

Revista Galega de **TRABALLO SOCIAL**

fervenzas –14–



Revista Galega de TRABALLO SOCIAL

fervenzas —14—



Xunta de Goberno	Juana Mª Tubío Ordóñez, Presidenta Diana Parada Alvedro, Vicepresidenta Mª Elena Antelo García, Secretaria Mª José Redondas Vallejo, Tesoureira Carmen Pereiras Pérez, Vogal Mª Teresa Díaz Docampo, Vogal Angeles Rodiño Medrano, Vogal Alba Rial Moure, Vogal Pastora Veres Rosende, Vogal Isabel Redondo Zambrano, Vogal
Responsable da edición	Diana Parada Alvedro
Mesa de redacción	Mª Elena Puñal Romarís, Mª Xosé Vázquez Vázquez, Sabela Fernández Lema, Sonia Pérez Iglesias, Pepa Vázquez Martínez, 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:	Marzo 2012
Imprime	Grafinova, S.A.
ISSN	1698-5087
Dep. Legal	C-1.884/97

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

LIMIAR	Páx. 5
1.- Os servizos sociais en Galicia. Reflexións dalgunhas protagonistas. <i>Begoña Sánchez Roura, Elena Muguerza Martínez, Belén Gómez Álvarez, Eva Moldes Casal e Eva López Soto. Coordinación: Gustavo García Herrero. Apoio técnico: Pepa Vázquez</i>	Páx. 7
2.- Redes sociais profesionais. <i>Asier Epelde Piñeiro e David Saavedra Pino</i>	Páx. 29
3.- A Comisión Técnica Interinstitucional sobre o Menor. Un proxecto de transversalidade administrativa. <i>Andrés Martín Jiménez, Elena Rivas Vieites</i>	Páx. 47
4.- Perfil dos pacientes: diferenzas de xénero. <i>Patricia González Filgueiras</i>	Páx. 61
5.- Anacos de vida nun sanatorio. Os primeiros doentes do psiquiátrico Cabaleiro Goás. <i>Luís Rodríguez Carmona</i>	Páx. 79
6.- A prevención das lesións e da violencia desde unha perspectiva multidisciplinar. <i>Susana Rodríguez Da Silva, Begoña Pico Villares, Eva Varela Leiras, Sonia Pico Villares, Pepi Gómez Romero, M.^a Manuela Zas Castro</i>	Páx. 103
7.- ¿Por qué é importante adherirnos a un estilo bibliográfico?: O Manual da APA. <i>Francisco Xabier Aguiar Fernández</i>	Páx. 123
EN REDE COGAMI	Páx. 131
ENTREVISTA Entrevista a Juani Tubío Ordóñez. Presidenta do Colexio Oficial de Traballo Social. <i>M.^a Xosé Vázquez Vázquez</i>	Páx. 135
COMENTARIO DE PUBLICACIÓNS Recensión do libro: <i>Manual orientativo de prevención y actuación ante agresiones a trabajadores sociales.</i> <i>Edith Pita Hermida</i>	Páx. 141
RECENSIONES DE INVESTIGACIÓN SOCIAL Transformación nas esferas da vida das coidadoras e coidadores familiares ou da súa contorna de persoas en situación de dependencia con grao II e III en Galicia. <i>M.^a Purificación García Álvarez</i>	Páx. 143

**Ansiedade, depresión e obsesión ante a
morte en estudantes universitarios.**

Francisco Xabier Aguiar Fernández

Páx. 145

ESPAZO ABERTO

Mediación e traballo social.

Ana Martín Muñoz

Páx. 149

**NORMAS DE PUBLICACIÓN DA REVISTA GALEGA DE
TRABALLO SOCIAL FERVENZAS**

Páx. 153

S
U
M
A
R
I
O

Estimados/as compañeiros/as,

A continuación, presentámosvos un novo número da revista *Fervenzas* cunha ampla variedade de temáticas relacionadas coa nosa disciplina.

No artigo “Os servizos sociais en Galicia. Reflexións dalgunhas protagonistas”, Gustavo García, tras a mirada de catro traballadoras sociais e dúas educadoras sociais, achéganos á praxe profesional no sector dos servizos sociais na nosa comunidade autónoma, a través dunha entrevista colectiva.

Asier Epelde achéganos ao mundo virtual co seu artigo “Redes sociais profesionais”.

Andrés Martín e Elena Rivas, no artigo “A Comisión Técnica Interinstitucional sobre o Menor. Un proxecto de transversalidade administrativa”, inciden na necesidade de traballar coordinadamente nun ámbito tan complexo como é a atención ao menor.

Patricia González, baixo o título “Perfil dos pacientes: diferenzas de xénero”, preséntanos un estudo realizado no Complexo Hospitalario Universitario da Coruña sobre o perfil sociodemográfico dos pacientes ingresados e diagnosticados de accidente cerebrovascular usuarios do Servizo de Traballo Social.

