribeira. Atópase no municipio do mesmo nome na provincia da Coruña. É considerado cabeceira de zona de saúde de atención primaria, é dicir, coordina outros centros tanto no ámbito municipal, (Consultorio de Corrubedo e Palmeira, Casa do Mar de Aguiño), como no ámbito intermunicipal, Centro de Saúde da Pobra do Caramiñal. Pertence á rede do Servizo Galego de Saúde que integra todos os centros, servizos e establecementos sanitarios da Administración autonómica galega, sobre os que exerce o goberno, a dirección e a xestión, co fin de garantir a asistencia sanitaria pública.

O Traballo Social Sanitario. No campo sanitario, o traballo social é definido por Ituarte (1994, p.277) como:

A actividade profesional que ten por obxecto a investigación dos factores psicosociais que inciden no proceso saúde-enfermidade, así como o tratamento dos problemas psicosociais que aparecen con relación ás situacións de enfermidade, tanto se teñen que ver co seu desencadeamento coma se derivan daquelas.

A Atención Primaria de Saúde. A Lei 16/2003, do 28 de maio, de cohesión e calidade del Sistema Nacional de Saúde, publicada no BOE n.º 128 de data 29 de maio de 2003, establece no artigo 12 en relación coas prestacións de atención primaria que:

A atención primaria é o nivel básico e inicial de atención, que garante a globalidade e continuidade da atención ao longo de toda a vida do paciente, actuando como xestor e coordinador de casos¹.

Comprenderá actividades de promoción da saúde, educación sanitaria, prevención da enfermidade, asistencia sanitaria, mantemento e recuperación da saúde, así como a rehabilitación física e o traballo social.

Paciente inmobilizada/o. No documento *Procedementos clínicos de Atención Primaria* do Servizo Galego de Saúde, establécese a definición de paciente inmobilizada/o en base á cal selecciónase á poboación galega que se incluíra no *programa de atención á/ao paciente inmobilizado*, formando parte este programa da *Carteira de Servizos*² (Rodríguez, Calviño, Veira, 2004).

Enténdese por *paciente inmobilizado*, a persoa que pasa a maior parte do seu tempo na cama, que só pode abandonala con axuda doutras, e aquelas con dificultade importante para desprazarse, independentemente da causa, sendo o tempo previsible de duración desta circunstancia superior a dous meses (Álvarez, Bacariza, García, 2001).

Seguindo as directrices establecidas, en todos os centros de saúde da Comunidade Autónoma de Galicia desenvólvese a atención ao paciente inmobilizado, así en Ribeira, ao tratarse dun centro dotado con unidade de traballo social, ademais do persoal facultativo e de enfermería intervén a traballadora social, á que lle corresponde realizar a valoración social do paciente.

¹ Na mesma lei mencionada, defínese a xestión de casos como a estratexia que opera en ámbitos asistenciais e administrativos para individualizar, organizar e coordinar un conxunto de servizos e regulador de fluxos.

² A Carteira de Servizos é o conxunto de técnicas, tecnoloxías ou procedementos, entendendo por tales, cada un dos métodos, das actividades e dos recursos baseados no coñecemento e na experimentación científica, mediante os que se fan efectivas as prestacións sanitarias, Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia. *Diario Oficial de Galicia* n.º 143 do 24 de xullo de 2008.

Para iso utilízanse diversos soportes documentais, destacando o *protocolo social do paciente inmovilizado*. Nel, recóllese unha serie de datos divididos en cinco áreas:

- Paciente inmovilizada/o (datos persoais, discapacidade, incapacitación, convivintes³).
- Atención informal (coidadora ou coidador, situación deste relación coa coidadora ou coidador) e formal (recurso formal).
- Relacións sociais (tempo que pasa só, visitas, participación en actividades).
- Datos de vivenda/económicos (cambio de vivenda, tipo, réxime de tenencia, localización, amoreamento, ventilación, accesibilidade, equipamentos, situación económica, ingresos propios, ingresos do núcleo de convivencia).
- Valoración social. Campo da deficiencia ou situación de risco social (relacións familiares, atención formal/informal, vivenda, situación económica).

Coa progresiva implantación do programa Ianus⁴ en atención primaria de saúde, esta valoración realízase directamente en soporte electrónico. É unha ferramenta que permite integrar nun único sistema informático o historial clínico de cada paciente, independentemente do hospital ou centro de saúde de referencia. O seu obxectivo é dotar a todos as/os profesionais do Servizo Galego de Saúde dun medio potente e eficaz para a xestión da información clínica, dispoñendo dun modelo único e seguro de acceso á información das/dos pacientes, a través dun portal que permite o seu cumprimento, por parte destes profesionais, en apartados e campos de datos para incorporar información de saúde, funcional e social, como informes de saúde, informes de dependencia e escalas de valoración funcional, entre outros.

O sistema de atención á dependencia

- **Orixe.** Seguindo a Secretaria de Estado no ano 2005 (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005, p.18):

Xurde para dotar de novos dereitos á cidadanía e fortalecer os valores e principios que inspiran a sociedade do benestar. Completar o “cuarto pilar” do Estado de Benestar, acercarnos aos niveis de cobertura de prestacións dos países do noso contorno europeo.

³ Documento elaborado antes da posta en marcha do Sistema de Atención á Dependencia, nas valoracións posteriores a esta data, 2007, engadiuse o recoñecemento do grao de dependencia.

⁴ Ianus inclúese dentro do Plan de tecnoloxías da información da sanidade galega para o novo espazo público *Rede de Saúde*. Xunta de Galicia (2006).

Isto plasmouse na Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia. Regula as condicións básicas de promoción da autonomía persoal e de atención ás persoas en situación de dependencia mediante a creación dun Sistema para a Autonomía e Atención á Dependencia (SAAD).

O artigo 2 da citada lei define a dependencia como:

Estado de carácter permanente en que se encontran as persoas que, por razóns derivadas da idade, a enfermidade ou a discapacidade, e ligadas á falta ou á perda de autonomía física, mental, intelectual ou sensorial, precisan da atención doutra ou outras persoas ou axudas importantes para realizar actividades básicas da vida diaria ou, no caso das persoas con discapacidade intelectual ou enfermidade mental, doutros apoios para a súa autonomía persoal.

- **Axudas.** Agrúpanse en servizos e prestacións económicas.

Servizos:

Servizos de prevención das situacións de dependencia e os de promoción da autonomía persoal.

Servizo de teleasistencia

Servizo de axuda a domicilio: atención das necesidades do fogar e coidados persoais.

Servizo de centro de día e de noite: centro de día para maiores, centro de día para menores de 65 anos, centro de día de atención especializada e centro de noite.

Servizo de atención residencial: residencia de persoas maiores en situación de dependencia e centro de atención a persoas en situación de dependencia, en razón dos distintos tipos de discapacidade.

Prestacións económicas:

Prestación económica vinculada ao servizo.

Prestación económica para coidados no contorno familiar e apoio a coidadoras e coidadores non profesionais.

- **Graos de dependencia**

A situación de dependencia clasifícase nos seguintes graos:

- a) Grao I. Dependencia moderada: cando a persoa necesita axuda para realizar varias actividades básicas da vida diaria, polo menos unha vez ao día ou ten necesidades de apoio intermitente ou limitado para a súa autonomía persoal.

- b) Grao II. Dependencia severa: cando a persoa necesita axuda para realizar varias actividades básicas da vida diaria dúas ou tres veces ao día, pero non precisa o apoio permanente dunha coidadora ou coidador ou ten necesidades de apoio extenso para a súa autonomía persoal.
- c) Grao III. Gran dependencia: cando a persoa necesita axuda para realizar varias actividades básicas da vida diaria varias veces ao día e, pola súa perda total de autonomía física, mental, intelectual ou sensorial, necesita o apoio indispensable e continuo doutra persoa ou ten necesidades de apoio xeneralizado para a súa autonomía persoal, económica e de asistencia persoal.

- A dependencia e a súa valoración

Valoración da situación de dependencia. Determinase mediante a aplicación do baremo que terá entre os seus referentes a Clasificación Internacional do Funcionamento, a Discapacidade e a Saúde (CIF), adoptada pola Organización Mundial da Saúde. O baremo valora a capacidade da persoa para levar a cabo por si mesma as actividades básicas da vida diaria, así como a necesidade de apoio e supervisión para a súa realización por persoas con discapacidade intelectual ou con enfermidade mental.

Procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema. Iniciarase a instancia da persoa que poida estar afectada por algún grao de dependencia ou de quen ostente a súa representación, a súa tramitación axustase ao procedemento administrativo común.

O recoñecemento da situación de dependencia efectuarase mediante resolución expedida pola administración autonómica correspondente á residencia da persoa solicitante. Esta resolución determina os servizos ou prestacións que lle correspondan.

Programa Individual de Atención. Os servizos sociais públicos establecen un Programa Individual de Atención no que se determinarán as modalidades de intervención máis adecuadas ás necesidades de entre os servizos e as prestacións económicas previstas na resolución para o seu grao e nivel, coa participación tras a consulta e, se é o caso, elección entre as alternativas propostas da beneficiaria ou beneficiario e, se é o caso, da súa familia ou entidades tutelares que os representen.

Poderán ser revisados, ao igual que o grado, os servizos e as prestacións, nas formas establecidas.

2. PROCESO METODOLÓXICO

É un estudo descritivo, a partir de fontes secundarias, mediante un tratamento de datos manual.

Obxectivos

Xeral:

- Estudar o perfil e características das persoas incluídas no programa de atención aos pacientes inmovilizados do Centro de Saúde de Ribeira e a súa situación en relación as axudas á dependencia.

Específicos:

- Coñecer as características sociodemográficas: sexo, idade, estado civil.
- Analizar as variables vinculadas á situación de paciente inmovilizado: tempo e causas da situación.
- Analizar a súa relación coas solicitudes de valoración de dependencia: data de inicio solicitude valoración, resolución grao nivel, Programa Individual de Atención, servizo ou prestación, tempo transcorrido.

Poboación obxecto de estudo. Persoas incluídas no programa de atención a pacientes inmovilizados, é dicir, aquelas que requiren atención no seu domicilio, con episodio aberto por tal motivo na historia clínica electrónica, 138 do Centro de Saúde de Ribeira (A Coruña) o 31 decembro de 2012.

Técnica de recollida de datos. Análise de fontes secundarias:

En soporte electrónico: Historia Clínica Electrónica, Sistema Informático Ianus do Servizo Galego de Saúde, Programa SIGAD Xestión de Expedientes de Dependencia, Consellería de Traballo e Benestar, Xunta de Galicia.

En soporte mixto: documentación propia da unidade de traballo social do centro de saúde de Ribeira, historias sociais, informes sociais de dependencia.

Tratamento de datos. Tratamento manual

3. RESULTADOS

Características sociodemográficas.

Neste apartado as variables tidas en conta foron sexo, idade e estado civil.

O 72,5% da poboación son mulleres e el 27,5% homes, como queda reflectido no seguinte diagrama sectorial:

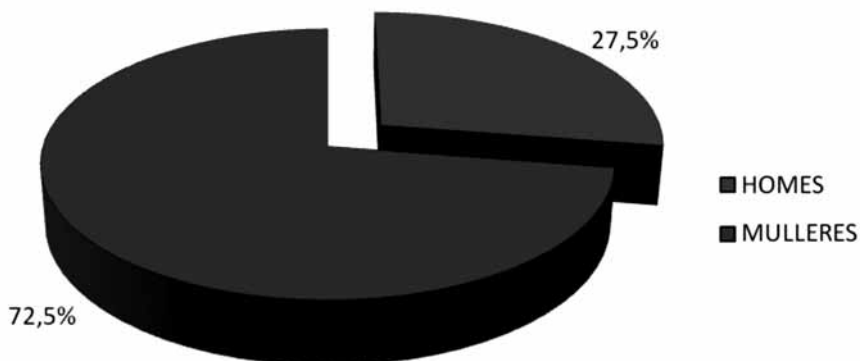


Figura 1. Pacientes inmovilizados por sexo

Con respecto á idade unha maioría dos pacientes encóntranse dentro dos intervalos entre os 76 e 85 anos, 21% entre os 76 e 80 e 20,3% entre os 81 e 85.

Por sexos observamos unha lixeira tendencia a idades máis novas dos homes respecto ás mulleres, sendo o caso do intervalo de menores de 60 anos onde se aprecia máis este punto, homes un 18,4% sobre o total de poboación masculina e mulleres un 4% sobre o total de poboación feminina, así os homes menores de 60 anos son o 63,6% nesta franxa de idade. Pola contra se nos centramos en idades superiores a 91 anos as mulleres son o 19% sobre o total do seu grupo e os homes un 7,9%.

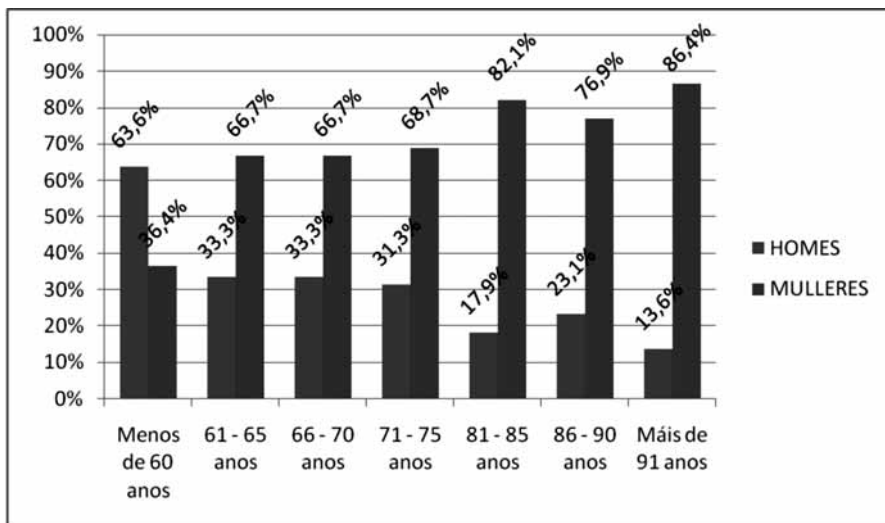


Figura 2. Pacientes inmovilizados por idade

Táboa 1

Estado civil/sexo

ESTADO CIVIL	HOMES			MULLERES			TOTAL	
	N.º	%V	%H	Nº	%V	%H	Nº	%
SOLTEIRO/A	5	13,2	41,7	7	7	58,3	12	8,7
CASADO/A	22	57,9	48,9	23	23	51,1	45	32,6
SEPARADO/A	0	0	0	0	0	0	0	0
DIVORCIADO/A	0	0	0	0	0	0	0	0
VIÚVO/A	6	15,7	9,4	58	58	90,6	64	46,4
NON CONSTA	5	13,2	29,4	12	12	70,6	17	12,3
TOTAL	38	100,0	27,5	100,0	100	72,5	138	100,0

Globalmente o estado civil da maioría da poboación é viúvo/a 46,4%, pero, se se analiza por sexos no caso dos homes é casado, 57,9%, sobre o total do seu mesmo sexo e o das mulleres cun 58%, viúva. No 12,3% non se puido coñecer este ítem.

Variables vinculadas á situación de paciente inmobilizado/a

Estúdase a idade de inicio como paciente inmobilizado, o tempo que leva nesta situación e as súas causas.

Para coñecer o tempo que leva a persoa en situación de inmobilizada, dividiuse nos seguintes períodos: menos dun ano, entre un e dous anos, entre dous e tres anos, entre tres e catro anos e entre catro e cinco anos⁵.

⁵ Non hai pacientes que leven máis de cinco anos, os datos dos que se dispoñen son como máximo este período, debido a que é cando se empezan a recoller na historia clínica electrónica.

Táboa 2

Idade de inicio/Tempo como paciente inmovilizado

IDADE	- 1 ANO			1- 2 ANOS			2- 3 ANOS			3- 4 ANOS			4- 5 ANOS			TOTAL	
	Nº	V%	H%	Nº	V%	H%	Nº	V%	H%	Nº	V%	H%	Nº	V%	H%	Nº	%
- 65	3	1,9	16,7	5	20	38,4	3	8,1	23,1	2	13,3	15,4	0	0	0	13	9,4
66-70	1	1,9	16,7	0	0	0	3	8,1	50	2	13,3	33,3	0	0	0	6	4,4
71-75	8	15,4	38,1	7	28	33,3	2	5,4	9,6	1	6,8	4,7	3	33,3	14,3	21	15,2
76-80	10	19,2	41,7	1	4	4,2	10	27	41,6	2	13,3	8,3	1	11,1	4,2	24	17,4
81-85	13	25	44,9	3	12	10,3	8	21,6	27,6	2	13,3	6,9	3	33,3	10,3	29	21
86-90	12	23,1	46,2	4	16	15,4	5	13,6	19,2	3	20	11,5	2	22,3	7,7	26	18,8
91-94	5	9,6	31,3	4	16	25	4	18,8	25	3	20	18,7	0	0	0	16	11,6
+ 95	0	0	0	1	4	33,3	2	5,4	66,7	0	0	0	0	0	0	3	2,2
TOTAL	52	100,0	37,7	25	100,0	18,1	37	100,0	26,8	15	100,0	10,9	9	100,0	6,5	138	100,0

A idade de inicio como paciente inmovilizado máis frecuente encóntrase no intervalo comprendido entre os 81 e 85 anos, representando o 21% sobre o total. O intervalo entre 86 e 90 estaría en segundo lugar cun 18,8% e o intervalo entre 76 e 80 estaría en terceiro lugar 17,4%.

Con respecto ao tempo como paciente inmovilizada/o o 37,7% leva menos de 1 ano, o 26,8% entre 2 e 3 anos e o 18,1% entre 1 e 2 anos, agrupándose así a maioría de poboación nos dous primeiros intervalos mencionados.

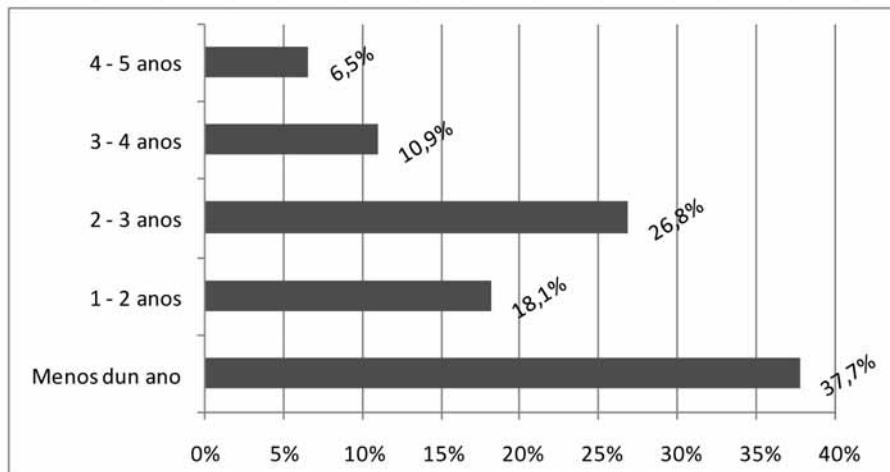


Figura 3. Tempo como paciente inmovilizada/o

Por último neste apartado, en canto ás causas, de por que a persoa chega a esta situación, referímonos ás patoloxías que a provocan⁶.

Así, dos procesos recollidos, o deterioro cognitivo estaría nun primeiro lugar cun 37,7% seguido dos accidentes cerebro-vasculares cun 21%, máis da metade da poboación encontraríase nalgunha destas dúas causas, polo que serían as máis destacables con diferenza do resto.

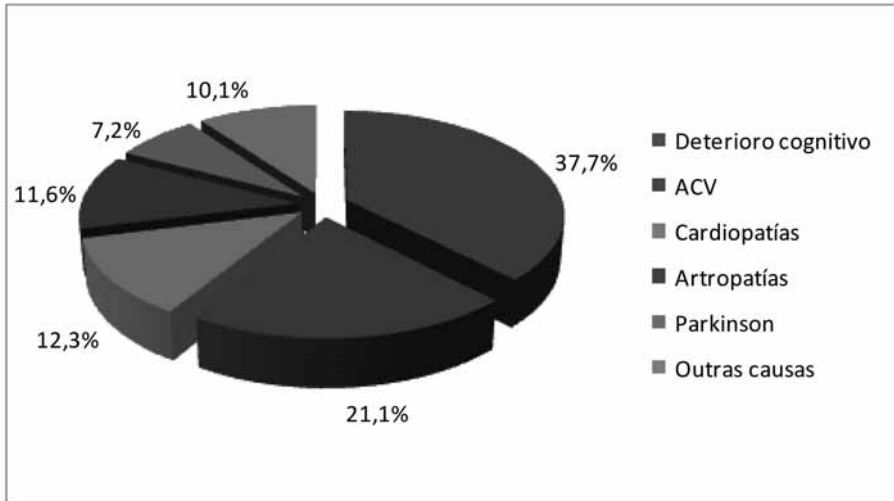


Figura 4. Causas situación inmobilizada/o ⁷.

Variables vinculadas á dependencia

Analízase o alcance dos servizos e prestacións do sistema de atención á dependencia na poboación estudada, así como o procedemento establecido para o recoñecemento do grao e acceso aos recursos daqueles que o solicitaron.

- Solicitudes de valoración de dependencia

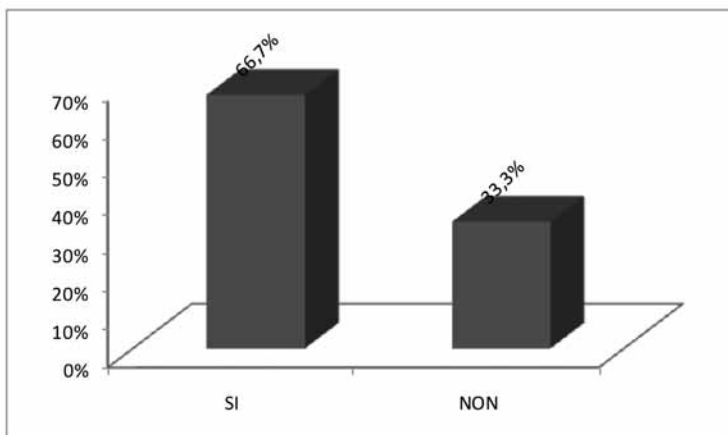
Do total de poboación, un 66,7% solicitou valoración de dependencia, dos cales o 84,8% ten resolución de grao, un 7,61% está pendente de resolución e nun 7,61% dos casos a súa solicitude foi arquivada⁸.

⁶ Neste estudo non se pretende facer unha taxonomía facultativa, posto que partimos dun ámbito social, pero si que é útil para este, facer unha aproximación neste sentido.

⁷ Accidentes cerebro-vasculares.

⁸ As causas de arquivo poden ser por caducidade do expediente ou renuncia.

Figura 5. Solicitudes de valoración



Táboa 3.

Estado solicitudes valoración

	N.º	%
Con resolución	78	84,8
Pendientes de resolución	7	7,6
Arquivadas	7	7,6
TOTAL	92	100,0

Das solicitudes de valoración de dependencia o 84.8% completaron o procedemento e chegaron á súa correspondente resolución de grao.

- Valoración dependencia:

A porcentaxe de homes con valoración de dependencia aproxímase ao de non valorados, 55,3% e 44,1% respectivamente, no caso das mulleres tamén acontece dun xeito similar, 57% e 43% polo que nos totais se repite este feito, 56,5% e 43,5% respectivamente.

Sobre o total de valoracións as mulleres teñen un peso do 73,1% e os homes un 26,9%, como se observa na figura:

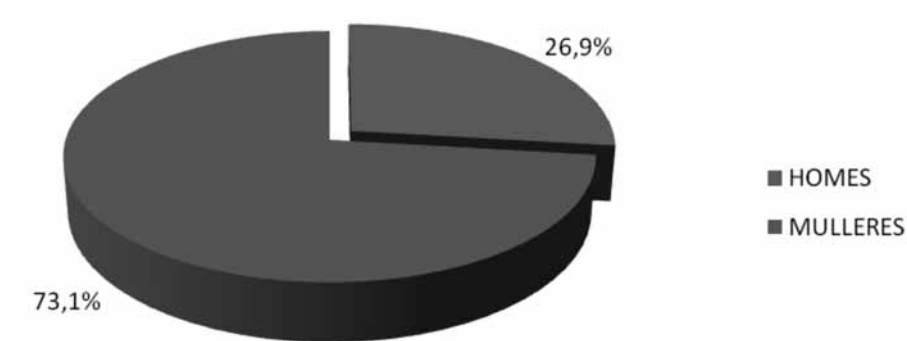


Figura 6. Valoración dependencia / sexo

- Tempo resolución grao dependencia

O tempo en resolver a valoración de dependencia refírese ao transcorrido en meses, dende a data de solicitude, entrada no rexistro do servizo e a de resolución de grao e nivel de dependencia, sendo os intervalos de entre 1 e 9 meses onde se concentra o maior número 67,9% e concretamente, no que hai máis solicitudes resoltas é o de 4 a 6 meses, 29%.