Luís Rodríguez, a través dunha ollada retrospectiva, presenta, no seu artigo, a vida dos mil primeiros doentes ingresados no Sanatorio Cabaleiro Goás e o labor desempeñado polas primeiras asistentes sociais dentro da institución.

María Manuela Zás e compañeiras, no seu artigo “A prevención das lesións e da violencia desde unha perspectiva multidisciplinar”, fai fincapé na necesidade de incluír a figura do/a traballador/a social nos equipos de prevención de lesións, coa finalidade de minimizar os factores de risco.

Francisco Xabier Aguiar preséntanos un artigo sobre a importancia de acollernos a un estilo de citacións e construcións de referencias bibliográficas cientificamente recoñecido na produción de artigos e traballos científicos. Destaca o interese das ciencias sociais polo coñecemento e aplicación do manual de estilo APA.

Na sección “En rede”, coñeceremos o labor desenvolvido pola Confederación Galega de Persoas con Discapacidade (COGAMI), entidade sen ánimo de lucro cuxa misión é conseguir a plena inclusión das persoas con discapacidade en todos os ámbitos da sociedade a través da defensa e da promoción dos seus dereitos, da reivindicación do cambio social, da potenciación do asociacionismo e da prestación de servizos que satisfagan as súas necesidades e expectativas.

Neste número, entrevistaremos a Juana María Tubío, presidenta do Colexio Oficial de Traballo Social de Galicia.

Na sección “Comentario de publicacións”, Edith Pita preséntanos unha recensión sobre o libro *Manual orientativo de prevención e actuación ante agresións a traballadores/as sociais*, editado polo Colexio Oficial de Traballadores Sociais de Madrid, no ano 2010.

Na sección “Recensión de Investigación Social” contamos coas fichas sobre os traballos desenvolvidos un por M^a Purificación García, “*Transformacións nas esferas da vida das coidadoras e coidadores familiares ou da súa contorna de persoas en situación de dependencia con grao II e III en Galicia*”, e outro por Francisco Xabier Aguiar, “Ansiedade, depresión e obsesión ante a morte en estudantes universitarios”.

Na sección “Espazo Aberto”, Ana Martín achéganos á mediación como método alternativo de resolución de conflitos.

Por último, destacar que a partir da publicación deste número a mesa de redacción asume como normas de publicación as do manual de estilo APA

Agradecemos a colaboración de todas aquelas persoas que participaron na elaboración deste número.

OS SERVIZOS SOCIAIS EN GALICIA.

Reflexións dalgunhas protagonistas

Begoña Sánchez Roura (B.S.R.)

Traballadora Social. Concello do medio rural. Lugo (1.600 habitantes)

Elena Muguerza Martínez (E.M.M.)

Traballadora Social. Unidade de Tramitación RISGA. Ourense.

Belén Gómez Álvarez (B.G.A.)

Traballadora Social. UTS. Vigo.

Eva Moldes Casal e Eva López Soto (E.M.C./E.V.L.)

*Educadoras sociais. Servizos sociais comunitarios,
no medio rural núcleos de 10.000 habitantes.*

Coordinado por:

Gustavo García Herrero (G.G.).

Xefe de Unidade de Aloxamentos Alternativos no Concello de Zaragoza.

*Dirixe o Albergue Municipal de Transeúntes e a Residencia Municipal Casa Amparo,
de persoas maiores: aitavo.gg@gmail.com*

*Co apoio de Pepa Vázquez (P.V.). Traballadora social do Equipo Municipal
de Inclusión Social do Concello de Pontevedra: supervisionsocial@gmail.com*

RESUMO

Neste artigo preséntanse as reflexións colectivas, de 5 profesionais con experiencia no sector dos servizos sociais. Cunha estrutura de preguntas, vanse traballando cuestións clave, sobre os servizos sociais actuais en Galicia.

Recollemos inquedanzas e achegas que van dende os logros, ata os retos de futuro, pasando pola incidencia sobre as persoas atendidas, a lei de dependencia ou o terceiro sector.

PALABRAS CLAVE

Servizos sociais, dependencia, políticas locais, compromiso, traballo social grupal, comunitarios

SOCIAL SERVICES IN GALICIA

ABSTRACT

This article presents the collective reflections of 5 experienced professionals in the area of social services. With a question-based structure, it deals with essential issues concerning social services in present-day Galicia.

It comprises concerns and findings ranging from the accomplishments and the challenges of the future to the effects upon the persons serviced and the Dependency Act or the third sector.

KEY WORDS

Social services, dependency, local policies, commitment, social work with groups, community

Hai 30 anos comezaron a se pór en marcha nalgúns municipios e comarcas de Galicia os primeiros servizos sociais de carácter básico ou comunitario. Con iso inaugurábase unha nova etapa chea de indefinicións e incertezas, pero tamén cargada de iniciativas, de imaxinación e, sobre todo, de ilusións.