Na seguinte figura pódese observar o explicado:

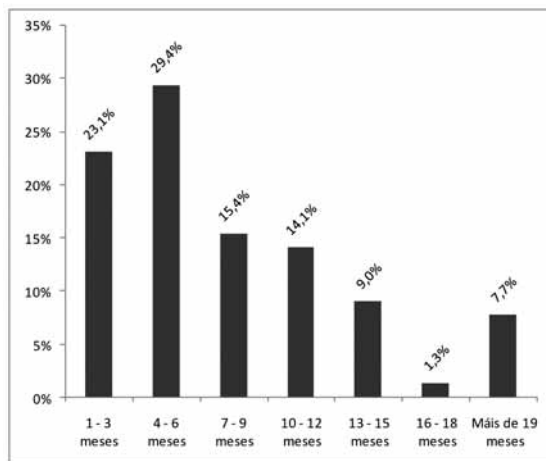


Figura 7. Tempo resolución grao dependencia

- Grao e nivel de dependencia⁹.

Para o seu estudo establécense as seguintes distribucións por sexo e idade:

⁹ A partir da entrada en vigor do Real decreto-lei 20/2012, do 13 de xullo, de medidas para garantir a estabilidade orzamentaria e de fomento da competitividade, elimínase a distinción de niveis.

- Grao de dependencia/homes/idade

O 47,6% dos homes teñen unha valoración de dependencia de grao III-nivel 2, o 30% destes, son menores de 60 anos. Os seguintes graos máis frecuentes serían grao III-nivel 1 e grao II-nivel 1, ambos os dous cun 19,1% e grao III cun 14,2%. Non houbo ningunha resolución dentro dos restantes graos e niveis: grao II, grao II-nivel 2, grao I, grao I-nivel 2 e grao I-nivel 1.

Se nos fixamos nos intervalos de idade, a gran maioría das resolucións encóntranse entre os 71 e 90 anos, 76,4%, un 19,1% en cada intervalo. Non houbo resolucións nos intervalos comprendidos entre os 61-65 e 66 -70 anos.

- Grao dependencia/mulleres/idade

No colectivo feminino a distribución dos graos é máis heteroxénea sendo as máis destacables o 24,6% cun grao II-nivel 1, o 19,3% con grao III-nivel 2, o 17,1% con grao III-nivel 1 e o 15,8% con grao II-nivel 2.

Por intervalos de idade, a maior concentración encóntrase entre os 76 e 90 anos, supoñendo un 73,8%, 28,1% entre os 76 e 80, 24,6% entre os 81 e 85 e 21,1% entre os 86 e 90 anos. Non houbo ningunha resolución de grao II nin de grao I.

- Baremo actividades vida diaria/puntuación total

Respecto ao baremo de actividades da vida diaria, a media sería de 70,15 puntos que se corresponde cun grao II, dependencia moderada.

- Revisión de grao

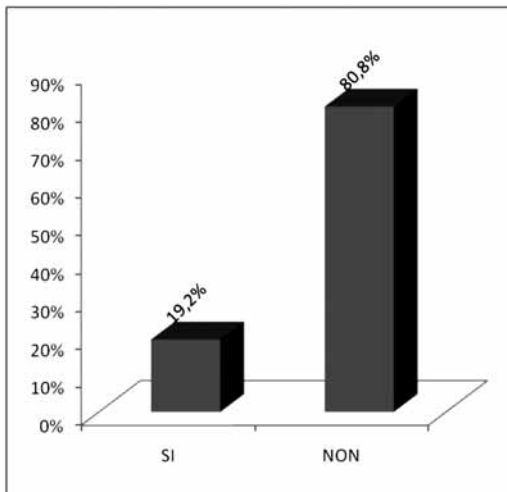


Figura 8. Solicitudes revisión de grao

Do total de solicitudes con resolución de grao, 78, un 19,2%, solicitaron e obtiveron revisión deste fronte a un 80,8% que non o fixeron.

- Baremo actividades vida diaria/puntuación total revisado

Con respecto ao baremo de actividades da vida diaria revisado, pasouse dunha media de 57,7 puntos equivalente a grao II a 79,9 que se corresponde a grao III, dependencia severa.

- Programa individual de atención

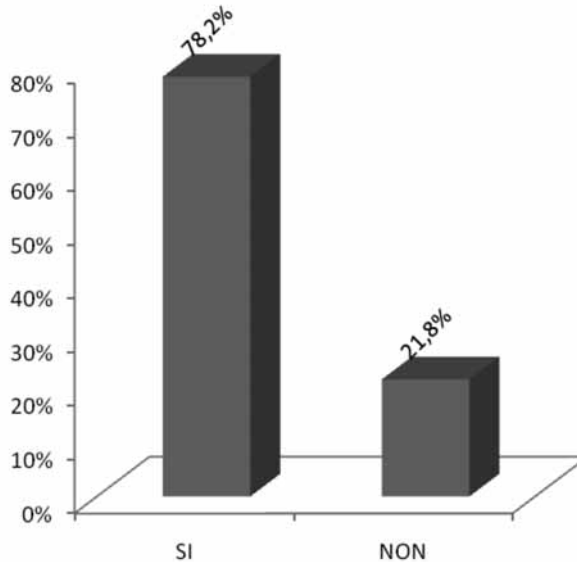


Figura 9. Resolucións de dependencia con programa individual de atención.

Do total de solicitudes con resolución de dependencia o 78,2% teñen asignado o seu correspondente programa individual de atención.

- Tempo en resolución programa individual de atención¹⁰.

O tempo en resolver o programa individual de atención refírese ao transcorrido en meses, dende a data de resolución de grao, ata a concesión do servizo ou prestación correspondente.

A maioría dos programas individuais de atención tardan en resolverse entre 1 e 9 meses 62,3%. Nun 16,9% tardaron máis de 19.

¹⁰ A resolución directa do programa individual de atención utilízase no caso de prestacións económicas e o programa de asignación de recursos, anterior a esta resolución, nos servizos. Non obstante, o feito de que se consigne como resolto non implica que en realidade se perciba a prestación, así pode haber expedientes resoltos sen prestación efectiva, dadas as características do presente estudo, non se puido coñecer para este respecto.

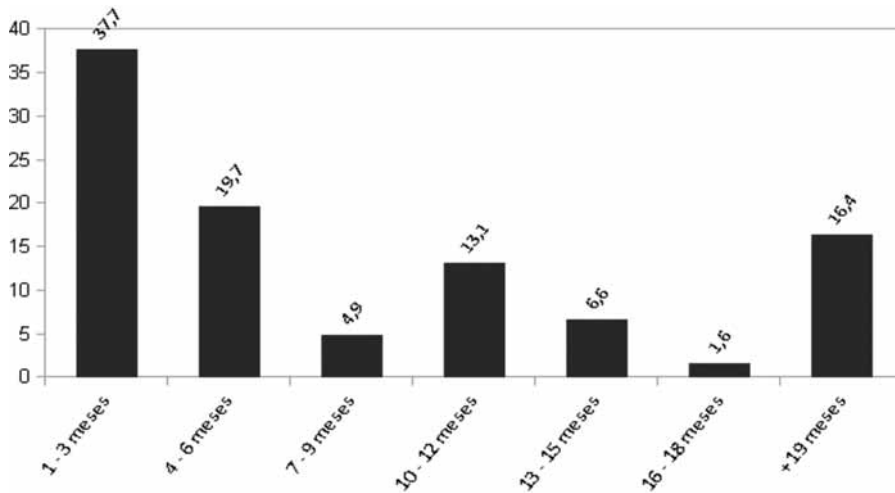


Figura 10. Tempo resolución programa individual de atención
- Servizos e prestacións do programa individual de atención

Táboa 4.

Servizos e prestacións do programa individual de atención¹¹.

	Nº	%
Servizo de teleasistencia	1	1,6
Servizo de axuda a domicilio 31-45 h	3	4,9
Servizo de axuda a domicilio 46-70 h	13	21,3
Servizo centro de día para maiores	2	3,3
Servizo centro de día especializado ¹²	4	6,6
Servizo atención residencial maiores dependentes	8	13,1
Prestación económica para cuidados contorno	29	47,6
Prestación económica asistencia persoal	1	1,6
TOTAL	61	100,0

¹¹ Existen outras prestacións e servizos recollidos no catálogo, pero non se contabilizaron xa que non os hai entre a poboación estudada.

¹² En todos os casos, centro de día para persoas con Alzheimer e/ou outras demencias análogas.

No 47,6% a prestación do programa individual de atención, foi a prestación económica de cuidados no contorno por cuidador non profesional, no 26,2% o servizo de axuda a domicilio e no 13,1% o servizo de atención residencial para maiores dependentes, sendo as máis destacables.

- Cambio de programa individual de atención/novo servizo ou prestación

Táboa 5.

Cambio de programa individual de atención

	N.º	%
SÍ	11	6,6
NON	57	93,4
TOTAL	61	100,0

Do total de resolucións con programa individual de atención, solicitáronse revisións deste nun 6,6%. En todos os casos cambiouse a prestación para cuidados no ámbito pola de Servizo de Axuda a Domicilio.

- Coidadora/ dor principal

Táboa 6.

Parentesco/sexo coidadora/dor¹³

PARENTESCO	HOMES			MULLERES			TOTAL	
	N.º	V%	H%	Nº	V%	H%	Nº	%
Fillo/a	7	58,4	13	47	71,1	87	58	69,2
Conxuxe	3	25	37,5	5	7,6	62,5	8	10,3
Neto/a	0	0	0	4	6,1	100,0	4	5,1
Xenro/Nnora	1	8,3	20	4	6,1	80	5	6,4
Sobriño/a	0	0	0	5	7,6	100,0	5	6,4
Irmán/irmá	0	0	0	1	1,5	100,0	1	1,3
Coidador/a	1	8,3	100,0	0	0	0	1	1,3
TOTAL	12	100,0	15,4	66	100,0	84,6	78	100,0

A atención concéntrase nos familiares directos principalmente descendentes de primeiro grao, as mulleres son o 84,6% sobre o total de coidadoras/es e destas o 71,2% son fillas.

¹³ Só dos solicitantes con resolución de dependencia, 78.

4. CONCLUSIÓNS

- Características sociodemográficas

A maior parte das persoas en situación de inmobilizadas son:

- Mulleres 72,5%, sendo a proporción de 2,6:1 sobre os homes, co que podemos afirmar que hai una clara feminización do colectivo.
- Atópanse en intervalos de idade de mais de 76 anos. Non obstante, atopamos unha diferenciación, por sexos, obsérvase unha tendencia a idades máis novas nos homes, o máis destacable nos menores de 60 anos, 63,6% de esta franxa de idade, tendo en conta que son menos que as mulleres sobre a poboación total e as mulleres, maiores de 91 anos, co 19% do total delas.
- Estado civil de viuvez, aínda que por sexos no caso dos homes o estado civil é casados, o 57,9%, mulleres viúvas, o 58%.

>>>> Perfil sociodemográfico: muller entre 80-85 anos e viúva.

- Variables vinculadas á situación de paciente inmobilizado.

- Idade de inicio a partir de 81 anos, pódese apreciar a relación proporcional de a maior idade, maior fraxilidade nas condicións de saúde.

- O 37,7% leva menos dun ano en situación de paciente inmobilizado, o que se pode deber a que as condicións de saúde mencionadas están comprometidas e polo tanto, a súa esperanza de vida vese limitada.
- As patoloxías relacionadas coa situación de paciente inmobilizado son o deterioro cognitivo en primeiro lugar cun 37,7%, seguido dos accidentes cerebro-vasculares cun 21%, procesos incapacitantes en alto grao.

>>>> Idade de inicio, 81 anos principal causa, deterioro cognitivo.

- Dependencia

Solicitudes e valoración. Boa parte das persoas inmobilizadas están en situación de dependencia, no estudo que nos ocupa, o 61% iniciaron o proceso de solicitude de valoración, polo que se supón, recibiron información axeitada sobre a atención á dependencia. O 84,8% completaron o procedemento e obtiveron a resolución de grao.

>>>> O 56,5% dos pacientes inmobilizados teñen recoñecido o grao de dependencia.

Tempo resolución grao dependencia. Os tempos de resposta dados pola administración establécense en 3 meses para a resolución, na nosa poboación a media supérao, xa que se só o 23,1%, menos dunha cuarta parte, obtivo a resolución neste período de tempo.

>>>> Entre 1 e 9 meses.

Grao e nivel de dependencia. O grao de dependencia das persoas valoradas maioritariamente, estaría dentro dos de grao III, independentemente do nivel, sería o 56,4%

Por sexos, nos homes o 47,6% grao III-nivel 2, dos cales o 30% menores de 60 anos e o total de graos ditribúense entre os 71 a 90 anos; o colectivo feminino distribución máis heteroxénea nos intervalos de 76 a 90 anos.

>>>> Homes mais novos con maior grao de dependencia que as mulleres.

Revisión de grao/baremo actividades vida diaria. O 19,2% das solicitudes solicitaron una revisión de grao, pasando dunha media no baremo de actividades da vida diaria de 57,7 puntos a 79,9.

>>>> De grao II a grao III.

Programa individual de atención /tempo en resolución.

>>>> O 78,2% das valoracións teñen asignadas o seu correspondente programa individual de atención.

Tempo de resolución programa individual de atención. Ao igual que a resolución de dependencia, os tempos de resposta dados pola administración establécense en 3 meses, no estudo a maioría tardaron en resolverse entre 1 e 9 meses, o 62,3%.

>>>> Entre 1 e 9 meses.

Servizos e prestacións do programa individual de atención. A prestación máis concedida, prestación económica de coidados no contorno por cuidadora/or non profesional 47,6%, o que se contemplaba na lei como excepción, converteuse en norma.

>>>> Prestación económica coidados no contorno.

Cambio de programa individual de atención/novo servizo ou prestación. Solicitud de cambio de programa individual de atención en 6,6%. En todos os casos cambiouse a prestación para coidados no contorno pola de Servizo de Axuda no Fogar, unha explicación disto pode ser o que, aínda que a prestación de coidados no ámbito apareza resolta no expediente, en moitos casos non se percibe a contía económica.

>>>> No 6,6% dos pacientes valorados, prestación de coidados no contorno a Servizo de Axuda no Fogar.

Coidadora/or principal. O 84,6% son mulleres e, destas o 71,2% son fillas. Compróbase que as mulleres seguen exercendo o rol tradicional de coidadoras.

>>>> fillas.

BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ, I.; BACARIZA, M.; GARCÍA, J. ET AL. (2001). *Procedementos Clínicos en Atención Primaria. Índices de Cobertura e Criterios Mínimos de Calidade*. Santiago de Compostela, Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Servizo Galego de Saúde. División de Asistencia Sanitaria. Subdirección de Programas Asistenciais.
- Consello de Europa (1998). Recomendación n.º R (98) 9 do Comité de Ministros aos Estados Membros relativa á dependencia, 18 de setembro de 1998. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/consejoeuropa-rec989-01.pdf>
- Consellería de Sanidade (2006). *Rede de Saúde. Plan de tecnoloxías da información da sanidade galega para o novo espazo público*. Santiago de Compostela, Xunta de Galicia.
- Decreto 126/1984, do 27 de xullo, polo que se aproba o mapa sanitario de Galicia. *Diario Oficial de Galicia* núm. 156 do 16 de agosto de 1984.
- Decreto 55/1989, do 6 de abril, polo que se aproba a revisión do mapa sanitario de Galicia. *Diario Oficial de Galicia*, núm 79 do 25 de abril de 1989.
- Decreto 168/2010, do 7 de outubro, polo que se regula a estrutura organizativa de xestión integrada do Servizo Galego de Saúde. *Diario Oficial de Galicia*, núm.199 do 15 de outubro de 2010.
- GONZÁLEZ ORTEGA S. (2012). *La aplicación de la Ley de Dependencia en España*. Madrid: Consejo Económico y Social de España. Recuperado de http://www.ces.es/documents/10180/106107/preminves_Ley_Dependencia.pdf?version=1.0
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2005). *Atención a las personas en situación de dependencia, libro blanco*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado y Asuntos Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- ITUARTE, A. (1994). “El papel del trabajador social en el campo sanitario”. *Trabajo Social y Salud*, 20, 275-290.
- Lei 16/2003, do 28 de maio, de cohesión e calidade do Sistema Nacional de Saúde. *Boletín Oficial del Estado*, núm.128 do 29 de maio de 2003.
- Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 299 do 15 de decembro de 2006.

- Lei 8/2008, do 19 de xullo, de saúde de Galicia. *Diario Oficial de Galicia*, núm. 143 do 24 de xullo de 2008.
- Organización Mundial da Saúde (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Real decreto-lei 20/2012, do 13 de xullo, de medidas para garantir a estabilidade orzamentaria e de fomento da competitividade. *Boletín Oficial do Estado*, núm.168 do 13 de xullo de 2012.
- RODRÍGUEZ ABELLÓN, M. J.; CALVIÑO CERQUEIRO, M.; VEIRA SILVA; M. R. L. (2004). “Control de pacientes inmobilizados en el Área Sanitaria de A Coruña”. *Cadernos de Atención Primaria*, 11, 205-210.
- ROMERO, D.M. (2007). “Actividades de la vida diaria”. *Anales de psicología*, 23(2), 264-271. Recuperado de:
http://www.um.es/analesps/v23/v23_2/13-23_2.pdf
- Servicio Canario de Salud (2004). *Documento Marco, Rol profesional del trabajo social en la atención primaria de salud*. Recuperado de
http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/7003bf26-ebbe-11dd-9b81-99f3df21ba27/ROL_PROFESIONAL.pdf

IDENTIFICAR A INDEFENSIÓN APRENDIDA COMO CAUSA DA PASIVIDADE EN PERSOAS CON DISCAPACIDADE

M.ª Fernanda Arrojo Novoa, traballadora social

RESUMO:

A vida dunha persoa con discapacidade non deixa de ser unha «carreira de obstáculos», de impedimentos ou barreiras nas súas aspiracións persoais que, en moitos casos, non superan o mínimo grao de dignidade que todo ser humano debe ter.

As discapacidades, en xeral, definíronse dentro de situacións estruturais de poder, de marxinación e dependencia, de desigualdade similar á violencia de xénero levando, tamén, a existencia dun certo tipo de violencia.

Se a discriminación por discapacidade pode dificultar bastante o desenvolvemento da persoa que a posúe, calquera acto que vulnere os dereitos humanos é unha manifestación de malos tratos e, sempre que tales manifestacións se repiten de forma continuada no tempo, esa persoa pode asumir un comportamento pasivo de indefensión.

Esta investigación foi levada a cabo nun contexto de dependencia e limitacións físicas, coa intención de identificar unha violencia específica arredor da discapacidade, producindo o fenómeno da indefensión aprendida.

PALABRAS CLAVE:

Discapacidade, barreiras, desigualdade, violencia e indefensión.

RESUMEN

La vida de una persona con discapacidad no deja de ser una «carrera de obstáculos», de impedimentos o barreras en sus aspiraciones personales que, en muchos casos, no superar el mínimo grado de dignidad que todo ser humano debe tener.

Las discapacidades, en general, se han definido dentro de situaciones estructurales de poder, de marginación y dependencia, de desigualdad similar a la violencia de género conllevando, también, la existencia de un cierto tipo de violencia.

Si la discriminación por discapacidad puede dificultar bastante el desarrollo de la persona que la posee, cualquier acto que vulnere los derechos humanos es una manifestación de maltrato y, siempre que tales manifestaciones se repiten de forma continuada en el tiempo, esa persona puede asumir un comportamiento pasivo de indefensión.

Esta investigación se llevó a cabo en un contexto de dependencia y limitaciones físicas, con la intención de identificar una violencia específica entorno a la discapacidad, produciendo el fenómeno de la indefensión aprendida.

PALABRAS CLAVE:

Discapacidad, barreras, desigualdad, violencia e indefensión.

ABSTRACT:

The life of a person with disability does not leave to be a «career of obstacles», of obstacles or barriers in his aspirations personal that, in a lot of cases, not surpassing the minimum degree of dignity that all human being has to have.

The disabilities, in general, have defined inside structural situations to be able to, of marginalisation and dependency, of similar inequality to the violence of gender comorting, also, the existence of a true type of violence.

If the discrimination by disability can hamper enough the development of the person that possesses it, any act that vulnere the human rights is a demonstration of maltreatment and, whenever such demonstrations repeat of form continued in the time, this person can assume a passive behaviour of indefensión.

This investigation carried out in a context of dependency and physical limitations, with the intention to identify a specific violence surroundings to the disability, producing the phenomenon of the indefensión learnt.

KEYWORDS:

Disability, barriers, inequality, violence and indefensión.

I. SÍNTESE DO CONTIDO

1.1. Presentación do traballo

Se ter unha discapacidade é causa de discriminación, e mesmo de exclusión social, porque se fundamenta (coma no caso da violencia de xénero) nun sistema estrutural de desigualdade, pódese chegar a formular a existencia dunha violencia específica derredor desta circunstancia.

Grazas á acción reivindicativa de moitas organizacións do terceiro sector que realizan o seu traballo nesta área, acadáronse progresos significativos en interese da integración social do colectivo de persoas con discapacidade.

Porén, individualmente, moitas destas persoas teñen un tipo de comportamento predominantemente pasivo, xa que acostuman a deixar de lado os seus propios dereitos, non expresan honestamente os seus sentimentos, pensamentos e opinións, ou ben adoptan unha actitude autoderrotista, como desculpándose e sen convicción. Todo isto ten a intencionalidade de evitar novos conflitos na súa experiencia vital.

Polo tanto, esta investigación intenta probar a existencia dunha **violencia arredor da discapacidade** e, facendo un analoxismo cunha das explicacións da psicoloxía social sobre o feito da permanencia da muller maltratada nunha relación de violencia, procura explicar a pasividade como un comportamento común a nivel individual no colectivo de persoas con discapacidade, fundamentándose no fenómeno da **indefensión aprendida** e propoñéndoo como factor determinante do “conformismo aparente” destas persoas.

Para iso, fíxose unha **investigación cualitativa**, utilizando as seguintes técnicas: **historias de vida** (como entrevistas en profundidade), **entrevistas focalizadas** (centradas nun tema específico) e **grupos de discusión**.

1.2. Relevancia do problema

Son coñecidas as escasas expectativas que teñen as persoas con discapacidade sobre si mesmas, certo conformismo que supón unha actitude moi pasiva. Un exemplo disto son os seguintes datos:

De acordo coa investigación sobre discapacidade, autonomía persoal e situacións de dependencia, en 2008, había 4.077.977 persoas con discapacidade en España (Estratexia Española sobre a Discapacidade 2012-2020, 2011, p 22 e 23.); destes 1.480.000 estaban en idade activa, dos cales o 41% son pensionistas e só 28,3% traballaban; o 97% dos nenos con discapacidade, (entre 6 e 15 anos) foron escolarizados, pero só 11,6% acadan rematar os estudos de bacharelato; o 76% pasan o seu lecer vendo TV; e o 51,5% das persoas con discapacidade teñen dificultades para moverse na súa vivenda, e polo menos a metade atopa atrancos nas rúas. (Investigación sobre discapacidade, autonomía persoal e situacións dependencia, 2008, p. 2-9).

Polo tanto, é importante coñecer a causa deste tipo de actitudes conformistas. Este traballo investiga se ou fenómeno da indefensión aprendida é un factor determinante, coa finalidade de levar a cabo unha reflexión sobre a situación real das persoas con discapacidade, facendo fincapé nos procesos de exclusión social, na ausencia de accesibilidade física, na alta taxa de fracaso escolar e non escaso grao de participación social.

Esta investigación tratará relacionar tres conceptos:

- De **violencia**: partindo da definición dos malos tratos a persoas maiores de Isabel Iborra, trátase de: “Calquera feito que voluntariamente realizado, cause dano [...] dentro dunha relación interpersoal [...] de confianza, coidado, convivencia ou dependencia” (Iborra, 2008, p. 49).
- De **pasividade**: entendida como conduta predominante na interacción social cos demais. E para iso, compárase co estilo **pasivo** na comunicación que, segundo Blázquez e Moreno (2008) se trata de “ceder á vontade dos demais [...] non actuar, renunciando aos propios dereitos [...] evitar conflitos custe o que custe” (Ruíz Arias et al., 2010, p.239).
- E da **indefensión aprendida** como proceso de conduta dentro dun contexto de violencia. Seligman defínea como: “estado psicolóxico que se produce frecuentemente cando os acontecementos son incontrolables. Un acontecemento é incontrolable cando non podemos facer nada para cambialo” (Escudero, 2009, p.43).