Que quedou de todo iso 30 anos despois? A realidade dos anos 80 do pasado século, xa non é a actual, pasada a primeira década do século XXI. Sucederon moitas cousas nestes anos; a sociedade cambiou radicalmente, e tamén as institucións, as normas, as formas de facer, os propios servizos sociais. 30 anos é tempo suficiente para reflexionar sobre os servizos sociais, a súa traxectoria, a súa situación actual e o seu futuro.

Para iso reunimos nun foro virtual a 5 traballadoras sociais “de primeira liña” en diversos escenarios, urbanos e rurais, coas súas reflexións elaboramos o presente artigo.

(G.G.P.V.) Cales credes que son os principais logros conseguidos polos servizos sociais nestes anos? Que lle achegaron á sociedade galega, en xeral, ou á do voso contorno, en particular?

(B.S.R.) Partindo da miña propia experiencia desde os servizos sociais comunitarios dun concello rural, destacaríaa o aumento progresivo, aínda que insuficiente, de profesionais nos servizos sociais comunitarios, xa que hai algúns anos moitos concellos rurais compartían traballador/a social e actualmente xa quedan moi poucos que o sigan facendo. Nos concellos grandes tamén se foron reforzando. Tamén se apoiou a aparición doutros perfís profesionais coa idea de crear equipos multidisciplinares.

Ao mesmo tempo, considero un logro que se vaia desmitificando aos poucos a idea de que os servizos sociais están dirixidos unicamente aos colectivos con necesidades económicas; e cada vez, aínda que lentamente, se vai estendendo a idea en diversos ámbitos da sociedade de que os servizos sociais son universais e, polo tanto, están dirixidos a toda a poboación: todos e cada un dos cidadáns poden/podemos ser susceptibles de axuda en moi diferentes aspectos no ámbito persoal, familiar, social...

Considero un logro que se vaia desmitificando pouco a pouco a idea de que os servizos sociais están dirixidos unicamente aos colectivos con necesidades económicas.

(E.M.M.) Penso que os logros conseguidos nos últimos anos polos servizos sociais, tanto no ámbito nacional como en Galicia, é que desde a súa configuración á actualidade foron avanzando e consolidándose ata converterse nun dos alicerces básicos do Estado de Benestar.

Esa consolidación dos servizos sociais como un sistema público de protección social supuxo o desenvolvemento dun marco normativo, con estrutura, planificación e financiamento propio dirixido a lles dar resposta ás necesidades dos individuos, grupos e comunidades que lles permita vivir con maior calidade de vida, con máis autonomía e maior adaptación ao contorno social.

Quizais o máis importante dentro deste proceso sexa o avance que a política social vai experimentado no recoñecemento de dereitos de cidadanía e o acceso universal aos servizos sociais.

Quizais o máis importante dentro deste proceso sexa o avance que a política social vai experimentado no recoñecemento de dereitos de cidadanía e o acceso universal aos servizos sociais, que permitirá nun futuro pasar ao exercicio dunha acción social fundamentada en dereitos subxectivos aos que a Administración a través das súas políticas sociais deberá ir respondendo.

(B.G.A.) Coincido en sinalar como logros na implantación dos servizos sociais en Galicia, en liñas xerais, a elaboración de marcos legislativos definidos, programas básicos de actuación e estruturas organizativas con persoal profesional e financiamento propios.

No meu contorno máis próximo, destacaríaa reorganización de zonas para diminuír a ratio de habitantes por profesional, o que pode ter un impacto na mellora da calidade do servizo.

A relocación de zonas para diminuír a ratio de habitantes por profesional pode ter un impacto na mellora da calidade do servizo.

Así mesmo, é significativo que no barrio no que traballo, Teis, existe o único plan comunitario neste momento na cidade. A miña compañeira e eu participamos de forma habitual neste plan, a través do seu Comité Técnico, co recoñecemento por parte do Departamento de Benestar Social.

(E.M.C./E.V.L.) Nós sinalaríamos en primeiro lugar, a **introdución de novos perfís profesionais, xestión e distribución dos espazos profesionais**. Nos últimos anos Galicia experimentou un cambio na percepción e configuración dos seus servizos sociais que afectou máis e é máis patente nos servizos sociais comunitarios, ou é, polo menos, máis visible neles. Pasamos de ter uns servizos sociais representados e desenvolvidos por unha persoa e cun único perfil profesional, a que estean conformados por varias persoas con distintos perfís profesionais. Esta diversidade é, ao noso entender, unha oportunidade para a formación de equipos multidisciplinares onde se poida xerar un espazo laboral enriquecedor e de aprendizaxe continua, de apoio mutuo e de recoñecemento, de sonoridade e de comple-