Para unha persoa con discapacidade, inmersa nun contexto situacional no que ten que vivir, desenvolverse, e que constitúe un ambiente hostil, un medio difícil ou adverso, que lle causa gran dor ou infelicidade, supóndolle un perpetuo motivo de aflición, de sentimento de tristeza ou angustia, molestia ou padecemento físico. E como considera que é unha situación que non pode modifica, transformar, que é incontrolable, aprende a non defenderse.

II. OBXECTIVOS

Xeral:

Identificar a indefensión aprendida como factor determinante da conduta pasiva nas persoas con discapacidade.

Este traballo tenta expor que a causa da pasividade de moitas persoas con discapacidade é un proceso aprendido de indefensión.

Específicos:

1. *Observar se a discapacidade dunha persoa pode provocar situacións de discriminación, desigualdade e a súa exclusión.*

É dicir, se o feito de ter unha discapacidade, na sociedade actual, é causa de perda de oportunidades para dispoñer dunha experiencia vital con calidade e sempre dentro de parámetros normalizadores en accesibilidade, educación, saúde, traballo e relacións persoais.

2. Coñecer se as persoas discapacitadas perciben esta situación como unha violencia específica sobre a discapacidade.

Inténtase saber se as persoas, dentro do contexto actual, sofren algún tipo de dano, físico ou psicolóxico, ao ser discriminadas pola súa discapacidade.

3. Analizar se os comportamentos e actitudes das persoas con discapacidade en situacións de discriminación, desigualdade e exclusión, poden ser manifestacións de condutas pasivas.

Preténdese examinar se a pasividade é unha conduta frecuente nas persoas con discapacidade, ante situacións discriminatorias e que son percibidas como un tipo de violencia dirixidas cara a elas por ter tal circunstancia.

4. Observar a existencia de relacións específicas entre a discapacidade e a indefensión aprendida.

Descubrir se hai ou non algún tipo de vinculación nunha persoa entre o feito de ter unha discapacidade e sufrir o fenómeno da indefensión aprendida.

III. MARCO METODOLÓXICO

3.1. Xustificación metodolóxica

Dados os obxectivos deste traballo, para a elaboración do presente estudo utilizarase un método de tipo cualitativo, posto que o que se quere obter son significados subxectivos de accións individuais nunha realidade social específica. É dicir, coñecer a existencia de determinadas condutas de individuos cunhas características nuns contextos concretos de discriminación, desigualdade e exclusión.

3.1.1. Técnicas cualitativas utilizadas

Para obter os datos, utilizáronse as seguintes técnicas cualitativas:

Entrevistas abertas: entrevistáronse individualmente e en profundidade a un total de dez persoas con discapacidade física en dous momentos diferentes:

En primeiro lugar, coa modalidade denominada “**Historia de vida**” para obter datos sobre as circunstancias vividas por mor da discapacidade, e centrar a recollida de información no contido psicolóxico-social, é dicir, nas percepcións subxectivas en determinados momentos da súa vida.

O procedemento destas entrevistas foi:

1.º Toma de contacto coa persoa entrevistada. Explicación do obxecto da entrevista. Dirase que a entrevista é anónima, e pedirase veracidade nos datos.

2.º Comézase co rexistro de datos persoais e familiares: idade, tipo de discapacidade, grao de minusvalía, nivel de estudos, profesión etc.

3.º Solicítase que relaten situacións e experiencias vividas, desde a infancia até a súa situación actual. Destacaranse aquelas máis significativas en relación coa discapacidade, feitos discriminatorios e experiencias percibidas como violentas dentro de contextos familiares, educativos, laborais, e institucionais.

Aínda que as entrevistas foron abertas, seguiuse un guión establecido previamente a estas, empregado como guía flexible pola entrevistadora, a fin de reducir a perda de datos e sucesos significativos.

No devandito guión constaron os seguintes ítems: datos de tipo sociofamiliar e persoal (idade, grao de discapacidade e diagnóstico médico, residencia habitual e unidade de convivencia, nivel de estudos, ocupación, estado civil, fillos/as etc.); información sobre as relacións familiares (tanto da familia de orixe como a adquirida); experiencias de discriminación, marxinación ou exclusión no ámbito educativo, sanitario, laboral e social (entendidas tanto no aspecto da accesibilidade na contorna como no da participación na comunidade) e vivencias concretas de malos tratos ou violencia directa (física, psicolóxica, explotación económica e sexual).

En segundo lugar, mantivéronse **entrevistas** máis transversais, **focalizadas** nun tema, a fin de solicitar cunha breve listaxe de preguntas abertas, información concreta sobre o seu comportamento, en xeral, pero sobre todo ante un acto de inxustiza, discriminación, exclusión ou violencia.

Grupos de discusión: ao obxecto de ampliar a información recollida nas entrevistas realizadas, levaron a cabo tres grupos de discusión: os dous primeiros serviron para recoller datos sobre percepcións de discriminación, marxinación, exclusión e violencia; e o terceiro para recompilar información sobre a posible conduta pasiva das persoas con discapacidade.

O primeiro dos grupos estivo formado por seis persoas, entre as cales figuran: tres profesionais que desenvolven as súas tarefas no ámbito da discapacidade (monitores das quendas de vacacións da Fundación COCEMFE) e tres coidadores informais (esposa, nai e amiga, acompañantes de senllos usuarios dunha quenda de vacacións da Fundación COCEMFE).

O segundo grupo constaba, igualmente, de seis persoas con discapacidade física, en diferentes graos e diagnósticos, actualmente membros dunha das delegacións que ten a entidade AUXILIA na provincia de Lugo (entidade de voluntariado que traballa no ámbito da discapacidade,

especialmente, física): unha muller con secuelas de polio (utiliza unha muleta), de 60 anos, pensionista dunha invalidez permanente total e residente no medio rural; outra muller cunha paraplexía (usuaria de cadeira de rodas manual), de 49 anos, residente no medio urbano e perceptora dunha pensión non contributiva de invalidez; outra muller con espiña bífida, usuaria de cadeira de rodas a motor, de 36 anos e traballadora en activo dunha institución de iniciativa social dentro do ámbito de persoas con discapacidade; un home de 28 anos, con secuelas dunha parálise cerebral infantil, sendo usuario de cadeira de rodas e estudante universitario (realizando un posgrao); outro home de 42 anos, cunha enfermidade orgánica e que é o asistente persoal do anterior; e por último, un home de 58 anos, prexubilado, con secuelas dunha enfermidade rara.

E o terceiro estaba composto, exclusivamente, por persoas expertas que traballan en terceiro sector, dentro do ámbito da discapacidade, entre eles tres traballadores sociais, unha pedagoga e dous xestores administrativos.

En todos os grupos, a autora deste traballo actúa como moderadora, quen en cada un dos debates emprega un guión como esquema as reunións. Durante as dúas primeiras sesións recolléronse notas e a última foi gravada.

Os aspectos que se debateron nas dúas primeiras sesións foron: experiencias vividas, en positivo e en negativo en relación coa discapacidade; dificultades obxectivas no día a día; experiencias e percepción de posibles discriminacións cara ás persoas con discapacidade nos contextos educativos, laboral e de relacións persoais; e experiencias sobre situacións de marxinação ou exclusión, malos tratos e violencia.

E na última sobre comportamentos predominantes nas persoas con discapacidade, a súa relación coas entidades, o papel do voluntariado, a función dos profesionais, e o futuro do terceiro sector.

Da información transmitida, tanto nas entrevistas individuais como nos grupos de discusión, preténdese identificar emocións, sentimentos, percepcións dos participantes ante situacións e actuacións que se poden cualificar como manifestacións dalgún tipo de violencia e de comportamentos pasivos, definidos previamente neste traballo.

3.1.2. Características da poboación de mostra

Esta investigación faise cunha poboación de mostra composta por dez persoas con distintas idades e contextos socioeconómicos, residentes en diversas provincias españolas e que reúnen as seguintes características:

- Que tivesen unha discapacidade física recoñecida, é dicir, que teñan unha porcentaxe de discapacidade superior ou igual ao 33%, ben como único déficit ou conxuntamente con outros (auditivo, visual, atraso mental leve), sen importar a súa porcentaxe de discapacidade. Teñan ou non valoración do grao de dependencia.

- Déixase fóra do ámbito deste estudo a persoas con discapacidade que posúen unha deficiencia psíquica ou problemas de saúde mental relevantes, xa que son colectivos de especial vulnerabilidade, e esixen un tratamento específico.
- Que non estean incapacitados legalmente, é dicir, que non teñan minguada a súa capacidade legal de autogoberno.
- De idades comprendidas entre os 18 e 65 anos. Xa que no caso dun menor, falaríase, claramente, de malos tratos infantís. E se é maior de sesenta e cinco anos, tamén se faría referencia a un colectivo de especial vulnerabilidade. É dicir, son sectores de poboación nos que prevalece o condicionante social da idade por encima da discapacidade.
- De ambos os sexos, tratando de buscar unha cota paritaria do 50%.
- Residentes neste país, tanto nun contorno urbano como rural.
- Que vivan de forma autónoma ou con outros, ben nun contorno de parella, familiar ou institucionalizado.
- Con calquera nivel educativo e contorno cultural.
- E que sexan activos laboralmente, desempregados ou pensionistas.

Como está sinalado con anterioridade, o tipo de mostraxe empregada é de tipo non probabilístico, intencionado, xa que se seleccionou aqueles elementos da poboación de mostra que se considera que achegan información relevante ao obxecto de investigación.

Estas persoas foron seleccionadas segundo o seu coñecemento en dous contextos diferentes: catro durante a quenda de vacacións e que, polo tanto, residen noutras provincias españolas (Barcelona, Córdoba, Gran Canaria, Madrid, Pontevedra) e seis na delegación lucense de AUXILIA (todos residentes na provincia de Lugo).

As características das PERSOAS entrevistadas (os nomes que figuran son ficticios, protexendo o seu anonimato) son as seguintes:

- 1 **Ana:** con discapacidade física en extremidade inferior e pequenas perdas de memoria (tivo un ictus aos 25 anos), 34% de minusvalía, de 38 anos, con estudos universitarios (finalizados antes do ictus), vive cunha parella con discapacidade, sen fillos. Reside no medio rural. Seleccionada por ter discapacidade sobrevida a unha idade adulta.
- 2 **Jorge:** con discapacidade física por dano cerebral (accidente laboral aos 21 anos), desprázase en cadeira de rodas a motor, 65% de discapacidade, de 37 anos, con estudos primarios, traballou na construción, vive en parella e non ten fillos. Seleccionado por ter discapacidade sobrevida a unha idade adulta.

- 3 **Julia:** Con discapacidade física (secuelas de polio en brazos e pernas), non necesita axudas técnicas, mais depende doutra persoa para algúns movementos, 65% de discapacidade, de 56 anos, estudos primarios, recentemente xubilada (foi vendedora da ONCE), vive cunha parella con discapacidade, sen fillos. Seleccionada por ter experiencia laboral.
- 4 **Pablo:** con discapacidade física por enfermidade coronaria, non necesita axudas técnicas, 33% de discapacidade, de 60 anos, estudos primarios, perceptor dunha pensión de invalidez permanente absoluta, divorciado na actualidade vive en parella cunha persoa con discapacidade e ten fillos do seu matrimonio. Foi seleccionado por ter unha discapacidade non visible.
- 5 **Luisa:** con discapacidade física por secuelas de meninxite na nenez, provocándolle unha hemiplexía (afectado o lado dereito), non necesita axudas técnicas, 39% de discapacidade, de 49 anos, con estudos secundarios, traballa como vendedora do ONCE, solteira e vive cos seus pais. Seleccionada por ter unha discapacidade desde a infancia e con experiencia laboral.
- 6 **Alonso:** con discapacidade física por enfermidade orgánica, (desde a súa nenez), non ten afectada á súa mobilidade pero si o seu aspecto físico (delgadeza extrema, estatura baixa, aspecto fráxil), afectándolle nas súas relacións interpersoais, 33% de discapacidade, de 40 anos, con estudos secundarios, traballa con contratos temporais en institucións públicas, solteiro e vive cos pais. Seleccionado polo seu aspecto físico.
- 7 **Lola:** con discapacidade física e psíquica por secuelas de incompatibilidade de RH, sufrindo dano neurolóxico no parto. Non necesita axuda técnica, pero ten problemas de coordinación de movementos e, a nivel psicolóxico, falta de concentración, ansiedade e trastorno depresivo leve, 65% de minusvalía. Ten 46 anos, estudos universitarios, desempregada de longa duración, perceptora dunha prestación por fillo a cargo, solteira e sen fillos vive cos pais. Seleccionada polas súas discapacidades.
- 8 **Cándido:** con discapacidade física e psíquica (dano cerebral por accidente aos 22 anos), desprázase en cadeira de rodas, trastornos na fala e memoria, 75% de discapacidade, de 50 anos, estudos primarios, perceptor dunha gran invalidez, casado e cun fillo. Seleccionado polo seu estado civil.
- 9 **María Luz:** con discapacidade física (espiña bífida desde o seu nacemento), desprázase en cadeira de rodas a motor afectándolle a brazos e pernas, 75% de discapacidade, de 36 anos, estudos secundarios, traballa nunha institución de iniciativa social e tamén percibe a prestación por fillo a cargo, solteira e vive cos pais no medio rural. Seleccionada polas súas circunstancias.

10 **Manuel:** con discapacidade física por secuelas de polio, utiliza muletas, 49% de discapacidade, de 61 anos, estudos universitarios, profesor de educación, casado e con 2 fillos. Seleccionado polo seu estado civil.

3.1.3. Categorías de datos

Establécese as seguintes categorías de datos segundo as manifestacións dos entrevistados que reflicten, ademais de opinións e sentimentos, a súa historia persoal (microsistema), pero que se desenvolven en contextos máis amplos (macrosistema, exosistema), nos que tiveron lugar situacións de discriminación e/ou malos tratos (ámbito familiar, sanitario, educativo, laboral e social):

- **Discriminación** como aquel “trato de inferioridade nunha colectividade a certos membros dela [...] nalgún ámbito da vida, non recoñecendo ou mingando os seus dereitos en relación con outras persoas, xa sexa de forma explícita ou implícita” (Mun Man Shum, Conde, Portillo, 2006, p. 104).

Toda discriminación maniféstase na falta de igualdade de oportunidades para estudar, traballar, no lecer... ben pola existencia de barreiras físicas (urbanísticas, arquitectónicas, de transporte e de comunicación) que dificultan a súa autonomía no contorno; ou ben por barreiras sociais que supoñen procesos de exclusión, xa que “calquera forma de discriminación é unha violencia” (Mun Man Shum et al., 2006, p. 105).

- **Malos tratos e abuso psicolóxico** como “calquera práctica ou omisión que vulnere os dereitos humanos que lle afectan á liberdade, ao desenvolvemento persoal, ao benestar, á privacidade e a todo aquilo que permite que calquera persoa sinta respectada” (Mun Man Shum et al., 2006, p. 106). Poden ser agresións verbais (insultos, burlas, humillacións, chantaxe, ameaza e intimidación), actos negligentes e de rexeitamento (non só a falta de coidados senón a prohibición de participar en actividades familiares ou sociais) e a explotación económica (apropiación dos ingresos da persoa).

Este traballo non fai referencia aos malos tratos físicos nin aos abusos sexuais, xa que conceptualiza a violencia como violencia estrutural e simbólica.

- **Conduta pasiva:** conduta predominante na “personalidade caracterizada por un tipo de comportamento que impide que a persoa consiga as súas propias metas e desexos. Caracterízase por implicarse en situacións que conducen continuamente ao fracaso, ao rexeitamento e á perda, aínda que se dispoña doutras opcións” (*Diccionario de ONSALUS*, 2004).

Calquera acto violento provoca na persoa con discapacidade sentimentos de impotencia, mingua a súa autoestima afectando as súas relacións persoais e interiorizando prexuízos, estereotipos e discriminacións que compoñen esa violencia simbólica que favorece a marxinação social e que lle impiden reaccionar dunha maneira activa.

IV. ANÁLISE E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A información recollida dividiuse en dúas partes, dependendo da súa finalidade: por unha banda, datos recompilados, tanto nos dous primeiros grupos de discusión como nas entrevistas mantidas, nos que aparecen de forma reiterada experiencias e vivencias nas que persoas con discapacidade se sentiron discriminadas, rexeitadas e mesmo maltratadas; e pola outra, a información obtida no terceiro grupo e nas entrevistas posteriores.

Para unha axeitada interpretación dos datos, o marco teórico desta investigación reflíctese graficamente no seguinte mapa conceptual:

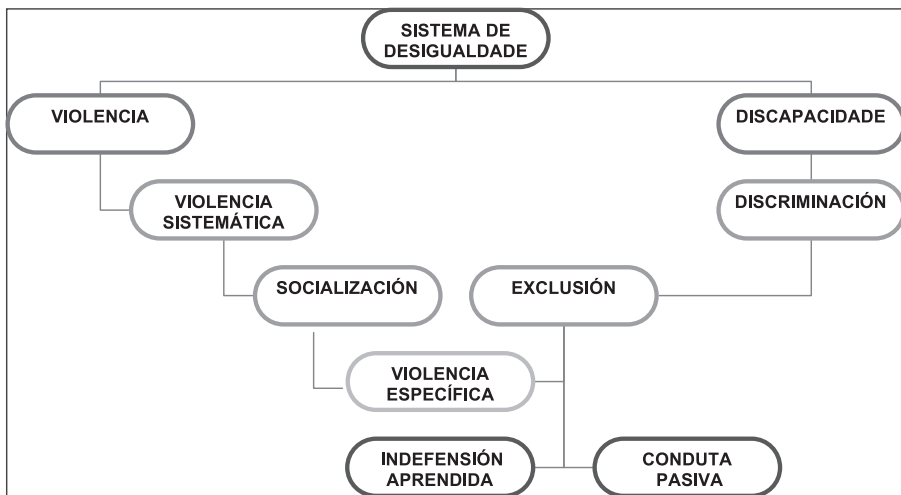


Figura 1. Relación entre os conceptos desta investigación.

Fonte: Elaboración propia

E, a partir deste mapa conceptual, analízanse a información obtida en dous grandes bloques: en canto a discriminación, exclusión e violencia; e en canto a condutas pasivas e as súas posibles causas.

4.1. En canto a discriminación, exclusión e violencia.

Estes relatos fan referencia a diferentes contextos sociais: familiares, educativos, sanitarios-institucionais, laborais e relacionais.

4.1.1. Ámbito familiar

Así, no contexto familiar, os participantes deste estudo falan de dous comportamentos moi diferentes pero que, en moitas ocasións, ocorren simultaneamente e son considerados igualmente discriminatorios: **a sobreprotección e o rexeitamento.**

“Están moi pendentes de min. Chámanme constantemente cando saio, por medo a que me pase algo. Non obstante, cando a miña irmá e o meu cuñado van de vacacións, nunca me levan porque son unha carga para eles” (Ana).

Noutros casos, o apoio familiar foi fundamental, destacando o papel que xogan ambos os pais: “Todo o que son, débollo aos meus pais, especialmente a el, porque sempre estivo aí, axudándome para comprar un coche e así gañar autonomía, pero tamén esixíndome nos estudos” (Manuel).

Ou, se é o caso, o que desempeña un deles: “A miña nai foi esencial na miña vida, sempre confiou nas miñas posibilidades. Por iso, nunca tiven complexos e a miña vida foi bastante normal” (Julia).

Poida que, nun mesmo contorno familiar, os diferentes membros dunha familia manteñan actitudes contraditorias, por exemplo, Cándido di que a súa muller foi un alicerce fundamental na súa vida, en cambio os seus pais (cos que convive) nunca aceptaron a súa discapacidade: “Avergónñanse de min, non queren saír comigo comer fóra, nin acudir á festa da vila”.

Os profesionais que interveñen no primeiro grupo de discusión alegan que o comportamento máis observado nos familiares que acompañan aos usuarios das quendas de vacacións é o sobreprotector: “Impídenlles facer cousas que poderían facer por si sós, dificultando a súa autonomía”.

Os familiares deste grupo comentan que moitas veces o fan por inseguridade, por temor a que lles pase algo ou que se fagan dano. Pero noutras ocasións fano por comodidade: “Axúddolle para acabar canto antes”.

Estas afirmacións deixan patentes que unha actitude de sobreprotección por parte dos familiares que vén determinada tanto por causas internas, do propio familiar (inseguridade, temor) como por circunstancias externas (falta de tempo, ausencia de apoios) que inflúen na vida cotiá.

As persoas con discapacidade que interviñeron no segundo grupo si sinalan que a sobreprotección é unha conduta moi prexudicial para conseguir máis autonomía, pero que o que máis lle afecta á súa autoestima é o feito de que os seus coidadores, sobre todo os familiares, teñan a percepción de que son unha “carga”, “unha cruz que hai que aguantar”, feito que os fai sentir culpables.

É dicir, se ás circunstancias externas (falta de tempo, ausencia de recursos económicos, carencia de apoios persoais e técnicos) engadímolles a inseguridade, o temor e o descoñecemento do coidador informal, a percepción que se ten da persoa con discapacidade é dunha responsabilidade, imposta ou aceptada por obriga de parentesco (un fillo, un cónxuxe, un irmán) que supera e desborda os seus familiares. Por iso, tratarán sempre de limitar os seus movementos para non perder o control exercido sobre esta

O devandito control maniféstase en que o coidador informal toma decisións pola persoa con discapacidade, desde as máis básicas con respecto á súa hixiene e coidado persoal (cando asearse, como vestirse, que comer), até as máis importantes (cuestións de saúde, económicas, de relacións interpersoais).

Polo tanto, a persoa con discapacidade pensa que é unha carga que, ás veces, é percibida como un sobre esforzo moi difícil de soportar, que lles afecta á súa autoestima e polo que se senten culpables. De aí, que perciban certa actitude de rexeitamento cara a elas.

Chegan, mesmo, a sentirse consideradas como pseudopersoas ou non-persoas xa que non poden tomar as súas propias decisións, nin son suxeitos titulares de dereitos e obrigas.

Estamos ante unha ecuación social (discapacidade = non-persoa) que cando se impón exclúe de todas as actividades sociais aos discapacitados. E referímonos a actividades tan variadas como a súa capacidade de dar ou necesitar afecto, traballar, ter liberdade de elección e criterio para decidir que van comer ou en que quere empregar o seu tempo libre, e un longo abanico de actividades que en si mesmas non requiren capacidades limitadas coa súa discapacidade.

(García de la Cruz, 2008, p. 71).

Exemplo diso é a explotación económico-financeira da persoa con discapacidade por parte do seu contorno familiar ou de convivencia:

“Como non gastaba moito, supuña que aforraba bastante da pensión. A miña sorpresa foi descubrir que a miña conta estaba baixo mínimos. Pasado un tempo decátome que a miña nai, tamén titular da conta, o sacara para pagar unha débeda súa”.

(M.^a Luz).

Ao analizar a información recollida no ámbito familiar, obsérvase con claridade dous tipos de condutas discriminatorias predominantes dentro dun subsistema de relacións desiguais (a institución familiar): sobreprotección e rexeitamento. Condutas que levan a situar ás persoas con discapacidade en posicións excluíntes sobre esta circunstancia (é dicir, suceden porque teñen unha discapacidade), considerándoas como non-persoas (non suxeitos

titulares de dereitos e obrigas) e que, sempre, reflicten algún tipo de malos tratos: illamento, desprezo, negligencia, abuso económico.

4.1.2. Ámbito formativo-laboral

No ámbito educativo, as persoas con discapacidade fan referencia ao rexeitamento dos compañeiros e á desconfianza sobre as súas posibilidades por parte dos pais e profesores: “No colexio, os nenos chamábanme subnormal e, ademais, os profesores fixéronme repetir curso por non estar madura, aínda que aprobara todo”(Lola).

Mesmo, comentan que, a pesar da lexislación integradora, atopáronse con serios atrancos por mor dun ensino moi competitivo: “Como escribo moi lento, algúns profesores púñanme pegas para ter máis tempo nos exames” (Luisa).

Os membros do segundo grupo de discusión (o composto integramente por persoas con discapacidade) sinalan que é fundamental o apoio da unidade familiar, é dicir, das expectativas que teñan sobre ti para estudar e traballar.

No ámbito laboral, a falta de oportunidades é un feito patente. Das dez persoas entrevistadas, só tres traballan ou traballaron nun emprego ordinario: Manuel que é profesor, Alonso con contratos temporais no sector público, e Pablo cuxa súa experiencia laboral é anterior á súa discapacidade.

As outras tres persoas, todas mulleres, traballan en centros de iniciativa social dentro do campo da discapacidade, é dicir, en certa medida trátase de emprego protexido. E o feito de que sexan mulleres leva a pensar que a muller con discapacidade ten máis dificultades para acceder a un traballo ordinario que o home discapacitado.

Os demais, Jorge e Cándido son pensionistas de invalidez ao sobrevirllle a discapacidade, polo que non teñen experiencia laboral como persoas discapacitadas.

As outras dúas persoas que quedan, Lola e Ana falan de moitas dificultades á hora de acceder ao mercado laboral, a pesar de ter formación universitaria. Unha das explicacións destas dificultades pode ser o tipo de limitacións funcionais que sofren: nun caso, de tipo neurolóxico e no outro psicolóxico.

No segundo grupo de discusión, expónse que, a pesar de que a lexislación contempla situacións de discriminación positiva (a reserva de 5% de prazas no emprego público e o 2% de postos en empresas privadas con máis de cincuenta traballadores), estas medidas non son nin reais nin efectivas:

“Algún empresario non quere porque pensa que non estamos ben formados, aínda que teñas a mesma titulación que unha persoa sen discapacidade”.

No ámbito formativo destaca como causa principal de discriminación das persoas con discapacidade a ausencia de expectativas. É dicir, as familias e/ou a institución educativa non confiaron nas súas posibilidades. Obsérvase que as persoas con discapacidade que alcanzaron un alto nivel formativo son aquelas que atoparon apoios no seu contorno e que apostaron polas súas capacidades.

A falta de expectativas é consecuencia directa do que Johan Galtung denominou violencia estrutural, como tipo de violencia sistemática provocada pola intermediación de estruturas e/ou institucións socioculturais, que impiden ou dificultan a existencia das persoas dentro dunha comunidade.

O non apostar polas súas capacidades é tamén un factor excluínte do mercado laboral, o que leva a que moitas persoas con discapacidade, pola súa vulnerabilidade socioeconómica, non só estean por baixo do limiar de pobreza (existe unha alta porcentaxe de perceptores de pensións non contributivas), senón en zonas de risco de exclusión social.

O situar involuntariamente a persoas en zonas de exclusión social corresponde a un tipo de violencia sistemática, a estrutural, que Galtung conceptualizou como a que existe cando os armazóns estruturais e os sistemas sociais non permiten a satisfacción das necesidades das persoas, negándoas e que englobaría a: a pobreza (privación das necesidades materiais básicas); a represión (privación de dereitos humanos); e a alienación (privación de necesidades superiores).

4.1.3. Ámbito da accesibilidade

Na base de todas estas discriminacións aparece a ausencia de accesibilidade no contorno. A existencia de barreiras arquitectónicas na propia vivenda, inicialmente, xa supón un hándicap moi difícil de superar: “Antes de ter o elevador, deitábame cando os meus pais querían, xa que me tiñan que subir en brazos” (M.^a Luz); “Cando vivía nun piso sen ascensor, apenas saía de casa xa fose inverno ou verán, xa fíxese frío ou calor” (Jorge).

Unha vez que puideron saír da súa propia vivenda, as persoas con discapacidade teñen que sopesar como van desprazarse ao lugar de destino. Se se reside nun medio urbano, en traxectos non moi longos, é importante valorar a existencia de barreiras urbanísticas, especialmente para os usuarios en cadeira de rodas. Entre as persoas entrevistadas, residentes en diversas localidades, argumentan que en xeral neste campo avanzouse moito, xa que as cidades españolas, sobre todo capitais de provincia, están a ser accesibles aos poucos, salvo excepcións como algún barrio marxinal ou algún centro histórico (que comentarei máis tarde coa accesibilidade ao patrimonio).

Pero as dificultades téñenas, con especial gravidade, as persoas con discapacidade que residen no medio rural e se ven obrigadas a utilizar algún medio de transporte, sobre todo interurbano (en xeral, o transporte urbano está adaptado): “Ao non poder conducir, cústame moito ir a Córdoba xa que non están adaptados os autocares”, comenta Ana.

Un exemplo claro de insolidariedade moi frecuente e, por iso, destacado polas persoas con discapacidade que se desprazan no seu propio vehículo, é o feito de que condutores que non dispoñen de autorización para iso xa que non dispoñen da Tarxeta Europea de Estacionamento Reservado para persoas con mobilidade reducida, aparquen neste tipo de prazas.

Doutra banda, con respecto ao lecer e á participación social os profesionais de COCEMFE que traballan na quenda de vacacións sinalan que as persoas con mobilidade reducida seguen tendo grandes dificultades para viaxar. Un exemplo diso é que nos hoteis existen un número restrinxido de habitacións adaptadas (é dicir, con ducha sen prato); outro exemplo é que en moitas liñas aéreas non poden ir máis de seis usuarios de cadeiras de rodas por avión; e que nalgúns monumentos, (por exemplo a Alhambra) predominan máis criterios de conservación do patrimonio que de accesibilidade.

No primeiro grupo de discusión (o que está formado por profesionais e acompañantes) coméntase que as razóns polas que os usuarios da quenda de vacacións solicitan estas viaxes son: “Por comodidade, xa que te aloxan nun establecemento máis ou menos adaptado; por economía, posto que son viaxes baratas, alcanzables a persoas que só cobran pensións non contributivas; e por seguridade, porque se che pasa algo tes quen te apoie”.

As persoas con discapacidade fan fincapé en que a maioría dos establecementos comerciais e de hostalería son inaccesibles, sentíndose “cidadáns de segunda categoría ao non recoñecernos o dereito a divertirnos.

Ante unha barreira física, xa sexa arquitectónica, urbanística ou de transporte, as persoas con discapacidade entrevistadas manifestan que senten impotentes xa que, por unha banda, son coñecedoras da existencia dun marco legislativo que contempla toda unha serie de medidas encamiñadas a un deseño accesible do espazo, un deseño para todos e todas; e por outro, cada vez son máis conscientes de que depende da vontade do político competente.

“Parece mentira que un monumento tan importante como a Alhambra non sexa accesible. Temos que pagar a entrada igual que os demais, pero só podemos ver unha pequena parte” (Pablo).

A ausencia de accesibilidade no contorno é a raíz da discriminación das persoas con discapacidade física, producida (unha vez máis) por esa violencia estrutural que provoca illamento, humillación e impotencia nas persoas xunto a unha percepción subxectiva (do suxeito) de ser considerados “cidadáns de segunda categoría”, fomentado pola existencia dun sistema social desigual.

4.1.4. Ámbito sanitario-institucional

Algúns dos entrevistados comentan que, ás veces, senten que son tratados como “coellos de indias” nos tratamentos médicos recibidos. Unha das razóns que motivaron esa sensación é a falta de comunicación co persoal

médico-sanitario. Por exemplo, Ana comenta que, cando estaba hospitalizada, os médicos non se dirixían a ela para explicarlle o seu estado, senón á súa familia e, pola súa vez, os seus familiares silenciábanlle situacións que ela consideraba que debía coñecer.

Cándido explicou que, inicialmente, os médicos dicían que tiña moitas máis posibilidades de non saír do coma que recuperarse tras o accidente. A única que albergaba algunha esperanza era a súa muller. Conta a anécdota que ela foi a primeira persoa que o ouviu falar, como o persoal médico mostraba certa desconfianza, ela insistiu reforzando a súa fala coa comida, bebida...

Esta comunicación defectuosa tamén ocorre noutras situacións: “Cando fun a tráfico pagar unha multa, non se dirixiron a min, senón ao meu acompañante” (Julia).

Lola e M.^a Luz manifestan que custa moito obter información axeitada: “Vas dun lado a outro, ata que atopas alguén que che faga caso” (M.^a Luz).

Para unha das entrevistadas, unha información non axeitada condicionouna á hora de buscar traballo: “Cando dixen que quería un emprego, dixéronme que como era discapacitada xa non podía traballar” (Lola).

Unha vez máis, os entrevistados fálannos de actitudes paternalistas, trato inadecuado, comentarios estereotipados que os discriminan, simplemente, por ter discapacidade. Falan desa violencia estrutural reflectida en comportamentos vexatorios, negligentes, alienantes... que emerxen nun marco de desigualdade.

4.1.5. Ámbito das relacións interpersoais

Das dez persoas entrevistadas, a metade viven en parella, os demais residen cos seus pais. Dos que teñen parella, só un iniciou a relación con anterioridade á discapacidade. E deles, tres teñen parella con discapacidade.

Nos grupos de discusión, as persoas con discapacidade comentan que depende, en gran medida, de como se valore a persoa a si mesma, de se acepta ou non a súa discapacidade, o que lle vai facilitar ou non o mantemento de relacións con outras persoas.

As persoas con discapacidade manifestan que, a miúdo, tiveron unhas traxectorias vitais diferentes ás dunha persoa non discapacitada. Un exemplo diso é cando se refiren á adolescencia, etapa na que o grupo de iguais serve como referencia para integrarse no contorno.

Moitos dos participantes, con discapacidade dende a súa nenez, mencionaron que para eles a adolescencia foi unha época traumática: “A miña adolescencia non foi normal porque, aínda que tiña compañeiras no colexio coas que me levaba ben, non tiven amigas para saír” (M.^a Luz).

Noutros casos, cando a limitación física aparece ou se agrava, os entrevistados falan de illamento e soidade: “Ata os quince anos tiña moitos amigos e ligaba unha chea. Agora que xa non podo facelo, estou soa” (Luisa).

Nunha sociedade na que predomina a imaxe sobre outras circunstancias para valorar a un individuo, a percepción que teñen outros desa persoa aumenta ou diminúe as posibilidades de relacionarse: “As mozas pensaban que eu estaba moi enfermo pola miña aparencia física (estaba moi delgado) e, por iso, non se achegaban a min” (Alonso).

Tras interpretar a información recollida, obsérvase como as persoas con discapacidade, desde a perspectiva do interaccionismo simbólico, ao interactuar cos demais, séntense cualificados como non-persoa ou pseudopersoa (negando as súas necesidades afectivas, sexuais, lúdicas), nunha estrutura sociocultural que favorece a desigualdade na condición de persoa (con menos dereitos, necesidades e obrigas).

Polo tanto, unha discriminación máis provocada polo que Pérez de Campo denomina violencia simbólica: “violencia amortecida, invisible e insensible para as súas propias vítimas, que se exerce esencialmente a través de camiños meramente simbólicos de comunicación e coñecemento, recoñecemento ou, en último termo, do sentimento” (Pérez do Campo, 2009, p. 12).

4.2. En canto a condutas pasivas e as súas posibles causas

4.2.1. O punto de vista dos profesionais expertos

Os profesionais do terceiro grupo ven, claramente, diferenzas entre os que nacen cunha discapacidade (ou a teñen desde a súa primeira infancia) e os que a adquiren a unha idade adulta.

Unha dos membros do grupo expón que os que nacen con ela, ou a adquiren na súa infancia, son máis submisos porque están afeitos a unhas circunstancias que xa lle veñen dadas, en cambio os que teñen unha discapacidade adquirida de adulto non, porque “coñecen unha vida anterior e non permiten que se violen os seus dereitos”.

Con todo, o resto do grupo pensa o contrario, que os de nacemento son máis reivindicativos, máis activos, máis combativos, porque “levan adaptándose toda a súa vida a esa circunstancia e teñen máis inculcado que hai que protestar”. Ademais, engaden que os que a adquiren na súa etapa adulta, primeiro ten que asimilala durante un longo período e logo adaptarse a esa nova vida, “non quedándolles ganas de pelexar”.

Todos os membros do grupo opinan que: “Supéraos, cústalles moito assimilar a súa nova vida, existindo negación nun primeiro momento e, logo, depende de cada persoa, da súa rede de apoio, das intervencións recibidas”.

Outro membro di: “Non ven o problema, hai que facerllo ver. E que non se trata da única persoa que o ten ou, polo menos, que non só se resolve individualmente”. E conclúe: “Hai que crear conciencia de grupo”.

No entanto, a primeira interveniente mantense na súa argumentación xa que “unha cousa é asumir a discapacidade e outra reivindicar dereitos, por iso son máis combativos os de nacemento ao coñecer os seus dereitos coñecidos”.

Para o resto do grupo, con todo, son máis conformistas: “Por exemplo, adoitan conformarse con percibir unha pensión non contributiva no canto de intentar a súa integración laboral”. Ademais, recalcan que, en xeral, os que a adquiren a unha idade adulta xa teñen outros recursos formativos e económicos previos que os sitúan noutra situación cunha mellor calidade de vida.

Unha das intervenientes comenta que o que de verdade inflúe é o contorno familiar e a formación da persoa con discapacidade, así como a súa personalidade, posto que “ese conformismo non deixa de ser manifestación de sometemento a un territorio hostil”.

Todos fan fincapé en que non é o mesmo unha discapacidade orgánica (por enfermidade) que unha física. No primeiro caso prevalecen os problemas de saúde fronte ao feito das súas consecuencias discapacitantes. Por exemplo, os discapacitados por insuficiencia renal cando son transplantados xa non se consideran enfermos e esquécese das súas circunstancias.

Os profesionais do terceiro grupo comentan que o colectivo de persoas con discapacidade, en xeral, implícase pouco na defensa de dereitos posto que predomina máis unha conciencia individual que colectiva: “Acoden ás entidades para resolver un problema individual, sen ter en conta que tamén lles pode afectar a outros nas túas mesmas circunstancias”.

Sinalan que, en xeral, trátase dun colectivo conformista xa que delegan na entidade, sen ter en conta que “as asociacións sociais son un apoio máis e que teñen que ser conscientes de que quen ten que reivindicar son eles”.

Pero, tamén opinan que parte da responsabilidade desta delegación recae nas entidades porque fomenta certo paternalismo: “En vez de darlles asesoramento para que o usuario o realice de forma autónoma, moitas veces os profesionais acabamos facéndollo, fomentando o seu victimismo”.

Pero con estas premisas xorde outro conflito: “se non o fan os usuarios, nin as entidades, quen o fai? E doutra banda, para que están as entidades?”.

O grupo opina que ese conformismo existe na sociedade xa que, en xeral, a xente acode ás entidades para obter beneficios, circunstancia fomentada por elas mesmas, xa que moitas se limitan a prestar servizos máis que a reivindicalos, suplindo o labor dos poderes públicos: “Xa non se

distingue o que é unha entidade dunha empresa, son empresas camufladas” (Grupo 3).

Por outra banda, danlle importancia ao seu labor profesional, posto que son os que detectan os problemas cotiás, máis que os propios directivos e usuarios. Engaden que, talvez, a orixe deste afastamento da realidade das entidades estriba en que os seus equipos directivos están formados por persoas sen formación específica: “A solución sería ter xestores cualificados”.

En canto ao voluntariado, observan que en moitas ocasións trátase de man de obra gratuíta xa que substitúen o labor dun traballador: “Para as actividades profesionalizadas, ao carecer de persoal laboral, recórrase aos voluntarios”.

Todos falan dun futuro moi negro para as entidades non lucrativas, que dependen de subvencións suxeitas a recortes. Existen, pois, menos recursos e de peor calidade, cando hai máis demanda. A tendencia é privatizar servizos, na que tanto organizacións e os usuarios son copartícipes, sendo o copagamento a alternativa predominante. Polo tanto, a disxuntiva é: “refundirse, volvendo ás súas orixes ou converterse en pseudoempresas”.

Por último, unha das intervenientes argumenta que, fronte a este aparente conformismo da sociedade actual “aparecen novos movementos reivindicativos que non aparecen nos medios de comunicación ordinarios, mais empregan outro espazo público para manifestar as súas reivindicacións: as redes sociais”.

Resumindo a información achegada polos profesionais, pódese observar, dentro do colectivo de persoas con discapacidade certa pasividade que, en maior ou menor grao, depende da personalidade, formación e contorno do individuo. E que, aínda que predomina na sociedade en xeral, no caso concreto deste colectivo, está fomentado en gran parte polas entidades e institucións.

Existe, pois, un sistema social sobre a base de relacións desiguais, no que hai persoas discriminadas e, mesmo, en risco de exclusión social, simplemente por ter unha discapacidade. O obrigar a convivir con esta desigualdade non deixa de ser un exercicio de violencia sistemática, cultural e estrutural, sobre as persoas que pertencen a este colectivo e que, a nivel individual, adoitan delegar (por esa pasividade) a reivindicación dos seus dereitos nestas estruturas, perpetuando e realimentando esta desigualdade.

4.2.2. A perspectiva dos entrevistados

Comézanse as entrevistas nunha segunda fase, ao dez persoas da poboación de mostra, preguntando se nalgún momento se atoparon na tesitura de ter que decidir se denunciaban ou non un trato discriminatorio, excluínte, inxusto ou violento. A maioría responderon que si se atoparon ante este tipo de situacións, pero non todos denunciaron ou puxeron a oportuna reclamación.

Un exemplo de denuncia realizada é o caso que conta Lola, cando fora contratada a través dunha modalidade subvencionada por ter discapacidade: “Ao terminar o período obrigatorio de contratación, o meu xefe fixo todo o posible para que me fose voluntariamente; ao non conseguilo, tratoume dunha forma vexatoria; por iso, tras consultalo co meu irmán que estaba afiliado a un sindicato, denunciei o caso que acabei gañando” (Lola).

Outro caso é o que conta M.^a Luz durante unha viaxe que fixo en tren. Expón que cando comprou os billetes, garantíranlle a accesibilidade do vagón, pero cando subiu ao tren comprobou que non podía acceder ao aseo e que lle tocou a liteira de arriba. Esixiu que a levasen ao baño, aínda que fose en brazos e lle concedesen outra cama. Ao chegar ao seu destino, presentou a oportuna reclamación e reintegráronlle a cantidade abonada polos billetes.

Con todo, a maioría opinaba non querer presentar calquera tipo de denuncia: “Cando me atopo cun coche mal aparcado, sen cartón nunha praza de aparcadoiro reservado, paso e dou voltas até atopar outro sitio” (Manuel).

A razón de non denunciar é que non queren “meterse en leas”, “en perder o tempo en dar explicacións para que logo non che fagan ningún caso”.

Alonso comenta que “O problema é a burocracia xa que che obriga a ir dun lado a outro, mareándote e gastando diñeiro que non tes”. E Luísa engade: “por iso, ás veces, temos que levantar a voz para que che fagan caso e, mesmo, ameazar con ir á prensa”.

Julia expón como, grazas á información e asesoramento dunha entidade, presentou recurso ao defensor do pobo da súa comunidade por non estar de acordo coa súa valoración de dependencia: “No entanto, a Administración debíache facilitar máis as cousas, pero para empezar o despacho da traballadora social estaba na segunda planta e non había ascensor”.

En oposición a unha actitude conformista, hai persoas con discapacidade que seguen loitando por tomar as rendas da súa vida: “Na miña casa estaría moi ben xa que conto co apoio da miña familia, pero polo meu carácter busquei traballo fóra e, grazas a iso, coñecín mundo e puíden viaxar” (Luísa).

Nestas entrevistas, obsérvase claramente a influencia do contorno (como redes informais de apoio) e a formación da persoa á hora de afrontar calquera conflito que vulnere os seus dereitos. Con todo, tamén se reflicte certa tendencia a fuxir de todo litixio porque se senten impotentes ante un sistema que non responde adecuadamente ás súas necesidades, ante un sistema que os desborda e os supera, sentíndose indefensos. Ante un medio que lle é hostil, aprenden a non defenderse.

V. CONCLUSIÓNS PRINCIPAIS

5.1. Alcance dos obxectivos establecidos

Como se sinalou con anterioridade, esta investigación ten dúas fases: a primeira centrada en identificar unha violencia específica sobre a discapacidade; e a segunda fundamentada en buscar o factor determinante de certa pasividade, a nivel individual, nalgúns persoas con discapacidade.

Estas dúas fases de investigación tentou cumprir o obxectivo xeral deste traballo: identificar a indefensión aprendida como factor determinante da conduta pasiva nas persoas con discapacidade.

Tras analizar os datos recollidos, pódese dicir:

- Observouse que a discapacidade dunha persoa pode provocar unha situación de discriminación, desigualdade e exclusión nesta xa que nun contorno hostil, debido á existencia dunha ampla gama de atrancos ou barreiras, que causan a perda de oportunidades para acceder a parámetros de dignidade e calidade na súa vida (accesibilidade, educación, saúde, traballo e relacións persoais).
- Desta investigación conclúese que a persoa con discapacidade pode superar, en gran parte, todas estas dificultades se dispón ou non de redes de apoio que favorezan a aceptación desta circunstancia, con expectativas realistas, sobre todo a nivel educativo-formativo e laboral.

Entre estas redes de apoio, destacan dúas institucións básicas: a familia, á que pertence, e a institución educativa na que se formou.

O papel do contorno familiar é fundamental no desenvolvemento vital dunha persoa con discapacidade. Mais, as relacións familiares non deben de tender á sobreprotección nin cara ao rexeitamento, senón á aceptación da discapacidade como unha circunstancia máis da persoa, coas súas limitacións e, por suposto, coas súas capacidades.

E en canto á institución educativa, observouse que as persoas que tiveron un nivel de esixencia, de acordo coas súas posibilidades, obtiveron unha adecuada formación académica.

- Que é comparable a conceptualización da violencia de xénero cunha violencia existente no marco da discapacidade, posto que o concepto de xénero, construído culturalmente e transmitido de xeración en xeración polo proceso de socialización, serve para reflectir a relación desigual entre homes e mulleres e, polo tanto, na conceptualización da violencia de xénero están incluídas relacións de poder. Relacións desiguais tamén existentes no ámbito da discapacidade no que coexiste diferentes posicións de inclusión/exclusión social.

Un exemplo diso é o feito de que ter formación e cualificación profesional non garante o acceso ao mercado laboral. Por agora, e a pesar das medidas de discriminación positiva existentes (reserva de prazas na oferta pública de emprego e nas empresas privadas con máis de cincuenta traballadores; bonificacións nas cotas á Seguridade Social, subvencións a fondo perdido), o acceso a un posto de traballo ordinario por parte do colectivo de persoas con discapacidade resulta dificultoso. Aínda máis no caso das mulleres discapacitadas.

Outro exemplo de desigualdade é a existencia de barreiras físicas no contorno xa que segue sendo un verdadeiro obstáculo para a integración das persoas con mobilidade reducida, producindo sentimentos de impotencia ante o reiterado incumprimento da lexislación existente.

Tampouco se poden esquecer as barreiras mentais que inciden na participación social e no mantemento de relacións interpersoais do colectivo de persoas con discapacidade. Estas barreiras mentais residen nos problemas de comunicación que teñen estas persoas co resto da sociedade, en especial en situacións médico-asistenciais, nas que aínda seguen sendo considerados como “enfermos”, cando en realidade son persoas que xa superaron un episodio de enfermidade ou traumático, e son responsables do seu estado de saúde.

- Que todas estas barreiras físicas, mentais e de comunicación xeran un ambiente hostil arredor da persoa con discapacidade, situándoa nunha posición de desigualdade, cernando as súas oportunidades vitais, exercendo unha violencia sistemática sobre esta.
- Ademais as persoas discapacitadas perciben esta situación como unha violencia específica cara á discapacidade. Unha mostra diso é que, a maior grao de discapacidade aumentan as barreiras coas que se atopa a persoa e tamén a necesidade de apoios e axudas para superalas. Polo tanto, son persoas máis vulnerables ante calquera acto violento polo seu elevado nivel de dependencia e teñen máis dificultades para defenderse.
- Os comportamentos e as actitudes das persoas con discapacidade en situacións de discriminación, desigualdade e exclusión, poden ser, en gran medida, manifestacións de condutas pasivas.

É certo que a responsabilidade de exercer o control sobre as súas propias vidas, de decidir por si mesmos, de reclamar a súa autonomía persoal e un modo de vida independente, foi e é unha reivindicación mil veces reiteradas polas persoas con discapacidade; no entanto, foino e é de forma colectiva por un movemento asociativo moi reivindicativo e belixerante que alcanzou grandes

logros sociais. Mais, no ámbito individual, detéctase certo grao de conformismo, de pasividade, de delegar a reclamación de dereitos neste movemento asociativo. Unha razón diso pode ser o feito de que para exercer o control sobre as súas vidas é fundamental a aceptación da súa discapacidade.

Na aceptación da discapacidade, máis que a súa causa (xa sexa de nacemento ou adquirida en idade adulta), inflúe máis a formación, o contorno e o carácter da propia persoa á hora de enfrontar calquera tipo de conflito. E para poder enfrontarse ante calquera conflito que supoña un trato discriminatorio, excluínte ou violento, é moi importante que saiban defender e reclamar os seus dereitos.

- E por último, existen relacións específicas entre a discapacidade e indefensión aprendida, e para botón de mostra obsérvase a impotencia que sente as persoas con discapacidade para litigar cos poderes públicos xa que o aparello excesivamente burocrático da Administración pública é un dos principais obstáculos á hora de reivindicar dereitos.

Ademais, as entidades do terceiro sector, aínda que seguen estando aí para informar, asesorar e orientar, moitas delas caeron na tentación de certo “paternalismo”, suplindo en ocasións o labor da administración.

A sobreprotección e o rexeitamento, a falta de igualdade de oportunidades, a discriminación por posuír unha discapacidade, a carencia de accesibilidade física ou a exclusión de certos ámbitos da vida social, son circunstancias nas que se manifestan situacións de desigualdade, xa que como sinalamos “as discapacidades xenericamente definíronse nas relacións de poder, marxinação e dependencia” (Andreu, Ortega, Corbacho, 2003, p. 77).

Tendo en conta que “calquera forma de discriminación é unha violencia” (Mun Man Shum et al., 2006, p.105), pódese deducir que esas situacións de desigualdade son produto dunha violencia, ás veces invisible e en moitas outras visible, e sempre percibidas como tal polas persoas que as sofren.

Trátase, pois, segundo as teorías de Galtung, dunha violencia sistemática (estrutural) xerada por un contexto sociocultural determinado, do mesmo xeito que a violencia de xénero, constituído por prexuízos, mitos, estereotipos etc. Nestes termos, pódese falar con claridade dunha violencia específica ao redor da discapacidade que, se se repite ou perdura ao longo do tempo xera unha tendencia á pasividade das persoas con discapacidade, aprendendo a non defenderse.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRÉU ABELA, J.; ORTEGA RUÍZ, J. E PÉREZ CORBACHO, A. (2003). “Socioloxía da discapacidade Exclusión e inclusión social dos discapacitados”. *Revista do Ministerio de Traballo e Asuntos Sociais* n.º 45, 77-107.
- *Diccionario de Onsalus*. (2014). Recuperado o 26 de marzo de 2014 de <http://www.onsalus.com/diccionario/pasivo/24066>
- “Enquisa de Discapacidade, Autonomía persoal e situacións de Dependencia” (IDADE-2008). (2009). *Panorámica da Discapacidade en España. Boletín Informativo do Instituto Nacional de Estatística*, 10, p. 1-12. Recuperado de <http://www.ine.es/revistas/cifraine/1009.pdf>.
- ESCUDERO NAFS, A. (2009). Causas e razóns científicas da perdurabilidade da muller na violencia de xénero (unidade didáctica do Curso de Experto Universitario sobre malos tratos e violencia de xénero, documento non publicado). Madrid: UNED.
- GALTUNG, J. (1981). *Contribución específica da irenoloxía ao estudo da violencia e a súa tipoloxía. A violencia e as súas causas, volume (4)*, 91-106.
- GARCÍA DA CRUZ HERRERO, J. (2008). “A inevitable estigmatización das persoas con discapacidade”. En J. A. Ledesma (Ed.), *A imaxe social das persoas con discapacidade* (pp. 65-88). Madrid: CERMI.
- IBORRA MARMOLEJO, I. (2008). *Factores de risco dos malos tratos de persoas maiores na familia en poboación española*. Centro Reina Sofía para o estudo da violencia, 45, p. 49-58. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3021586.pdf>.
- MUN MAN SHUM, G.; CONDE RODRÍGUEZ, Á. E PORTILLO MAYORGA, I. (2006). *Muller, discapacidade e violencia. O rostro oculto da desigualdade*. Madrid: Instituto da Muller (Ministerio de Traballo e Asuntos Sociais).
- PÉREZ DO CAMPO, ANA M. ^a (2009). Orixe e transmisión da violencia de xénero. (Unidade didáctica do Curso de Experto Universitario sobre malos tratos e violencia de xénero, documento non publicado). Madrid: UNED.
- RUÍZ ARIAS, S.; NEGREDO LÓPEZ, L.; RUÍZ ALVARADO, A.; GARCÍA-MORENO, C.; HERRERO MEJÍAS, O.; YELA GARCÍA, M. E PÉREZ RAMÍREZ, M. (2010). *Violencia de xénero. Programa de intervención con agresores*. Documentos Penais, n.º 7. Madrid: Secretaría Xeral de Institucións Penais (Ministerio de Interior).

MELLORAS PARA O RURAL

Jesús Alfonso Parada Jato

RESUMO:

As aldeas e mais as terras morren decote, e con elas vai a nosa historia e tamén unha importante fonte de riqueza, que nun contexto coma o actual marcado pola crise, ben se podía aproveitar para xerar emprego e fixar poboación no rural.

As estratexias para seguir serán de acordo a unha base científica. Un equipo de expertos supervisará as actividades realizadas. O abandono de terras é un problema multicausal, e de grande envergadura, polo tanto, a proposta de actuación tampouco pode ser única, senón, un conxunto de propostas de actuacións, que se irán seleccionando ao longo das diversas fases do proxecto.

Creación da figura **do defensor do agricultor (valedor do agro)** inspirada na figura do Valedor do Pobo, que cunhas competencias similares, axudaría a dinamizar e impulsar o medio rural. Así mesmo, diversas actuacións coma a creación dun **museo da labranza** e un **arquivo** que recolla os datos das parcelas incorporadas ao proxecto Promover unha axeitada conversión das antigas medidas ao sistema métrico decimal ou ben, ás medidas agrarias actuais, fomentar o respecto polos marcos e asesoramento para legalizar antigos acordos, rematando con moitas desavinzas...

Unha ollada cara ao futuro, sen esquecermos do pasado...

PALABRAS CLAVE:

Abandono, valedor do agro, oficina municipal, museo labranza.

RESUMEN:

Los pueblos y las tierras mueren continuamente, y con ellas va nuestra historia y también una importante fuente de riqueza, que en un contexto como el actual, marcado por la crisis, bien se podría aprovechar para generar empleo y fijar población en el rural.

Las estrategias a seguir serán de acuerdo a una base científica. Un equipo de expertos supervisará las actividades realizadas. El abandono de tierras es un problema multicausal, y de gran envergadura, por lo tanto, la propuesta de actuación tampoco puede ser única, sino, un conjunto de propuestas de actuaciones, que se irán seleccionando a lo largo de las diversas fases del proyecto.

Creación de la figura **del defensor del agricultor (valedor do agro)** inspirada en la figura del Defensor del Pueblo, que con unas competencias similares, ayudaría a dinamizar e impulsar el medio rural. Además; diversas actuaciones como la creación de un **museo de labranza**, y un **archivo** para recoger los datos de las parcelas incorporadas al proyecto. Promover una adecuada conversión de las antiguas medidas, al Sistema Métrico Decimal o bien, a las medidas agrarias actuales, fomentar el respeto por los hitos y asesoramiento para legalizar antiguos acuerdos, acabando con muchas desavenencias...

Una mirada de cara al futuro sin olvidarnos del pasado...

PALABRAS CLAVE:

Abandono, defensor del agricultor, oficina municipal, museo labranza.

INTRODUCCIÓN

As aldeas acábanse, quedan deshabitadas, e rematan converténdose en lugares aptos para a ocupación e a pillaxe. Os donos ás veces non poden acreditar a propiedade dun terreo, ben por non teren unha escritura pública, ben por ser varios os herdeiros e non realizar as partillas correspondentes, ou por non especificar a superficie en metros cadrados ou en calquera das medidas agrarias. En ocasións preséntanse documentos de dubidosa legalidade, que se admiten como proba, onde as medidas se expresan en ferrados, varas ou celemíns ou calquera outra medida anterior ao sistema métrico decimal.

O cambio de normativa a veces descoñécese e os dereitos históricos ou consuetudinarios aínda prevalecen na memoria de moitos agricultores, como tamén se utilizan, non poucas veces, fórmulas herdadas do Franquismo ou da Segunda República. Nas aldeas a vida transcorre moi amodo e os problemas mantéñense durante varias xeracións, ou mesmo para sempre. As persoas van e veñen, pero a terra permanece e debe permanecer, é a nosa herdanza...

No medio urbano adoitamos rifar por un patio de luces, un coche mal aparcado, polos insoportables ruidos nocturnos (algo insólito para un agricultor que convive decote con eles, mesmo sen decatarse diso) e no medio rural por un cacho de terra, un “marco” mudado, porque se lle rouba a súa terra, o seu medio de vida e todo o que representa.

As relacións entre veciños son un tanto ambiguas, por unha banda o veciño é un aliado, un amigo ao que acudir en demanda de axuda, mesmo antes ca un familiar, pero doutra banda pode converterse no peor inimigo. As relacións de veciños no agro galego son complicadas, o veciño é a un tempo, un colaborador do cal non se pode prescindir e á vez un competidor que nos disputa as terras, os dereitos de rega ou os pasos de servidume chegando a ocasionar importantes prexuízos.

As leiras non chegan ás nosas mans de balde, custan moito... Demasiado? Para poder comprar un anaco de terra, alguén se privou de arranxar a súa boca e logo finou miseramente despois dunha vida de privacións. Houbo que aturar, por moito tempo, do tío, do avó, da sogra... media vida para poder dicir “Isto é meu...”.

A vida rural é dura, esforzada, esixe estar dispoñible as 24 horas dos 365 días do ano. Malia que, hoxe en día se introducen cambios e melloras, os animais comen todos os días, non hai vacacións e hai que pasar moitas horas en vela cando unha vaca está de parto e se presentan complicacións.

Os agricultores non marcan o prezo dos seus produtos, como moitos “urbanitas” cren. Eles, xunto cos consumidores son os grandes prexudicados ao vender as súas colleitas por prezos irrisorios propios do terceiro mundo. No rural galego persisten grandes bolsas de pobreza que forma o cuarto mundo. E aínda así, o máis penoso é ver os teus animais cargados camiño do matadoiro, logo dunha mala xogada do destino, eles á morte e un enfrontándose a un futuro incerto nun lugar hostil, con problemas de adaptación e mesmo de exclusión sobre o duro campo do asfalto das nosas gloriosas cidades. Mentres a nosa terra é obxecto de pillaxe ou no mellor dos casos cóbrese de maleza.

Así e todo, a vida é demasiado dura en todos os aspectos para un agricultor, por iso podemos considerar normal o éxodo rural. As novas xeracións prefiren a vida urbana que ofrece maiores e mellores oportunidades fronte á lánquida e esforzada vida rural.

As aldeas morren... e ninguén fai nada. A entrada na UE non parece ser unha solución para os problemas perentorios do campo galego. Novas propostas como o SITEGAL, instrumento creado pola Consellería de Medio Rural da Xunta de Galicia que pretende ampliar a base territorial das explotacións que o necesiten e proporcionar superficie agraria útil. Destinado a explotacións e cooperativas que necesiten ampliar a súa base territorial e a recuperar a actividade agraria en zonas afectadas polo avellentamento e mais o éxodo rural, eliminando o acceso á terra.

O seu órgano de xestión, o BANTEGAL, mobilizará as terras mediante un sistema de arrendamento cuns prezos de referencia, ademais de garantir o cobro do prezo establecido e a devolución da propiedade en normal estado de uso cando remate o período de alugamento.

Un instrumento para impulsar o medio rural e frear o abandono das propiedades que se contempla con desconfianza polos abusos cometidos ao abeiro do abandono e dos arrendamentos verbais que aínda, hoxe en día funcionan.

Ningunha comunidade, por trasnoitada que pareza, debería obviar a súa historia, nin os seus costumes, nin a fórmula empregada para sobrevivir ao longo do tempo. O moderno non quita o antigo, senón que se constrúe

sobre el como unha evolución necesaria; sen pretender recuar cara a estadios pretéritos da nosa civilización, pero sen esquecer os saberes tradicionais.

As modernas maquinarias que tanto tempo e esforzo aforran, non impiden que ante unha emerxencia haxa que botar man dunha afiada lasca de pedra coma se dun coitelo propio do Paleolítico se tratase... Cantas cordas se cortaran deste xeito! A terra é sempre a mesma, somos nós os que mudamos e lles damos un uso diferente segundo a época.

A formación académica é moi importante á hora de acometer melloras nunha comunidade. No rural galego é frecuente atopar aínda casos de analfabetismo malia que, a inmensa maioría posúe unha titulación igual ou inferior ao desaparecido Graduado Escolar.

A poboación é por tanto maioritariamente anciá. Con elevado índice de emigración de mozos/as cara ás zonas industrializadas, e as mulleres a miúdo soportan cargas familiares non compartidas.

A valoración técnica, atendendo ás necesidades detectadas e aos sectores de poboación, podería ser a seguinte:

- Sector xuvenil: emigración a núcleos industrializados pola escaseza de empregos que presenta o rural, con sentimentos, en moitos casos, de perda de identidade.
- Sector maiores: gran número de persoas maiores con escasos recursos para ocupar o seu tempo libre (exceptuando os traballos agrícolas e gandeiros) algúns viven sós e padecen con frecuencia enfermidades crónicas.
- Sector muller: baixo nivel de formación académica e laboral, con cargas familiares non compartidas, con alto nivel de desemprego.

Son frecuentes os atentados contra o patrimonio histórico e actos illados de pillaxe, feísmos ou falta de sensibilidade co medio natural e a herdanza das culturas anteriores a nós como é o caso da cultura castrexa.

En canto aos valores predominantes destacar a gran solidariedade entre os membros da propia familia e do resto de veciños, a conciencia de grupo, o compañeirismo, a hospitalidade e humanización cara aos turistas, transeúntes ou visitantes e a sabedoría herdada dos antepasados e a capacidade de supervivencia para sobrevivir nun mundo hostil. En menor medida a mentalidade nova ante os cambios, o pluralismo, a liberdade, a comunicación.

Destacar o papel dunha unidade social que é a **casa**, e que nesta terra engloba non só a casa familiar, senón as terras, animais, apeiros e até os propios habitantes. A casa, aínda que é unha marca de identidade, en ocasións, convértese en lugar inexpugnable coa problemática que iso supón.

1. FUNDAMENTACIÓN

Trátase dun proxecto para acometer melloras no rural principiando por recuperar as terras abandonadas. Coa garantía para os propietarios de poder recuperalas en normal estado e unha compensación económica ás persoas implicadas na recuperación, implicando a toda a poboación no proceso e promovendo unha nova forma de voluntariado máis activo.

As estratexias que se van seguir serán de acordo a unha base científica. Un equipo de expertos supervisará as actividades realizadas. O abandono de terras é un problema multicausal, e de grande envergadura, polo tanto, a proposta de actuación tampouco pode ser única, senón, un conxunto de propostas de actuacións, que se irán seleccionando ao longo das diversas fases do proxecto.

Creación da figura do **defensor do agricultor (valedor do agro)** inspirada na figura do Valedor do Pobo, que cunhas competencias similares, e tamén sen poder executivo trataría de atender as diversas demandas que día tras día teñen lugar no ámbito rural.

A creación dunha **oficina municipal**, que ademais servirá de lugar de reunión, para coordinar e xestionar todo o proceso que se debe realizar e que se ocuparía de informar e asesorar á poboación que libremente decida colaborar no proxecto. Nela, un equipo de expertos atendería as demandas e ademais ocuparíase da parte técnica e de tramitar axudas e subvencións.

Dentro desa oficina crearíase un **museo de labranza** onde as diversas pezas artesanais e os apeiros de labranza de uso tradicional serían expostas, xunto con vídeos e carteis explicativos acerca da súa historia e función. As pezas poderían adquirirse por compra ou ben en réxime de alugamento a cambio da súa restauración gratuíta e coa garantía de devolución ao propietario ao cabo dun ano. Nel ademais impartiríase unha serie de actividades educativas como complemento ao ensino nas aulas. O obxectivo é achegar a nenos e mozos que, en xeral, viven no mundo urbano, á vida rural. Ofrecendo a posibilidade de comprender a necesidade dun cambio de actitude para asegurar o equilibrio futuro do home co seu contorno e de paso fóméntanse valores democráticos para a paz e a xustiza social.

Crearíase un **arquivo** onde se rexistrasen todos os datos relacionados coas parcelas incorporadas ao proxecto: medida, estado en que se atopan, novo uso que se lle podería dar, historia, preitos nos que se viu involucrada, cultivos que soportaba, lindeiros, donos anteriores, contos, lendas e outras narracións oral relacionadas con ela. De cada parcela faríanse dúas fichas, unha de carácter privado onde se recollerían os datos protexidos pola lei e outra de carácter público dispoñible para todo aquel que queira consultala. Ademais cobraríase polas fotocopias realizadas o cal podería ser unha fonte de autofinanciamento como ocorre en calquera arquivo público.

Información acerca dos trámites para conseguir as concesións de auga para rega, ou ben legalizar os regos existentes segundo o regulamento hidráulico perante a Confederación Hidrográfica do Miño-Sil.

A **Lei 4/1995, do 24 de maio (DOG n.º 107 do 6 de xuño de 1995)** e a **nova Lei 2/2006 de dereito civil de Galicia** son referentes que se deben ter en conta xa que intentan regular certas materias que ocasionaron numerosas desavinzas como a propiedade dun socalco ou muro natural que separa as leiras en escaleira ou terrazas típicas das zonas montañosas, os pasos de servidume, os muíños de herdeiros e outras moitas cuestións. Unhas leis que aínda resultan descoñecidas para moitos dos habitantes.

Promover a reconversión e adaptación das antigas medidas de capacidade, peso e sobre todo superficie ao sistema métrico decimal. Isto é de inestimable valor xa que moitos documentos de compravenda privados están expresados en tales medidas e non sempre se realiza unha conversión axeitada, sobre todo cando xorden desavinzas ou preitos entre herdeiros.

Asesoramento para a legalización dos antigos acordos de compravenda privada, permuta e outros e a súa análise, xa que en ocasións achegan cantidade inxente de información sobre a zona de indubidable valor histórico.

Fomentar o **respecto polos marcos** e outros elementos que delimitan a propiedade e informar de que a súa alteración constitúe sanción legal segundo a lei.

Resulta de utilidade observar a normativa en materia do uso de produtos fitosanitarios. O **Real decreto 1311/2012** polo que se establece o marco de actuación para conseguir un uso sustentable dos produtos fitosanitarios. Coa súa publicación xunto ao do **Real decreto 1702/2011**, do 18 de novembro, de inspeccións periódicas dos equipos de aplicación de produtos fitosanitarios, queda trasposta á Directiva europea de usos seguros de produtos á lexislación nacional española.

Fomentar o **respecto por nosa propia historia, usos e costumes e polo patrimonio histórico**.

A **reordenación das producións agrarias e o fomento do asociacionismo** mediante a creación de cooperativas, que permitan xuntar esforzos e intensificar a produción, poderían resultar útiles, á vez, que aumentarían as perspectivas de futuro.

Estudar se a **concentración parcelaria** é viable nalgunhas zonas, o cal permitiría mellorar a produción e nalgúns casos, corrixir erros do pasado. Cómpre **introducir novos cultivos** o cal permite diversificar a produción.

Realizar **visitas ou excursións a outros municipios** onde se puxeron en práctica iniciativas semellantes para observan as repercusións.

2. PROGRAMACIÓN.

A realización das diversas actividades que forman este proxecto terían lugar ao longo dun período mínimo **dun ano** prorrogable a cinco anos. Non podemos agardar unha mellora inmediata, senón gradual e afianzando os progresos acadados día a día.

2.1. Obxectivos

- a/ **OBXECTIVOS XERAIS:** contribuír á dinamización e revitalización do medio rural, a creación de postos de traballo, e fixar poboación, e a mellora do nivel de vida da poboación.
- b/ **OBXECTIVOS ESPECÍFICOS:** buscar alternativas para as terras que van quedando abandonadas, proporcionar alternativas como pode ser a silvicultura, a actividade madeireira ou simplemente proporcionar unha continuidade coas actividades que outrora se realizaron como a agricultura ecolóxica e o pastoreo adaptadas aos tempos actuais.

2.2. Actividades

A observación participante é o método principal do animador sociocultural. Nela repítense todos os pasos da investigación científica:

En primeiro lugar, e para tratar de conseguir o citado anteriormente, informarase a poboación por diversos medios: enviar avisos aos alcaldes-pedáneos de cada aldea, notas de prensa nos xornais etc.

O seguinte paso sería a formación dos **(gld) grupo local de desenvolvemento**, un en cada aldea (onde o volume de poboación o permita) que constitúe a unidade básica de participación. Actúa de elemento motor ou dinamizador con respecto ao resto da poboación á que integra gradualmente en operacións e actividades.

Formar o equipo de expertos basicamente composto por un educador social, un traballador social, un axente forestal, un responsable municipal e un investigador.

A continuación formaríanse os diversos grupos locais de desenvolvemento, en diante (gld) e pasaríase á distribución de tarefas entre os seus membros.

- Uns serían os encargados de contactar coas administracións públicas.
- Outros tentarían buscar fontes de financiamento.

Programáanse reunións periódicas cada 2 meses para intercambiar, puntos de vista e coñecer os logros e atrancos atopados e se é posible corrixir as diversas actuacións. Nas citadas reunións deben participar os integrantes dos (gld) e o equipo de expertos (e ex).

3. IMPLEMENTACIÓN

No medio rural é onde resultan especialmente útiles os procesos de intervención sociocultural. Neste tipo de comunidades é onde se necesitan incentivos para propiciar o cambio activo e participativo, para axudar aos seus habitantes a recuperar e desenvolver modelos culturais diversos. Especialmente potenciando o cooperativismo, as campañas informativas e as actividades culturais. Nestas comunidades rurais, necesítase especialmente a presenza de proxectos encamiñados a recuperar a cultura popular e a mellora da vida, sempre desde o respecto cara aos seus habitantes e a idiosincrasia do medio que os rodea.

Ningún pobo ou comunidade debe obviar os seus costumes, a súa lingua e o seu modo de vida; do que se trata, é de corrixir o que está mal, de darlle un novo enfoque que permita superar obstáculos e barreiras.

Seguindo a **técnica do estudo de casos**, que permite adestrar os integrantes do grupo e o investigador nas seguintes habilidades:

- Manexo e selección da información.
- Análise dos feitos e a toma de decisións mediante o consenso.
- Desenvolver flexibilidade de pensamento, aceptando outras formulacións.
- Cambio de comportamentos persoais nas relacións humanas.
- Fomentar as actitudes democráticas.

Por suposto, agora máis que nunca, as actuacións deben dirixirse cara a aquelas actividades e ideas que resultaron máis produtivas. É momento de facer balance pero tamén, de incorporar outras ideas que quedaron arredadas e estudar a súa posible viabilidade.

Entréganse cuestionarios aos participantes para que eles mesmos valoren as actuacións realizadas e dirixan a mirada cara ás novas oportunidades mencionadas ou non, que poidan resultar de utilidade.

As entrevistas e charlas coloquio, son de grande interese posto que, son o primeiro paso para alcanzar consenso e achegar as posturas.

4. METODOLOXÍA

Os instrumentos empregados serían cuestionarios con preguntas abertas e pechadas, entrevistas estruturadas e non estruturadas, a observación participante e o **Método Lickert**, resulta de fácil aplicación. Cada un deles vai seguido dunha escala de cinco valores: 1. Completo desacordo; 2. Parcial desacordo; 3. Dúbida; 4. Acordo parcial; 5.

Completamente de acordo. O suxeito elixe a súa posición persoal en cada caso. Nesta realidade estudada, todos os membros dos (gld) recibirían os cuestionarios e tamén os suxeitos, que sen pertencer a eles queiran facelo, para despois de cubrilos ser entregados ao equipo de expertos (eex) para a súa análise e valoración.

Como o tempo de implementación do proxecto prevese longo, a edición dunha revista ou outra publicación onde se vaia informando de todo o acontecido, sería unha boa maneira de avaliar senón tamén de contribuír ao éxito do proxecto. Hoxe en día, os avances tecnolóxicos e a aplicación das novas tecnoloxías permiten mesmo prescindir do papel como soporte de publicacións, empregando o formato dixital, malia que, no ámbito rural aínda non se atopa moi popularizado é unha ferramenta moi empregada porque permite abaratar os custos notablemente.

5. AVALIACIÓN DO PROCESO

5.1. Elementos que contribuíron aos obxectivos.

Os elementos que contribúen ao éxito en calquera programa, é moi importante que sexan anotados e recolleitos, pois; constitúen a base de futuras investigacións e actuacións.

Sen dúbida, a boa aceptación do proxecto por parte da poboación, unha información axeitada e útil que permita chegar a todos de forma rápida e sinxela para crear un clima de calidez e confianza serán de grande utilidade.

A pesar das numerosas dificultades que un proxecto desta envergadura soporta, debemos desterrar o pesimismo. Non podemos pretender que os demais acepten os proxectos se nós ofrecemos unha visión negativa deste. Por iso, unha presentación optimista e vital contribuirá en grande medida non só ao éxito, senón tamén á aceptación do proxecto.

5.2. Atrancos

Entre os moitos atrancos cómpre citar a reticencia coa que se acollen este tipo de proxectos. As persoas, polo xeral, tenden a rexeitar os cambios, acomodándose ao bo e ao malo, sobre todo no eido rural, os cambios son contemplados desde unha óptica pouco agradable para a persoa ou persoas encargadas de realizar un traballo deste tipo.

A falta de colaboración é unha constante e un feito que dificulta a tarefa en gran medida.

Os diversos intereses doutros colectivos en ocasións son extrapolados ou comparados con aqueles que buscan un beneficio xeral, como é o caso que nos ocupa, e iso repercute moi negativamente nestes e en definitiva na sociedade en xeral.

Pero sen dúbida, o principal obstáculo de moitos destes proxectos, incluído este que nos ocupa é conseguir financiamento económico, sen el o proxecto non sería viable e da habilidade que se teña á hora de presentalo e dos apoios que poidamos conseguir dependerá o alcance que no futuro poida ter.

5.3. Logros

Máis alá da propia satisfacción que o autor sente ao realizar este traballo, están a divulgación da realidade que nos ocupou, o que pode e debería levar a que, no futuro, traballos deste tipo sexan tidos en conta, avaliados, continuados e mellorados.

Ademais, salientar o contacto coa realidade estudada, sempre achega novos coñecementos, o cal pode ser moi positivo para todos os implicados.

Nada produce maior satisfacción que a realización dun traballo que pode repercutir positivamente nunha comunidade da cal nós mesmos formamos parte. Ese é un elemento que se debe ter en conta, ninguén pode realizar o seu labor acertadamente cando non se cre nos resultados ou na maneira de conseguilos, por iso é necesario acadar un consenso que nos permita realizar o noso proxecto con asertividade. Pero a propia loita buscando ese consenso, que en ocasións resulta case utópico, vanse creando e fomentando outro tipo de habilidades sociais que, sen dúbida, van resultar de grande utilidade, non só no caso que nos ocupa, senón tamén en futuras experiencias que de seguro aparecerán no horizonte das nosas vidas.

6. CONCLUSIÓNS E REFLEXIÓNS

O medio rural é un gran descoñecido, non só para os gobernantes, senón tamén para as persoas que habitualmente participan e constrúen esa realidade. Polo tanto, é necesario un coñecemento exhaustivo sobre a realidade antes de intervir sobre ela para tratar de modificala. As diversas propostas que se citan neste traballo, e a análise da realidade realizado, son unha visión que pode ser mellorada ou mesmo superada; un punto de partida, unha referencia para diversas formulacións encamiñadas á mellora do rural galego, tan castigado por diversos factores, pero sobre todo, polo esquecemento.

Non foi tarefa fácil, este pequeno achegamento á realidade tan caótica que supón ver as terras que forman parte indisoluble das nosas vidas, no mellor dos casos recubertas de maleza, o cal, sempre é preferible a que sexan obxecto da pillaxe e da cobiza ou obxecto de negocio ás costas do seu dono legal. Pero, lamentablemente, unha terra improdutivo é unha terra que non xera riqueza, unha terra inculca que por atoparse nese estado é a miúdo branco doutras actuacións que lles ocasionan grandes problemas aos seus donos. Pola contra unha terra produtiva, conservada e debidamente escriturada representa, non só un incentivo, senón unha aposta polo futuro.

Vivimos unha etapa difícil, e non sempre os tempos pasados foron mellores, o campo galego precisa de moitas e moi variadas actuacións para lograr equiparse a outras zonas do país que sempre levan vantaxe. A vida é demasiado dura, en todos os aspectos, a agricultura é a base sustentadora das clases privilexiadas que protexen moi ben os seus intereses mediante a exclusión das clases desfavorecidas que a miúdo son criticados, desprestixiados e considerados merecedores da súa lamentable situación. Poucas persoas hoxe en día queren ser agricultores ou gandeiros, pero que ocorrerá cando ninguén queira selo? Sen agricultores o mundo non sobreviviría como tal por moito tempo.

AGRADECEMENTOS

Agradecer a cantos, ao longo do tempo, contribuíron a construír a historia das nosas aldeas. A historia é o resumo de moitos días de loita e sufrimento, moitas veces incomprendido. Pais, familiares, amigos e mesmo inimigos, conformaron a situación actual, á cal nós pertencemos. Polo tanto, o meu agradecemento a todos eles, xa que sen a súa axuda, non sería posible, a realización deste traballo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FERNÁNDEZ GARCÍA, T. E ALEMÁN BRACHO, C. (2003) *Introdución al Trabajo Social*. Alianza Editorial, Madrid.
- FERNÁNDEZ GARCÍA, T. (2003) *Trabajo social con Casos*. Alianza Editorial, Madrid.
- FERNÁNDEZ GARCÍA, T. (2005) *Trabajo Social con Grupos*. Alianza Editorial, Madrid.
- GARCÍA FERNÁNDEZ, F. J. (2009) *La intervención Profesional en Trabajo Social: Supuestos Prácticos I*. Madrid.
- SARRATE CAPDEVILLA. M.^a L. (2005) *Educación para el ocio. Aplicaciones prácticas*. UNED, Madrid.
- TEZANOS, J. F. (2009) *La sociedad dividida, Estructuras de clases y desigualdades en las sociedades tecnológicas*. Biblioteca Nueva, Madrid.
- TEZANOS, J. F. (2010) *Tendencias en desigualdad y Exclusión Social*. Editorial Sistema, Madrid.

CONSECUENCIAS NA ETAPA ADULTA DO MALTRATO INFANTIL

Marta Calzada Mozo

INTRODUCCIÓN

Escribo desde o meu humilde testemuño sobre o impacto dos malos tratos infantís en mulleres adultas, desde a miña experiencia como directora e traballadora social dunha entidade social: Betania de Jesús Nazareno (BJN), que consta de casa de acollida e un piso de transición á vida autónoma de mulleres, nas que o 99% ingresan acompañadas dos seus fillos.

Betania xorde na Coruña no ano 1995 grazas á congregación relixiosa de Irmás Hospitalarias de Jesús Nazareno, (Franciscanas) que funda o centro como intervención complementaria dentro do terceiro sector a outras vivendas residenciais alternativas da cidade da Coruña e a todos aqueles servizos da cidade tanto públicos como privados que necesiten realizar unha derivación das súas usuarias e os seus fillos e fillas.

As súas destinatarias son:

- Mulleres non dependentes (física e/ou psíquica), con idades comprendidas entre os 18-65 anos, sen parella, con ou sen fillos.
- Mulleres sen recursos económicos (condición indispensable para o seu ingreso), sociais...
- Menores (de ambos os sexos), fillos de mulleres que son beneficiarias de Betania.
- Mulleres vítimas de violencia de xénero (sen denuncia).
- Mulleres que queren liberarse de exercer prostitución e vítimas de trata.
- Mulleres membros de familias non funcionais que por unha crise vital deciden abandonar o seu fogar pero carecen dunha vivenda alternativa.
- Mulleres en estado de xestación, carentes de apoio e recursos necesarios para levar a bo termo o seu embarazo.

5 Programas de intervención en Betania:

- Programa “Ti podes”, recolle todas as actividades que levan a cabo diariamente na Casa de Acollida.
- Programa “Acompáñame”, servizo de seguimento e acompañamento de mulleres que foron usuarias de Betania e que se observa unha demanda explícita.
- Programa “Deféndeme”, servizo de asesoramento xurídico e avogada de usuarias que así necesiten deste servizo en procesos xudiciais para persoas usuarias de BJN.
- Programa “Comprenderme a min mesma”, servizo gratuíto de atención psicolóxica por parte dunha profesional psicóloga para mulleres que o necesiten e sexan beneficiarias de Betania.
- Programa “Dinamiza” que recolle reinserción sociolaboral, intervención en equipo e en rede con recursos específicos de orientación laboral. Proxecto Individual de Inserción Sociolaboral.
- Programa “Paso Intermedio” que recolle todas as actividades que levan a cabo no piso de transición á vida autónoma.

Escribir sobre as consecuencias dos malos tratos infantís, é un concepto amplísimo que toca moitos ámbitos da vida diaria dunha persoa, así que acoutarei a mostra de poboación a mulleres que por circunstancias de vulnerabilidade social e económica deciden realizar o seu ingreso na casa de acollida onde eu traballo a diario durante oito anos ata agora, derivadas doutros servizos, ben de atención primaria, de servizos especializados e/ou entidades sociais de Galicia.

TIPOS DE MALOS TRATOS

En moitas entrevistas realizadas a estas mulleres, aflora a nena ferida que aínda non reparou o seu dano e explican de forma detallada os catro tipos de malos tratos infantís que experimentaron anos atrás nas súas vidas.

Falan dos malos tratos físicos provocados polos seus pais, de golpes, hematomas, de queimaduras de cigarros, de fracturas e mentiras ao seu pediatra, de feridas, rabuñaduras e mesmo de intoxicación por fármacos. Polo tanto, de adultas, nalgúns casos, chegan a normalizar un contexto violento, pois pertence ao seu propio mecanismo de supervivencia.

Manifestan a negligencia dos seus coidados na infancia: de como chamaban a atención dos seus profesores con comportamentos agresivos, ou de como recibiron malos tratos por parte dos seus compañeiros de colexio, insultos, comentarios sexistas, racistas etc. de ir mal aseadas ou con roupa non apropiada ao colexio, é dicir, de verán cando era inverno e viceversa, da cantidade de horas que estaban na rúa...

Algunhas comentan acerca do seu consumo de drogas na adolescencia, de fugas ou fuxidas do domicilio familiar, de “ventas” por parte dun familiar delas mesmas para explotación sexual.

Quéixanse de ser fillas parentalizadas e esixírselles que realicen tarefas domésticas inadecuadas á súa idade, tarefas de adultas (e pobre delas senón o facían ben).

Falan dos malos tratos emocionais, da súa ansiedade cando eran nenas, da súa falta de osíxeno ao respirar e as súas taquicardias cando oían berros entre os seus pais ou de cando oían o seu pai ou nai ebrios polo corredor achegarse á súa habitación, entrar e ver un esperpento, o seu pai ou nai bebidos, engaden a isto vivencias de prantos sen consolo e de rezar ou desexar un cambio de domicilio familiar ou cambio de familia.

Contan como se producían continuos abusos sexuais por un pai, un avó, un irmán, un curmán... falan dese monstro que as premiaba se eran dóciles e submisas no momento da violación e castigábaas se non querían. Falan da súa confusión de outrora e actual, se sexo e agarimo van unidos, dúbidan se para que te queiran primeiro hai que manter unha relación sexual ou viceversa, falan de como ás súas nais lles explicaban o abuso e elas tachábanas de mentireiras aínda mostrándolles as súas dores abdominais, sangrado de xenitais, roupas esgazadas etc.

Comentan algunhas o sexualizadas que eran na súa época adolescente e da súa promiscuidade na época actual de adultas, obsérvase que a súa área sexual na etapa de adultas está tremendamente danada, a afectividade é un caos constante na súa vida, posto que o apego afectivo que tiveron de pequenas é escaso ou moi pobre, do mesmo xeito que agora, sen poder filtrar con quen debe de manter relacións ou conservar unha relación de parella que nunca foi sólida pero elas cren que si o é ou o foi.

Na casa de acollida acollemos a mulleres vítimas de violencia, mulleres liberadas de prostitución e mulleres sen teito, tendo preferencia nais con fillos a cargo ou mulleres xestantes, posto que non todos os centros acollen a nais e menores, por iso é polo que tamén se poida estudar o comportamento e relación ou vínculo entre nai e fillo.

Dos tres colectivos mencionados, quero dar unha humilde voz de alarma como técnica social, pois da mostra de poboación acollida no centro, se se selecciona a mulleres que de pequenas estiveron ingresadas nun centro de menores e de adultas, nunha casa de acollida, este episodio é moi frustrante para elas, ás veces insoportable, non chegando a bo porto o seu proxecto de inserción individualizado ou abandonando a terapia, porque non queren a máis profesionais, nin centros na súa vida, obsérvase nelas os malos tratos institucionais de contar numerosas veces a súa vida, revivir os seus malos tratos infantís e non atopar a resposta esperada, que por outra banda, hai que dicir que a súa expectativa non é real e advírtese a infantilización nelas por mor desa área afectivo-emocional e sexual danada e que aínda non puido ser reparada.

Engadir que todas as mulleres ás 100% acollidas na casa de acollida vítimas de violencia de xénero, foron maltratadas polos seus pais de pequenas ou absorberon a violencia do seu pai contra a súa nai, é dicir, cara a ela puideron non existir malos tratos físicos, pero si ser testemuña e absorber numerosas agresións á súa nai polo que é uns directos malos tratos psíquicos, isto traerá consecuencias na súa etapa adulta de todo tipo: persoal e psíquico, social...

Outro colectivo é o 100% de persoas liberadas da prostitución acollidas no centro que sufriron un abuso sexual cando eran menores de idade, é moi fácil caer na prostitución de adulta se unha menor foi abusada, pois o sexo, é un medio de vida obrigado polo adulto que abusa, posto que da mostra de poboación que me refiro, ningunha menor denunciou o seu abuso porque ningún adulto/a de referencia a amparou.

Hai que pensar por exemplo nunha nena de oito anos de idade, menor, que é abusada continuamente pola persoa que sustenta economicamente a unha familia, senón accede ao abuso probablemente non accederá a actividades básicas da vida diaria: comer, vestirse, acudir ao colexio... porque son os castigos do abusador por non acceder e todo isto sometido a un segredo familiar na que outro adulto consente.

O día de mañá, exercer a prostitución entra dentro da normalidade da nena, pois esta adulta, xa foi obrigada a prostituírse, sexo a cambio de actividades básicas da vida diaria cando era pequena. Poden ser captadas con maior probabilidade en redes de explotación sexual e trata. Son sobreviventes que se convierten en mulleres que exercen a prostitución e prostituídas por un proxeneta (abusador como nos seus episodios de abuso infantil), consentindo o cliente este medio de vida (consentidor do mesmo xeito que nas sucesións de abuso infantil), a historias vitais vividas na etapa infantoxuvenil repítense, así que liberarse da prostitución e desmontar a idea de que se pode vivir noutro ámbito que non é a prostitución é moi difícil, á hora de intervir profesionalmente, aínda que non imposible.

A relación da muller adulta que exerce a prostitución co seu proxeneta (chulo), é similar a unha vítima de violencia de xénero e cúmprese ao longo desta relación o ciclo da violencia: acumulación de tensión - explosión - lúa de mel.

IMPORTANCIA DE TRATAMENTO PSICOLÓXICO E TERAPIA FAMILIAR:

A tarefa das psicólogas que colaboran coa casa de acollida de reparar o dano dunha muller que de nena foi ferida é sumamente importante e crucial para a súa inserción. Preténdese con este servizo:

- Darlle resposta á demanda de axuda psicolóxica.
- Contribuír á mellora da calidade de vida das usuarias mediante a facilitación de apoio emocional.

- Ofrecer acompañamento e seguimento psicolóxico de cada caso que se estime oportuno.
- Estimular nas usuarias o afán pola consecución de capacidades que posibiliten a súa autonomía.
- Posibilitar a mellora da autoestima nas mulleres atendidas.
- Aumentar na vida persoal de cada unha factores de protección contra a violencia.
- Acelerar o proceso das demandas das persoas que solicitan de xeito inmediato o servizo.
- Detectar e derivar decontado casos de atención psiquiátrica que a requiran.
- Mellorar na medida do posible as relacións sociais das usuarias e a súa consecuente rede social.
- Mellorar a intervención por parte da entidade como recibir apoio profesional.
- Asesoramento por parte da psicóloga ao equipo da casa de acollida cando o necesítase.

A maioría de persoas, mulleres acollidas no centro, que son nais, acoden a terapia familiar sistémica, valórase que é un factor de protección para non repetir patróns tóxicos de conduta e non son poucas as nais que saen exitosas da terapia.

CONSECUENCIAS

Na casa de acollida en canto ao ámbito familiar no comezo da súa estancia obsérvase o seguinte:

- Nais submisas ou moi autoritarias, tiranas.
- Nais culpabilizadoras que actúan desde a chantaxe emocional.
- Nais intrusivas e sobreprotectoras ou excesivamente críticas.
- Nais con faltas de límites co seu fillo, límites no rol ou papel que deben desempeñar, límites de información etc.
- En casos extremos, nais negligentes ás que tivemos que derivar ao Servizo de Menores.
- Observamos tamén vínculos tóxicos entre nais e menores que naceron de embarazos non desexados, onde o feto sufriu malos tratos prenatais.

Os tipos de nais que poden ser ao principio do seu ingreso leva unha intervención familiar por parte da técnico social, a intervención cos seus fillos realízase a través das nais, aínda que se lles realice unha entrevista individual aos menores excepcionalmente e logo de avisar a nai, cóidase moito a non desautorización da nai polo que hai que ser moi coidadosa na intervención cos seus fillos e fillas.

Nos casos máis graves a intervención tórnase moi complexa debido a que a muller estea a desenvolver un trastorno mental. A disociación de ideas do trauma, ás veces é básico para seguir vivindo e non cometer intentos autolíticos. Non todos temos os mesmos recursos persoais e psíquicos, a mesma resiliencia, nin o mesmo limiar da dor, polo que tras vivir episodios traumáticos, a persoa pode desenvolver ou un trastorno psicótico ou un trastorno disociativo de identidade etc. xa desde a súa adolescencia. Os psicólogos estudan este aspecto con máis profundidade desde a ciencia da psicoloxía e cada caso en psicoterapia.

Observo como traballadora social que isto é a consecuencia máis grave a nivel persoal, outras consecuencias a nivel emocional e persoal son a baixa autoestima e a pésima percepción que teñen delas mesmas, os seus complexos proxéctanos cara aos demais provocando unha mala xestión das súas habilidades sociais, polo que elas mesmas boicotean a súa propia inserción social.

Todo iso provoca unha inestabilidade constante emocional e frases que se autorepiten como mantras, aumentando a súa dor: “ninguén me quere, ningúen me quixo e ningúen me quererá”.

Son as usuarias que ao sufrir estas consecuencias psíquicas, ante un proxecto de inserción individual, solicitude de axudas económicas etc., son persoas que “sempre teñen dereitos e nunca teñen obrigas” pois non asumen responsabilidades, o seu lema é “eu xa sufrín e a túa responsabilidade como traballadora social é de ampararme”, pero esta idea que teñen acerca dunha atención social paternalista, é errónea para poder vivir de forma normalizada sen estar institucionalizada ou sen ser a eterna usuaria dos servizos sociais.

Sigo enumerando consecuencias nas persoas adultas que non puideron reparar a súa nena ferida, como déficit de atención en tarefas que estean a realizar, non ser reflexivas e si ser impulsivas, o cal ocasiona non controlar a súa ira que á súa vez lle traerá máis problemas á súa vida, o déficit de hixiene ou aseo persoal está moi ligado ao desapego afectivo, así que moitas veces hai que facer fincapé neste aspecto, nunha educación informal de autocoidados básicos como supervisar unha alimentación variada e equilibrada, implementación de horarios diúrnos etc., a razón destas consecuencias é lóxica, o que non se pode aprender de nena por desapego e falta de hábitos non aprendidos, tense que aprender na etapa adulta.

No ámbito educativo e laboral, obsérvase unha constante, escasa formación académica e baixo rendemento laboral, acompañado de numerosos contratos precarios na súa vida laboral.

A desorde de prioridades económicas en usuarias da casa de acollida é tamén moi patente, viven ao día sen pensar que existe un mañá, non pensan en imprevistos polo que non contan cun aforro económico, así que a súa situación laboral e económica fainas máis vulnerables e son ás veces na súa vida persoal, a presa fácil dun home cazador e maltratador que nun principio se mostra como rescatador da súa situación económica.

As súas faltas de habilidades sociais fan que sexan moi dependentes de persoas que así a pseudoaceptan, minguando así a súa autonomía e autodeterminación das persoas —mulleres— nais que son.

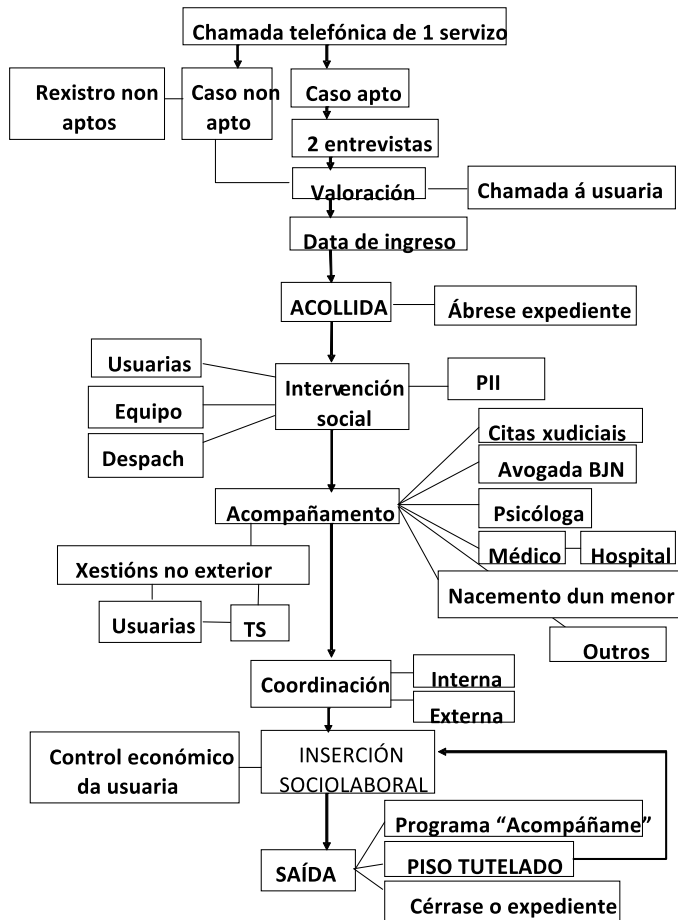
En canto ás súas parellas, adoitan ser numerosas e algunhas usuarias poden chegar a ter un fillo de cada relación co que perdurase un ano no tempo. Recordo a unha nai de 5 fillos e cada menor dunha etnia diferente por exemplo. Estes homes (pais dos seus fillos) son de perfís psicolóxicos moi parecidos aos maltratadores da súa infancia, polo que bastantes deles resultaron ser dun perfil psicopático, engadindo máis dor á súa mochila de vida.

Outra profesional que colabora na casa de acollida é unha avogada xa que a información xurídica acerca da súa situación vital e legal é moi importante de moitas das usuarias atendidas, ademais de xuízos aos que teñen que asistir, consecuentes da súa situación actual.

Engádesse en mulleres de familias multiproblema, que viven nunha sociedade patoloxizada polo que se atopan inmersas en numerosos procesos xudiciais, por exemplo, catro xuízos á vez nun mesmo mes: un xuízo contra a súa caseira que lle reclama unha débeda de alugamento, un xuízo contra a súa familia que segue abusando dela, outro xuízo para implementación de medidas familiares a favor do seu fillo ou filla e outro xuízo contra a veciña do seu anterior domicilio, esta vez como imputada nun xuízo de faltas.

INTERVENCIÓN EN CASA DE ACOLLIDA, BJJN

Non vou explicar o tipo de intervención que se realiza e a coordinación efectuada con outros profesionais porque, se non, alargaría moito o meu artigo pero se mostro un fluxograma e apunto varias cuestións respecto diso.



Como se resollen os casos:

1. Previamente recíbese unha chamada telefónica dun/unha traballador/a social dun servizo, na que o/a profesional expón un caso.
2. Cúmrese o perfil de usuarias do centro, concértase unha cita e realízanse dúas entrevistas ou unha de ingreso á usuaria dependendo do caso no recurso de onde vén derivada.
3. Valoración en equipo do caso: apto ou non apto.
4. Chámase a usuaria para informala de que é ou non é apta.
5. Se non é apta escríbese no rexistro de casos non aptos.
6. Se é apta, acórdase coa usuaria a data de ingreso, que adoita ser a semana seguinte.

7. Acollida: importantísimo os primeiros días de estancia da usuaria, inténtase consentir á persoa, a primeira noite acódesse á súa habitación para preguntarlle como está, coa escusa de ofrecerlle unha infusión, leite quente, froita... o que ela desexe e, se lle apetece, convérsase con ela facéndolle entender que entendemos a súa situación e que a imos apoiala na aventura de normalizar a súa vida. Léselle a normativa do centro e asíñase un contrato de normas, pregúntaselle sobre dieta especial por saúde, alerxias etc. Espérase a que a usuaria se familiarice co centro e coas usuarias. Detéctanse necesidades urxentes básicas da vida diaria como: útiles de hixiene, vestido, farmacia e apoio emocional. Detéctase a necesidade ou non de acudir a terapia. Moi importante a escoita activa, a persoa necesita comunicar o que viviu ata o momento, o estraño que é ingresar nunha casa de acollida e expresar a súa evolución no centro. Se os menores non están escolarizados realízalo.
8. Intervención social- PII (Proxectos de Inserción Individual):
 - a) Coas usuarias: entrevistas de seguimento coa propia usuaria, información e asesoramento da traballadora social atención e intervención social individualizada.

Realización do seu propio proxecto consensuado coa usuaria.

- b) En equipo: valoración e estudo de casos e alternativas de solución, reunións.
 - c) No despacho: chamadas telefónicas, historias sociais, informes sociais, rexistro de seguimento e inserción laboral, fichas de recursos empregados polas usuarias e fichas de coordinación externa, fotocopias e outros.
9. Acompañamento: a citas xudiciais que ela demande, á avogada, á súa primeira cita psicolóxica, ingresos hospitalarios por maternidade etc. Moi presente o Programa Xurídico Deféndeme en casos de violencia de xénero e prostitución, mulleres en trámites de divorcio etc.
 10. Xestións no exterior: entrevistas das usuarias noutros recursos, trámites burocráticos... e por parte da traballadora social acudir a entregar persoalmente a documentación a outros recursos e organismos públicos, entrevistas con outros profesionais no centro onde traballan etc.
 11. Coordinación: interna e externa.
 12. Seguimento de inserción sociolaboral e control económico da usuaria.
 13. Saída.

RETOS PROFESIONAIS:

- Conciliación laboral e familiar en familias monomarentais.
- Algúns menores acollidos, fillos e fillas de mulleres que son beneficiarias da casa de acollida necesitaron intervención social. Denunciáronse varios casos ao equipo de menores por factores de desprotección e alto risco da nai.
- Mulleres individuais: detectouse no paso 7, ACOLLIDA varios casos de brotes psicóticos de usuarias ou dependencia de alcol, polo que foron derivadas a outro centro, unha vez que se confirma por un facultativo.
- Mulleres vítimas de violencia de xénero: no paso 8, poden volver coas súas parellas.
- Na maioría do colectivo de mulleres liberadas de explotación sexual e de exercer prostitución, observouse que son moi poucas mulleres as que finalmente se liberan da prostitución. Son mulleres que contraeron unha gran débeda económica con mafias e manteñen dous ou máis fillos que viven no seu país de orixe. Manteñen co proxeneta un forte lazo de dependencia provocado con este tratante de persoas que trafica con mulleres e/ou menores, froito da violencia, do medo que lles inculca e ameazas aos seus familiares no país de orixe. A relación que mantén a muller co tratante é igual á dunha vítima de violencia e cúmprese así mesmo o ciclo de violencia de xénero.
- Detéctase na maioría de persoas sen ningún ou escasos referentes adultos na súa infancia e persoas que de pequenas viviron en centros de menores, unha baixa inserción sociolaboral e escasa rede social debido á súa baixa autoestima, ademais adoitan ser persoas conflictivas na convivencia polas súas escasas habilidades sociais.
- A problemática social non resolta: as diversas ideoloxías machistas de homes e mulleres, a violencia machista, a non corresponsabilidade familiar en ambos os proxenitores, incumprimentos de convenios reguladores de medidas familiares etc.

Hai que pensar que se as nais e/ou pais que viviron nun contexto normalizado e san, cometen erros, canto máis hai que traballar para mellorar a relación entre fillos e fillas de nais que de pequenas conviviron nun contexto tóxico ou destrutivo, virar a cara e mirar alén non é ser responsables, todos e todas podemos facer algo contra os malos tratos infantís desde o noso roll profesional e desde o noso roll cidadán, e denunciar o adulto que maltrata, previr e protexer o Interese Superior do Menor.

Necesítanse máis persoas, máis información e falar sen tabús pois o sufrimento pode ser enorme. Necesítanse máis factores de protección como asociacións especializadas en asesorar, informar, detectar e intervir contra os malos tratos infantís.

Non se esquezan que todos temos unha responsabilidade para loitar contra os malos tratos infantís.

Lembremos que España despois de Romanía no ano 2014 foi valorada como o país de Europa con máis índice de exclusión en poboación infantil.

Pódese así concluír que as consecuencias dos malos tratos infantís non reparados na etapa adulta son moi severas. E que é bo ter sempre en conta que para ser un adulto/a, primeiro hai que ser un neno/a.

Finalizo coa miña gratitude cara a outros e outras profesionais, posto que a parte sanadora de todo isto é a unión de profesionais, coordinación de servizos, traballo multidisciplinar en rede, formación e reciclaxe de moitos compañeiros e compañeiras (ao que eu tamén teño acceso) que achegan luz a cada caso e que sen todas esas persoas que traballamos contra a dor, a porcentaxe de éxito non sería posible.



ENTREVISTA a Berta Travieso, traballadora social en UNICEF

Inés Moreira Brenlla e M^a Xosé Vázquez Vázquez

Berta Travieso, galega do Ribeiro, estudou Traballo Social en Santiago e fixo un mestrado en Asuntos Humanitarios en Xenebra. Traballou con mulleres e nenos vítimas de violencia de xénero e, dende 1999, como cooperante en Cambodia, Afganistán, Sudán, Kosovo e República Democrática do Congo. Actualmente desenvolve o seu traballo na Oficina de Unicef en Zahle (Líbano). Apaixonante percorrido persoal e profesional do que vos achegamos unha pequena mostra nesta entrevista na que nos achega a súa experiencia.

• Podería describirnos o seu percorrido profesional ata o momento no ámbito social? Podería detallar os últimos postos de traballo xa traballando para as Nacións Unidas?

Eu traballei varios anos en Londres no eido social, en ONG dedicadas a axudar a mulleres sen casa, violencia de xénero, e demandantes de asilo. Traballei de voluntaria case 3 anos no Servizo de Voluntariado Británico (Volunteer Service Overseas) en Cambodia. Despois dinme conta que necesitaba estudar un pouco máis o tema, e fixen un curso de Desenvolvemento Internacional pola universidade a distancia. Con este curso xa foi máis fácil comezar a atopar traballos de terreo, e traballei en varios países. Coa ONU comecei tamén como voluntaria, durante 1 ano en Afganistán, no tema da reintegración dos antigos combatentes (por certo, unha experiencia fenomenal) como Oficial de Programa. Despois África, xestionando programas de deminaxe humanitario, en particular relacións coa comunidade (Community Liaison Manager), e despois xa de cheo no traballo humanitario de urxencia na República Democrática do Congo (especialista en urxencias e xefa de oficina provincial). Hoxe son xefa dunha oficina de terreo, na que son responsable de acadar resultados moi concretos para a infancia nos eidos de Unicef, que son a auga e o saneamento, a educación, a saúde, e a protección da infancia. Traballo cun pequeno equipo de 18 persoas que son os especialistas en cada tema (persoal nacional

e internacional), e mais o persoal de apoio: choferes, seguridade, administración. O meu traballo é moito de xestión do persoal, coordinación interna e externa, contacto coas autoridades locais, e contacto cos donantes que veñen a ver como utilizamos os recursos. Aquí no Líbano non teño responsabilidades financeiras como tiña en RDC, xa que o país, sendo pequeno, centraliza todas operacións financeiras en Beirut.

• Vostede traballa en relación coa cooperación internacional para o desenvolvemento, que lle aconsellaría aos estudantes que, nun futuro, lles gustara dedicarse a este sector? Por onde empezar, cales serían as principais ferramentas que se van obter para procurar traballo neste campo? E os principais obstáculos?

Penso que hai dúas cousas esenciais para poder dedicarse ao traballo de cooperación internacional, tanto no desenvolvemento como nas urxencias humanitarias. O primeiro é entender un pouco estes dous eidos que, aínda que moi relacionados, teñen características propias que van a afectar en gran maneira o “como” se traballa. O segundo é aprender inglés polo menos, e se se pode, francés. Sen dúbida hai traballo en países hispánicos e lusófonos, pero o inglés e particularmente necesario nesta profesión. Unha idea para empezar é evidentemente lendo e mirando internet, para ir facéndose unha idea do tema (non sei se os estudos de traballo social agora incorporan estas temáticas); outra boa idea para empezar é traballar de voluntaria/o, moi enriquecedor en experiencia se non en economía . Ferramentas xa as dixeran (algo de experiencia, inglés e/ou francés, coñecementos teóricos...), os obstáculos de obter praza de voluntaria, cunha boa supervisión, e poder realizar os estudos axeitados.

• Qué eivas pensa que temos os e as traballadoras sociais na nosa praxe profesional na cooperación?

Pois non sei, coido que é unha cuestión de acceso a estudos especializados, penso que non é fácil atopalos en Galicia, e no resto da península tampouco, coa excepción das universidades de Navarra ou Donosti. Por exemplo, é desproporcionado o número de persoas italianas que traballan na protección das persoas e na protección da infancia (temas ben distintos, o primeiro referíndose maiormente ás persoas refuxiadas, desprazadas ou sen estado, o segundo mirando máis ben os dereitos das nenas e nenos á educación, ao dereito de vivir libre de violencia e de explotación e abusos, o abandono etc). Iso é porque xa hai anos que as universidades incluíron estes temas no seus currículos... para temas de xestión, un Masters in Business Administration é moi útil, pero pouco se mostraba no meu tempo de estudante, non sei agora. A pesar de todo isto, hai moito traballador social reciclado por este mundo, coma min ...xente que estudou TS,

pero que cos anos e outros estudos complementarios acaban na cooperación. (Eu cando me din conta que o que realmente me gustaba era o humanitario propiamente dito, fixen un master que me axudou moito, tanto a atopar traballo, como a facelo o máis correctamente posible...).

- Cal é a súa visión en canto á Axuda Oficial ao Desenvolvemento prestada dende o Estado español a Oriente Medio? E a prestada polas ONGD na mesma zona? estereotipos, tabús, financiamento, participación da cidadanía, contrapartes...

A verdade é que non coñezo moito o tema da Axuda Oficial española no Oriente Medio... sei que financian a Unicef en varios países, e tamén a ONG como Acción contra a Fame, pero non sabería a contía nin cales son os seus eidos preferidos... en canto ás ONG que traballan por aquí, podería falarse durante un mes, e non se terminaría... dende as grandes internacionais (Save the children, Action contre la Faim, International Rescue Committee, World Vision, Relief International, Medicos sen Fronteiras, Norwegian Refugee Council etc.) con presupostos millonarios, as pequenas e non tan pequenas nacionais (Arc en Ciel, Beyond, SAWA), as relixiosas (Qatari Foundation), e as pequenas asociacións locais, isto é un mundo! E despois, hai que engadir as organizacións das Nacións Unidas, o ACNUR sendo o máis grande aquí na zona por razóns obvias, Unicef, o Programa Alimentario Mundial, o PNUD, UNFPA etc.

- Cal é o enfoque metodolóxico que aplica no seu traballo no Líbano? Enfoque do Marco Lóxico? Cal é o papel das contrapartes? Aplican a perspectiva de xénero?

O traballo de Unicef esta centrado na Declaración dos Dereitos Humanos, na Convención dos Dereitos da Infancia, e nos “Core commitments to children” CCC, (Compromisos básicos coa Infancia). Todo isto tradúcese en programas baseados na teoría do cambio, que integran o xénero por suposto en toda a súa produción, e utiliza os marcos lóxicos nos proxectos das organizacións coas que traballamos. A Xestión Baseada nos Resultados, dirixe toda a nosa planificación. As contrapartes executan os proxectos nos temas referidos anteriormente (educación, protección etc.), coa maior implicación posible das comunidades. Unicef traballa cos ministerios achegando a asistencia técnica para a creación e adopción de políticas favorecedoras da infancia; para a xestión do coñecemento e axilización dos procesos (por exemplo, sistematización de pagamento dos profesores), priorización dos programas relativos á auga potable e salvagarda dos acuíferos, apoio para o establecemento dunha cadea de frío para o sistema integral de vacinacións etc.

- **Algunha outra cousiña que nos quere achegar?**

É moi interesante este traballo, tanto na súa vertente de desenvolvemento como na vertente humanitaria ou de urxencia. As persoas que traballamos neste eido temos unha vida interesante, chea de aventuras, de viaxes, de descubrir culturas diferentes e coñecer xente extraordinaria etc. Pero é tamén moi dura, xa que por moito que fagamos nunca é suficiente, as necesidades son grandemente superiores aos recursos, e temos que priorizar, sabendo que deixamos a xente sen asistencia... isto é moi duro. Hai que saber aguantar moita situación frustrante, e estar preparado para ver o indíxible, escenas que nunca se esquecen e marcan de por vida. Hai que despedirse regularmente da familia e dos amigos, ás veces para destinos perigosos pola guerra e polas enfermidades e accidentes frecuentes. Hai que aprender a dominar o medo, e a pasar o Nadal distribuindo comida ou medicinas. E hai que saber gardar o humor e o ánimo en situacións nas que o único que queres é durmir e volver para casa... digo isto, porque é algo que raramente se menciona, pero que é terriblemente importante. Algúns compañeiros/as entran en depresión, ou sofren estrés postraumático... moitos divórcianse, algúns quedan no camiño. Non quero desanimar a ninguén, ao contrario, e son moi feliz de ter esta oportunidade na vida, non me imaxino mellor traballo... pero quen queira dedicarse a isto debería de saber tamén o prezo que ten que pagar por traballar neste eido.

Unha aperta!



Bases Teóricas y Metodolóxicas del Trabajo Social Forense para la Evaluación de Lesiones y Secuelas Sociales del Abuso Sexual a Menores

Ana Rodríguez

AUTOR: Simón Gil, Marta.

EDITORIAL: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

ANO: Vitoria, 2014.

NÚMERO DE PÁXINAS: 128.

ISBN: 978-84-457-3358-5.

Marta Simón Gil leva 23 anos exercendo como traballadora social forense, primeiro en Galicia (Vigo) e actualmente en Euskadi (Álava). Durante a súa traxectoria, esforzouse en elaborar documentos orientadores e propositivos do tipo de ditames periciais sobre o que pode achegar o traballo social nos xulgados.

Nesta obra aborda a valoración da existencia ou non de abuso, a presenza de dano social e a identificación de competencias sociofamiliares tanto na súa rede social como nas propias vítimas. O seu fin é propoñer as bases teóricas e metodolóxicas, así como o desenvolvemento, a partir da sistematización da súa experiencia profesional, dun modelo de traballo que ela denomina como *modelo pericial de intervención social* para valorar o dano social e que este teña un espazo de seu no proceso xudicial en forma de lesións e secuelas sociais.

O manual resulta extraordinariamente interesante debido á ambición dos seus obxectivos: realizar un reforzamento teórico-metodolóxico das ferramentas de avaliación do traballo social forense e considerar o dano social que se orixina nos vínculos afectivos, sociais e relacionais dos menores e das menores abusados sexualmente para así poder abordar as consecuencias e factores de protección que inflúen no desenvolvemento da vítima. Fai especial fincapé na avaliación da rede social, debido a súa relevancia á hora de superar un feito traumático. Pois, a autora parte de que o abuso sexual deriva en lesión social para a vítima e pode chegar á consideración da secuela social dependendo da gravidade e perdurabilidade do dano sobre os seus sistemas de apoio familiar e social.

A obra divídese en catro capítulos. O primeiro versa sobre o marco teórico do abuso sexual infantil no que revisa bibliografía especializada poñendo énfase nas perspectivas da psicoloxía e do traballo social forense. O segundo sobre as bases teórico-conceptuais do modelo pericial de intervención social en casos de abuso sexual. O cal se subdivide por unha banda na avaliación sociofamiliar forense do abuso infantil e por outra nas dimensións de análise: dinámica de interacción agresor-víctima e os sistemas familiar, escolar, social e cultural. O terceiro capítulo está dedicado á análise empírica sobre a evolución das valoracións do dano social en abuso sexual a menores e con base na testemuña tanto da vítima como da súa familia e contorno. Así, estuda os casos valorados na Unidade de Valoración Forense Integral para a Violencia de Xénero e Intrafamiliar de Álava dende 2009 ata 2014 dende o punto de vista cuantitativo e aplica a súa proposta a unha mostra de 8 casos precisando o dano social. O último correspóndelles ás conclusións. Ademais, resultan moi prácticos os anexos nos que atopamos unha guía de preguntas orientadoras para facer un diagnóstico de credibilidade e de secuelas sociais/vulnerabilidade social, así como unha proposta para incluír o tratamento social-resiliencia nos indicadores analizados.

Nesta útil publicación, a autora parte da base, dunha forma ordenada e moi clara, de que a avaliación forense debe levar consigo necesariamente unha intervención social. Isto supón que durante a intervención avaliativa se descubren elementos resilientes, competencias e recursos, tanto na vítima como na súa familia, que poden constituír medios para abrirse a novos relatos, significados e perspectivas en si mesmas reparadoras. É dicir, a avaliación forense busca rescatar e identificar elementos que poidan ser propostos como parte dun futuro tratamento social. Así, o que propón é un modelo a partir do cal é posible a avaliación da credibilidade, do dano social e da capacidade resiliente da vítima de cara ao seu tratamento e recuperación.

A súa lectura resulta especialmente dura e didáctica, na mesma medida, debido, por unha banda á temática abordada e, pola outra, a que contribúe a reforzar a literatura especializada ofrecendo pautas de traballo para os casos de abuso no traballo social. Trátase dun libro de lectura recomendada, á vez que un instrumento de referencia, para os profesionais que interveñen no proceso de valoración forense de violencia de xénero e familiar. Unha obra necesaria que cobre un oco na literatura profesional do traballo social. Hai que lembrar, que nos casos de abuso sexual, as propostas do traballo social forense poden chegar a formar parte inherente aos ditames xudiciais que sexan solicitados ás unidades de valoración. Polo tanto, esta obra, ademais das achegas que fai ao noso acervo profesional, ofrécenos a posibilidade de abrir a nosa visión da intervención social forense.

Ana María Rodríguez González
N.º de colexiada: 2341

O IMPACTO DA CRISE NAS FAMILIAS DA PROVINCIA DE OURENSE: NECESIDADES, PROTECCIÓN E PROPOSTAS DE AFRONTAMENTO

Francisco Xabier Aguiar Fernández. Universidade de Vigo.

TÍTULO: O impacto da crise nas familias da provincia de Ourense: necesidades, protección e propostas de afrontamento.

NATUREZA DO TRABALLO: Proxecto de Investigación de convocatoria pública. Proxectos INOU 2014. Investigación aplicada na provincia de Ourense. Financiado pola Vicerreitoría do Campus de Ourense da Universidade de Vigo e a Deputación Provincial de Ourense.

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN: Profesoras/es Francisco Xabier Aguiar Fernández, Ana Belén Méndez Fernández, Xoán Lombardero Posada e Carme Verde Diego. (Universidade de Vigo). Membros colaboradores: Santiago Prado Conde, Iria Vázquez Silva e Almudena Ferro Calviño.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Francisco Xabier Aguiar Fernández. Universidade de Vigo.

AFILIACIÓN: Departamento de Análise e Intervención psicosocioeducativa (AIPSE). Area de Traballo social e Servizos Sociais. Campus de Ourense. Universidade de Vigo.

ANO DE REFERENCIA: 2014

ACCESIBILIDADE AO DOCUMENTO: Os resultados do proxecto serán publicados no libro “Proxectos INOU 2014. Investigación aplicada na provincia de Ourense” editado pola Deputación de Ourense, así como en artigos de revistas especializadas.

PALABRAS CLAVE:

Crise económica, familias, necesidades, protección, servizos sociais.

RESUMO:

A crise económica global, que irrumpiu no Estado español no ano 2008, desembocou nunha crise social marcada por altas taxas de desemprego e o aumento da vulnerabilidade, a desigualdade e a exclusión social. Este impacto real e visible na cidadanía, en xeral, e na vida das familias, en particular, afectou directamente o seu nivel de vida, pero tamén outras dimensións relacionadas con aspectos profundos do xeito colectivo de pensar ou enfrontar o futuro. A familia está a constituír o principal factor de resistencia e de resiliencia socioeconómica, en correspondencia cunha variabilidade de factores tales como o papel do Estado nun modelo de protección social de marcado carácter familista.

Fronte á persistencia da crise socioeconómica e o desemprego, impulsáronse políticas liberal-conservadoras que priorizaron a intervención sobre o déficit público e a débeda soberana que supuxeron maior austeridade e introduciron unha nova lóxica do benestar que afectou a capacidade do Estado de protexer os cidadáns/ás afectados, e que teñen incidido no deterioro dos dereitos sociolaborais e na inseguridade e na desprotección da poboación.

Ante esta situación, no presente traballo propuxémonos estudar o impacto social da crise na provincia de Ourense e as súas repercusións nas familias, especialmente nas que se atopan en situación de maior vulnerabilidade e exclusión social, pescudar que necesidades presentan e detectar se existen factores de exclusión ou protección segundo o tipo de hábitat ou tipoloxía de concellos do territorio provincial (urbano, semiurbano, rural, rural de elevada dispersión). Por outra banda, outro dos nosos obxectivos foi analizar o impacto da crise nos sistemas de protección social; como reaccionaron ante a nova situación e que tipo de respostas se lles están proporcionando ás necesidades das familias desde os dispositivos de servizos sociais públicos e desde as organizacións da sociedade civil, se existen diferenzas a partir da crise, ou que propostas con base en todo o anterior se poden realizar para mellorar a situación.

MÉTODO:

Deseñouse unha metodoloxía mixta que incluíu a explotación de fontes de datos secundarios, un cuestionario a traballadores/as sociais dos concellos da provincia e entrevistas en profundidade a profesionais do traballo social e líderes sociais de dispositivos de atención social públicos e privados.

CONCLUSIÓNS:

Entre as principais conclusións, puidemos constatar que a crise introduciu cambios nas estruturas e nas dinámicas familiares, que reforzou a solidariedade intrafamiliar e que cada xeración evidencia unhas problemáticas

propias da etapa que está atravesando no seu historial vital, laboral e familiar. Existe unha diferenciación entre os distintos espazos e áreas xeográficas da provincia. Por outra banda, a pesar de constatare un aumento dos usuarios/as e das demandas no sistema de servizos sociais, a resposta ás necesidades da poboación foi moi feble e os recursos resultan insuficientes, maioritariamente medidas asistencialistas, de curta duración e restritivas no acceso. As políticas de austeridade supuxeron nos servizos sociais públicos da provincia eliminación de persoal específico, recorte de prestacións, retrasos nas tramitacións e aumento da carga burocrática para os profesionais. A actividade e os recursos de nova creación parecen privatizar a resposta ás necesidades sociais, desprazándose cara ás entidades do terceiro sector e mesmo cara a iniciativas das redes informais, afectando directamente as garantías dos dereitos sociais da cidadanía.

DA INDIGNACIÓN A ACCIÓN: A CONFIGURACIÓN DE NOVAS FORMACIÓNS POLÍTICAS

Antía Alonso Álvarez

Traballadora social servizos sociais comunitarios do Concello da Coruña

As eleccións municipais de maio de 2015 (24-M) constitúen un punto e á parte na historia política da nosa democracia. As novas formacións políticas (fraguadas durante os últimos anos) irromperon con forza no panorama político, que viña marcado (ata o momento) pola preeminencia dos xa denominados «vellos» partidos e polo «bipartidismo».

Moitas destas novas formacións políticas teñen o seu alicerce no descontento social e as acampadas en espazos públicos, xurdidas nas cidades de toda España a partir do que se veu a denominar «movemento 15-M» e as súas asembleas de barrio. O devandito movemento constituía a manifestación da **indignación** dunha cidadanía que vía impotente como a crise económica de dimensión internacional era especialmente cruenta cos máis débiles do sistema económico capitalista (paro, desafiuamentos, desigualdade social, perda de dereitos civís acadados e de poder adquisitivo, exclusión...); ao tempo que saían á luz os primeiros casos de corrupción política que lles afectaban (en maior ou menor medida) a todos os vellos partidos con aparente impunidade. Diferentes pancartas e slogans amosaban todo iso de forma clara e directa: «*Non somos mercadoría en mans de políticos e banqueiros*», «*Sóbrame mes a final do soldo*», «*Os seus beneficios, a nosa crise*», «*Rescatan o banqueiro e desafiúzan o obreiro*».

Esta situación, xerou unha profunda desconfianza e desconexión da cidadanía ante as administracións públicas e as institucións que a representan. A frase «*Non nos representan*» repetíase de forma constante por parte dos activistas.

A esta situación contribuíu o feito de que os distintos gobernos municipais, autonómicos e estatais non souberon (ou máis ben non quixeron) establecer vías formais de escoita/comunicación con estes movementos sociais, que se tornaron nos mecanismos dos que se valeu a cidadanía para exclamar a súa indignación e clamar pola súa dignidade. A relación entre os movementos sociais e as administracións estivo baseada principalmente na protesta social, a presenza policial e as sancións económicas por desobediencia civil.

A miña conclusión¹ é que non se lle outorgou o valor social que posúen estes movementos sociais, que foron etiquetados nos medios de comunicación como grupos de protesta máis ou menos puntuais. Este valor está xustificado por:

- A súa importancia nos procesos de construción sociopolítica das demandas sociais e o papel que xogan no ámbito da opinión pública. Deste modo, os activistas pasan de ser considerados grupos de protesta a ser representantes dunhas demandas lexitimadas pola sociedade.
- A súa estrutura interna supón a materialización da democracia de base: aposta polo diálogo e o consenso, múltiples fórmulas de participación, transparencia na xestión, descentralización dos barrios etc.
- A súa alta capacidade crítico-reflexiva e de diagnóstico socioeconómico, tanto no ámbito micro como macrosocial.
- A súa facultade proactiva para xerar alternativas (con maior ou menor viabilidade). O traballador social M. Chinchilla emprega o termo «proxectos ético-políticos»² para referirse aos proxectos de sociedade que desexa alcanzar cada movemento social. Aínda que cada movemento perfila o seu proxecto, todos eles teñen aspiracións comúns que xiran arredor de tres elementos que se vinculan de forma directa coa disciplina de traballo social: o **ben común**, a **transformación social** e a **participación cidadá**. Marco Marchioni refírese a este último termo como «a expresión dunha liberdade fundamental do sistema democrático e de dereito»³.

As novas e vellas formacións políticas inclúen nos seus programas este termo na súa máis ampla expresión, favorecendo procesos de participación directa da cidadanía no ámbito da xestión municipal. A recente aprobación da Lei 7/2015, do 7 agosto, de iniciativa popular e participación cidadá no Parlamento de Galicia é unha proba de que algo está a cambiar no panorama político.

¹ Esta conclusión está baseada no traballo de campo levado a cabo no ano 2014 para a investigación que leva por título Os problemas sociais dende a acción colectiva, na que se analizan diversos movementos sociais xurdidos na cidade da Coruña.

² Chinchilla Montes, M. (2006). “Acción colectiva e intervención profesional del Trabajo social: límites y posibilidades para la contribución de la ciudadanía”. (Artigo). Recuperado o 15 de marzo de 2014 de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802006000200003>

³ Marchioni responde deste xeito á pregunta: que se entende por participación cidadá no ámbito municipal? no marco das II Xornadas Internacionais de participación e desenvolvemento social acontecidas no concello de Canarias no ano 2009.

Así mesmo, comézase a falar de modelos alternativos de xestión; modelos que xa propoñían algúns movementos sociais nos que priman a sostenibilidade, a sustentabilidade, a eficacia e a eficiencia. Un exemplo destes novos modelos son os denominados *ecosistemas de xestión*⁴ (aproveitamento de recursos existentes) que se presentan como alternativa á construción desmedida e desenfreada e ás consecuencias económicas, ambientais, sociais etc. que supuxo este vello modelo de xestión pública. Este novo modelo está en clara conexión co que M. Castells denomina *consumo colectivo*⁵ (concepto que o autor constatou presente en todos os movementos sociais analizados) e que se refire a resituarse a cidade/sociedade ao servizo do cidadán, en contraposición dos intereses políticos e especulativos tal e como viña sucedendo en múltiples cidades de España.

En definitiva, os movementos sociais reclamaban unha serie de medidas (loita contra a corrupción, canles de participación cidadá, transparencia e ética na xestión pública etc.) que sentou as bases dos proxectos políticos alternativos dos novos partidos.

A súa importancia radica en que a mensaxe non estaba dirixida unicamente ás clases políticas ou aos grandes poderes económicos senón á poboación en xeral. O seu obxectivo centrouse no espertar da **conciencia colectiva** («*Apaga a televisión, acende a túa mente*») de modo que a cidadanía se sentise identificada («Somos o 99%») coa idea de que o sistema económico-político era inxusto pois permitía que unha minoría se enriquecera a costa da maioría («Non somos anti-sistema, o sistema é anti-nós», «Os problemas non veñen en patera, veñen en limusina»). Así mesmo, animábase á **participación** (nas súas múltiples vertentes) e ao compromiso de facer posible o desexable; é dicir, lograr un **cambio social** («Non estamos contra o sistema, queremos cambialo»; «Non é «unha cuestión de esquerdas contra dereitas senón dos de arriba contra os de abaixo»; «Toma a rúa, é o teu dereito»).

Non sabemos que deparará o futuro (político, social e económico) pero o que si está claro é que algo xa está a cambiar, que outra forma de facer política é posible e que —como afirma J. Sánchez— as novas formas de militancia e activismo hoxe en día vincúlanse máis a problemáticas específicas e á indentidade colectiva que a unha determinada ideoloxía⁶.

⁴ A Plataforma cidadá coruñesa Proxecto Cárcere fala deste termo no seu manifesto. Recuperado o 12 de marzo de 2014 de <https://proxectocarcere.blogaliza.org>

⁵ Castells, M. (1986). *La ciudad y las masas*. Sociología de los movimientos sociales urbanos, Madrid: Alianza editorial.

⁶ Jiménez Sánchez, M. (2005). *El impacto político de los movimientos sociales*. Madrid: Centro de investigaciones sociológicas en colaboración coa editorial século XXI.

As frases e slogans do presente artigo foron recuperadas o 12 de agosto do 2015 na páxina web: valoryprecio.com/frases-del-15m-indignados

Como traballadores/as sociais penso que é o noso deber revitalizar algúns aspectos do noso traballo como poñer a énfase nas capacidades da persoa e non nas súas disfuncións, retomar a intervención comunitaria e o activismo; isto é, reactivar a conciencia crítica e favorecer procesos de cambio social.

“Condicións para presentar artigos en *Fervenzas*, revista galega de Traballo Social”

Fervenzas é unha revista galega de Traballo Social que acepta, para a súa difusión, traballos orixinais e inéditos de interese para a disciplina e para esta profesión en Galicia. *Fervenzas* édítase en galego. Poderase valorar a reprodución de traballos non inéditos se o medio de difusión, onde foron divulgados, fose de difícil acceso para os traballadores sociais de Galicia, ou ben noutro idioma diferente ó galego.

Os traballos serán publicados atendendo ó seu interese e ó seu valor científico e/ou profesional. Terán prioridade aqueles artigos que respondan a outros xa aparecidos en números anteriores da revista, ou aqueles que sexan continuación dalgunha temática de interese. Nestes casos, terase que mencionar tal cuestión ó inicio do artigo.

A responsabilidade polo expresado nos artigos corresponde na súa totalidade ós seus autores, non se fará cargo delas a revista *Fervenzas*.

Os autores posúen plenos dereitos de autor sobre os seus traballos, porén, se desexan presentar noutro medio un artigo, xa aparecido en *Fervenzas*, terán que solicitar permiso á revista por escrito e facer mención expresa do lugar orixinal de publicación do artigo.

Fervenzas acusará recibo dos traballos achegados e comunicará a súa aceptación —ou non— para a súa publicación nun tempo prudencial. De ser o caso, tamén emitirá un certificado de publicación do artigo. Por este motivo, non se devolverán os traballos recibidos, recoméndaselle ós autores que conserven unha copia deles.

As seccións en que se encadrarán os traballos son:

1. *Artigos* (investigacións, experiencias profesionais, análises teóricas, metodolóxicas e técnicas, etc.)
2. *En Rede* (presentación descritiva dun equipamento, programa, servizo, asociación, etc.)
3. *Entrevista* (entrevista a persoeiros de especial interese para o Traballo Social)
4. *Comentario de Publicacións* (comprende comentarios e opinións críticas de libros, revistas, coleccións editoriais... En definitiva, de calquera fonte documental de interese para o Traballo Social)

5. *Espazo Aberto* (incluíra comentarios de documentais, filmes, páxinas web, noticias de especial interese para o Traballo Social, etc.)
6. *Reseña de Investigación Social* (incluíra fichas-resumo de teses ou tesíñas) Os apartados que debe ter son: Título, autor/a, natureza do traballo (tese), ano de referencia, accesibilidade ao documento (biblioteca no que se pode atopar a tese ou tesíña), palabras clave, síntese do contido, método e principais conclusións.
7. *Outros* (eventualmente, divulgaranse cuestionarios, crónicas de eventos científicos de especial importancia, etc.)

A PRESENTACIÓN DOS ARTIGOS DEBE ATERSE AS SEGUINTEs NORMAS:

Os artigos teñen que ser presentados en galego, por escrito, en papel DIN-A4 (escritos por unha soa cara e con numeración correlativa) e en soporte informático (memoria USB ou CD) na sede do Colexio, ou a través do correo electrónico fervenzas@traballosocial.org, en formato Word, tipo de letra Arial, tamaño 12 e interliñado 1,5.

Con carácter xeral, deberá terse en conta o uso dunha linguaxe non sexista na redacción dos traballos.

Nunha primeira páxina aparte recollerase: o título do artigo; o nome do autor ou da autora ou das autoras e autores; a súa profesión; a institución, lugar de traballo ou campo en que desenvolve o seu labor. Se se desexa poderase remitir un resumo dunhas 10-15 liñas sobre a súa produción científica máis importante (publicacións, proxectos de investigacións, informes, etc.) ou sobre proxectos de intervención social, experiencias innovadoras, etc. onde teña participado. Tamén se indicará un número de teléfono e un enderezo postal e/ou electrónico de contacto que o/a autor/a autoriza que poida ser divulgado por *Fervenzas* para que as/os lectoras/es contacten con el/ela. Poderanse incluír ao pé da primeira páxina os datos do/da autor/a sempre que este o autorice expresamente ao COTSG.

Os artigos: terán que vir acompañados **obrigatoriamente** dun resumo en galego, un resumo en castelán e un resumo (*Abstract*) en inglés (cada un deles dunhas 10-15 liñas), ademais de cinco palabras clave en cada un destes idiomas, galego, castelán e inglés (*Keywords*). A Mesa de Redacción de *Fervenzas* ofrecerá asesoramento a aquelas/es autoras/es que o necesiten para a tradución dos resumos. O desenvolvemento do artigo terá como mínimo 10 páxinas e como máximo 30, incluíndo gráficos, táboas, bibliografía, etc.

Respectaranse as cursivas e negriñas que aparecen no texto orixinal do/a autor/a pero a edición non leva subliñados.

As notas a pé de páxina terán letra tipo Arial, tamaño 10 e interliñado simple.

Os cadros, táboas, gráficos e figuras terán que intercalarse no artigo e terán obrigatoriamente que presentar: numeración, título e fonte de procedencia dos datos (ó pé destes). Recoméndase presentar unha análise dos datos aparecidos en táboas, gráficos, etc.

As referencias bibliográficas do artigo presentaranse ó final do texto, por orde alfabética.

NORMAS DE PRESENTACIÓN DAS CITAS E DAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AS NORMAS PARA CITAR SON AS SEGUINTEs:

Empregarase sistema *autor-data* no texto.

Primeiro apelido do/da autor/a (se é moi común pódese engadir o segundo). O/s apelido/s poden presentarse dentro ou fóra dunha paréntese, segundo como o pida o texto.

Exemplos: (Piñeiro, 2011) ou Piñeiro (2011)

- Outra posibilidade é citar o/a autor/a e o ano da obra fóra de paréntese

Exemplo: ... xa no ano 2000, Piñeiro...

Se a cita é **literal**: despois do ano de publicación da obra, seguido de dous puntos, ten que indicarse o número da páxina onde se localiza o texto citado.

- **Segundo o tamaño das citas pódense presentar de dúas formas:**

a) Cita literal curta (menor de 40 palabras): incorpórase no texto entre comiñas a seguir.

Exemplos: (Piñeiro, 2011, p. 35) ou Piñeiro (2011, p. 35)

Se se utiliza material de internet, por exemplo, onde non están indicadas as páxinas, pódese empregar tamén o número de parágrafo (parág. 35)

b) Cita literal longa (maior de 40 palabras): destácanse no texto sen o uso de comiñas. Ponse nun bloque nunha liña nova, aplicando na marxe esquerda unha sangría maior e toda a cita a dobre espazo.

Substitúense por puntos suspensivos (...) as palabras ou frases omitidas.

Débase referenciar sempre o texto que se cita.

Utilízanse os corchetes [] para encerrar material inserido nunha cita por unha persoa que non é o autor orixinal (aclaracións, por exemplo).

- **Cando hai máis dun/dunha autor/a**

a) Cando son **dous autores**ponse o 1.º apelido dos dous seguido de coma e ano (e número de páxina se a cita é literal).

b) Se son **3, 4, 5 ou 6 os autores**, a 1.ª vez póñense todos, e nas seguintes ocasións que se citenponse o 1.º e “et al.”.

c) Se son **máis de 6 autores**, no textoponse o/a 1.º autor/a e “et al”.

- **Autor citado por outro autor**

Segue as pautas anteriores e engádese ao inicio o 1.º apelido do autor citado inicialmente, seguido de: como se citou en

Exemplo: (Piñeiro, como se citou en Ibáñez, 2008)

Neste caso, nas referencias bibliográficas recolleríase o libro de Ibáñez

Para citar táboas e figuras

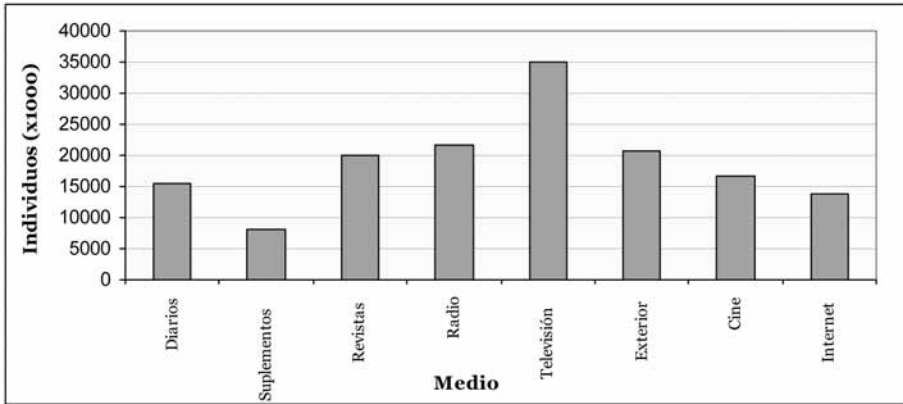
Diferéncianse dous tipos de representación gráfica: as táboas e as figuras. Enténdese como figura calquera outro tipo de ilustración diferente das táboas, isto é: cadros, gráficos, diagramas, organigramas, mapas, fotografías, debuxos, xenogramas...

- No caso de táboas, numéranse na orde que se van mencionando no texto, con números arábigos. Ademais, colocarase o número e título na parte superior, o título situarase en letra cursiva e nunha liña inferior ao número. As notas da táboa colócanse debaixo desta, comezando pola palabra “nota” en cursiva; a fonte é un tipo de nota. Exemplo:

Táboa 1.

Individuos consumidores dos diferentes medios de comunicación

Nota: Fonte: Elaboración propia a partir do EXM 2010



- Cando se inclúe unha figura, colocárase a palabra “figura” en cursiva seguida do número desta (numeración arábigos correlativos), seguida do título.
- En canto á fonte, procederáse do mesmo xeito que nas táboas, pero suprimindo a palabra “nota”.

Gráfico 6. Posición do punto na páxina

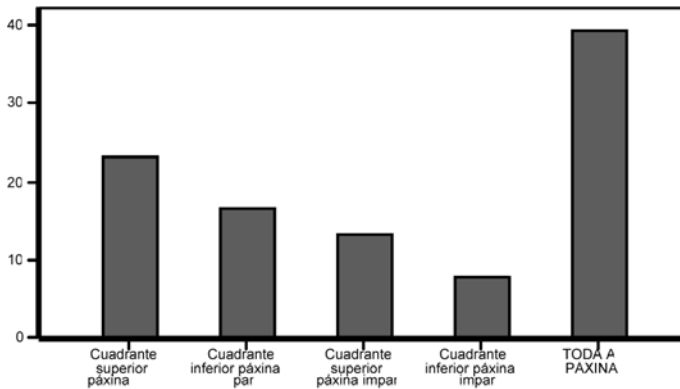


Figura 1. Posición da nova dentro da revista.

Fonte: Elaboración propia a partir do EXM 2010

A listaxe que se inclúe ao final do documento cos datos de todas as citas que se realizaron ao longo do texto denominárase REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. Así, chámáselle BIBLIOGRAFÍA á listaxe doutras fontes que non estean citadas no corpo do traballo.

A BIBLIOGRAFÍA TENSE QUE ELABORAR SEGUNDO AS NORMAS SEGUINTE:

Libro

- 1) **Primeiro apelido** do/da autor/a separado por unha coma da **inicial do nome**. Se o 1.º apelido é moi común pódese engadir o segundo (pauta que rexe en calquera tipo de referencia).

Se son varios autores sepáranse por **comas** e o último únese coa conxunción **e**.

Se os autores son **máis de 6** consígnanse os 6 primeiros, puntos suspensivos e o apelido do último autor.

Se se trata dunha obra colectiva a cargo dun/dunha coordinador/a, director/a, compilador/a, indícase entre paréntese abreviado despois dos nomes.

Cando non figura o/a autor/a e o libro é editado por unha institución/organismo indícase o nome desta como autor.

Se no libro non figuran os apelidos e o nome do/a autor/a, colócase o título na posición do/da autor/a.

- 2) **Ano da edición** entre paréntese seguido de punto.

Se a data non se atopa dispoñible, entre paréntese e seguido de punto, indícase (s. d.), que significa “sen data”

Se se fai referencia a varias obras dun/dunha mesmo/a autor/a ordénanse por orde cronolóxica, da máis antiga a máis recente, e se son do mesmo ano, empregáranse letras minúsculas para diferencialas despois do ano; ambos os datos van entre paréntese.

- 3) **Título e subtítulo** en cursiva seguido de punto. O subtítulo escríbese tras o título e dous puntos.

- 4) Cando se considere oportuno indícase o número da **edición** entre paréntese despois do título. Se a obra está editada en varios volumes, e se considera unha información relevante para os efectos de localización, indícase o número do volume correspondente despois do título, entre paréntese.

- 5) **Lugar da edición** seguido de dous puntos. Se non se pode determinar o lugar de edición escríbese entre paréntese (s.l.), que significa “sen lugar”.

- 6) **Editorial** seguido de punto. Se é o/a autor/a o que edita despois do lugar de edición, seguido de dous puntos, ponse o termo autor. Se se descoñece o lugar de editorial e non se pode investigar, escríbese entre paréntese (s.n.), que significa “sen nome”

Exemplo:

Piñeiro, J. (2007). *O poder do pensamento*. Lugo: Terra

Se se tratase dun libro electrónico. Ao final de todos os puntos citados escribiríase: Recuperado de (URL).

Exemplo:

Piñeiro, J. (2007). *O poder do pensamento*. Lugo: Terra.
Recuperado de www.pensamientoseideas.org

Capítulo dun libro

- 1) **Primeiro apelido e inicial do nome** do/s autor/es do capítulo (nos mesmos termos que para os libros) seguido do ano de edición entre paréntese, seguido de punto.
- 2) **Título** do capítulo seguido de punto.
- 3) Uso do enlace: **En**
- 4) **Inicial do nome e apelidos** do que está ao coidado do libro en minúsculas, seguido da indicación entre paréntese do que proceda (Coord., Dir., Comp.,...)
- 5) **Título do libro** en cursiva e sen punto ao final
- 6) **Páxinas** nas que se localiza o capítulo entre paréntese e seguido de punto. Antes das páxinas escribirase o número do volume, se procede.
- 7) **Lugar** seguido de dous puntos e **Editorial**.

Exemplo:

Piñeiro, J. (2003). A forza do pensamento positivo. En C. Torrejón (Coord.) *A incertidumbre do futuro* (Vol. 2, pp. 40-55). Lugo: Terra

Tras o número de páxinas e antes do lugar, escribirase, de ser o caso, entre corchetes os elementos importantes para a identificación da obra.
Exemplo: [CD], [Monografía]...

Artigo de revista

- 1) **Primeiro apelido e inicial do nome** do/s autor/es seguido do ano da publicación e referencia temporal entre paréntese, seguido de punto.
- 2) **Título** do artigo seguido de punto (nunca en cursiva)
- 3) **Nome completo da revista** en cursiva seguido de coma.

- 4) **Número do volume** en cursiva (sen indicar “vol.” previamente). Se fose o caso indícase a continuación o número do exemplar entre paréntese sen espazo e seguido de coma.
- 5) **Páxina inicial-final** do artigo. Posteriormente escribírase entre paréntese o número da edición, se é o caso.

Exemplo:

Piñeiro, J. (2003, 1.º semestre). A mocidade da sociedade actual. *Revista de pensamento filosófico*, 15, 40-55.

Se se tratase dunha revista electrónica, seguiría o mesmo formato, e tras a páxina indicando o inicio e final do artigo pónse un punto e escríbese **Recuperado de** e a URL da páxina web de obtención da revista.

Material de congresos, xornadas, seminarios...

- 1) **Primeiro apelido e inicial do nome** do/s autor/es.
- 2) **Mes e o ano** de celebración entre paréntese e punto.
- 3) **Título do material** presentado seguido de punto.
- 4) Indícase **Comunicación presentada ao...**
- 5) **Título do congreso** en cursiva e punto.
- 6) Nome da organización organizadora do evento seguido de coma
- 7) **Cidade** na que teñen lugar

Exemplo:

Piñeiro, J. (2005, febreiro). O cambio na mocidade. Comunicación presentada ao *I Congreso Internacional de Xóvenes Pensadores*. Universidade de Santiago, Lugo

Textos normativos recollidos en diarios ou boletíns oficiais

- 1) **Nome da publicación** en cursiva, seguido de punto.
- 2) **Autoría**: nome da institución/organismo que dita a norma.
- 3) **Número da publicación**, seguido de coma.
- 4) **Data de publicación**

Exemplo:

Lei 39/2006, do 14 de decembro, de *promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia*. *Boletín Oficial do Estado*, 299, do 15 de decembro de 2006.

Material electrónico: páxina web

- 1) **Apellido e inicial do nome do/s autor/es** se é posible a súa localización. De non ser posible, indícase o nome da **entidade responsable**.
- 2) **Ano** entre paréntese e punto.
- 3) **Título** do documento en cursiva seguido de punto.
- 4) Indícase **recuperado de** e a **dirección URL**. Aínda que non é obrigatorio, pódese sinalar, se se considera relevante, a data de obtención do documento poñendo **recuperado o** (día, mes e ano).

Exemplos:

Piñeiro, J. (2011). *Novas tecnoloxías e mocidade*. Recuperado de <http://www.jonenesactualidad.es>

Teses

- 1) **Primeiro apelido e inicial do nome do/s autor/es**.
- 2) **Ano** entre paréntese e punto.
- 3) **Título da tese** en cursiva. A continuación indícase entre paréntese –sen cursiva– (tese de doutoramento)
- 4) **Nome da institución** na que foi realizada, seguido de coma
- 5) **Lugar**
- 6) Se se obtivo en formato electrónico engadírase **Recuperado de** e a dirección URL correspondente

Para máis información consultar: www.apastyle.org.

A presentación de traballos para o resto das seccións da revista:

Axustarase a tipografía e normas solicitadas para os artigos coas seguintes indicacións específicas: *En Rede* terá como máximo 10 páxinas por achega; *Espazo aberto* e *Comentario de Publicacións* terá como máximo 3 páxinas de extensión. Ningún destes apartados necesita resumo, palabras clave ou bibliografía.

Envíen os traballos a: fervenzas@traballosocial.org

Correo postal: Colexio Oficial de Traballo Social de Galicia (COTSG)

Rúa Dublín 6, Baixo, porta 3. 15707 Santiago de Compostela

Para calquera outra indicación: Tel: 981 56 81 00 | Fax. 981 94 18 98