mentariedade. Facíase necesaria a introdución doutros perfís profesionais para lles dar resposta ao volume e á diversidade de realidades sociais, tamén para acompañar e traballar con colectivos específicos, ou problemáticas/situacións específicas (unidades de prevención de drogadiccións, centros de información ás mulleres, servizos orientados ao traballo con familias, animación sociocultural, orientación laboral, etc.). Estes servizos renovados achegáronlle á sociedade respostas ás súas demandas sociais e facilitaron un acompañamento social de maior calidade en moitas situacións e problemáticas concretas. Tamén foi un importante xerador de emprego, ofreceu alternativas laborais a titulacións e especializacións oficiais que se desenvolven na nosa comunidade autónoma. Aínda que tamén é certo que se integraron e desenvolveron de forma dispar en función das vontade locais e políticas, e cunha marcada desigualdade entre os municipios urbanos e os rurais.

En segundo lugar **destacamos o maior investimento en prestacións, servizos, recursos materiais e formativos**. Incrementouse a dotación de recursos e programas de proximidade como centros de día, escolas infantís, servizos como “xantar na casa”, que tratan de pór en valor os recursos locais. Ponse de manifesto, por unha banda, a súa universalización, o cal quere dicir que chegan a un maior número de persoas e independentemente da súa situación económica (xa que son servizos de copago), e doutra banda, a resposta a necesidades persoais en consonancia coa evolución social da cidadanía, en aspectos como a incorporación da muller ao traballo, o incremento da inmigración, a diversidade familiar etc. A incorporación de novas figuras profesionais como as e os educadores sociais tamén supuxo un considerable avance nas metodoloxías da intervención socioeducativa e na aposta polos dereitos e comprensión das necesidades das persoas. O traballo máis próximo e nos contextos onde as persoas desenvolven o seu día a día fomentou unha visión dos servizos sociais máis eficaz e próxima ás súas necesidades e ás súas dificultades. Con todo, existen grandes retos neste ámbito, o de primar que a educación e o desenvolvemento da persoa se sitúe por encima da axuda económica e asistencial.

O traballo máis próximo e nos contextos onde as persoas desenvolven o seu día a día fomentou unha visión dos servizos sociais máis eficaz e próxima ás súas necesidades e as súas dificultades.

Por outra banda investiuse na mellora das instalacións dos servizos sociais e unha dotación máis funcional de recursos materiais.

A oferta formativa aumentouse, diversificouse e potenciouse a formación en liña, como fórmula para garantir o acceso a ela, sobre todo para aqueles servizos do rural (por exemplo, a formación conveniada co Ministerio de Sanidade e Política Social e Igualdade), ou a creación de redes de traballo como o programa Tecendo Redes, que propiciou o encontro e a investigación colaborativa aplicada á mellora dos programas de intervención familiar en toda Galicia.

Por último, consideramos un importante logro a integración destes servizos na comunidade, a súa universalización e descentralización. Vaise avanzando lentamente nunha concepción máis comunitaria dos servizos sociais, considerándoos como un recurso máis para a comunidade e desmontando os estereotipos que os vinculaban a sectores ou a grupos concretos da poboación (modelo de intervención comunitaria *versus* modelo asistencialista). Intervindo desde, para e coa comunidade, polo que se pon en valor o carácter preventivo. Reivindicando o seu carácter universalizador, para toda a poboación e poñendo énfase na introdución de servizos dirixidos a ámbitos como a terceira idade, a infancia, as mulleres e outros colectivos vulnerables. E, finalmente, tratando de distribuír os recursos por todo o territorio para facilitar servizos de proximidade.

(G.G. P.V.) Chama a atención que ao preguntar polos logros dos servizos sociais, na maior parte das respostas facedes referencia ás súas propias estruturas, como avances en materia normativa, o incremento e diversificación dos seus profesionais, as prestacións, a forma como se organizan ou como se perciben... Con todo, hai poucas referencias, e case de pasada, aos beneficios que a existencia dos servizos sociais dan á cidadanía galega. Pero iso é o realmente importante...

(E.M.M.) Con respecto á cidadanía galega, esta evolución dos servizos sociais supón unha serie de melloras entre as que se poden citar:

1. A toma de conciencia, aínda que en ocasións sexa de forma incorrecta, de que o noso Estado de Benestar lles garante unha serie de dereitos e protección social. Isto faise notorio no exercicio do noso traballo cando escoitamos frases do tipo “eu non teño a culpa de non ter un traballo, de non ter diñeiro para pagar o piso ou os libros do colexio dos nenos, o Estado ou a Xunta teñen que axudarme ou darme unha paga para vivir” para que están os servizos sociais? como pretenden que vivamos?

A descentralización e a proximidade dos servizos sociais á cidadanía que facilita o seu acceso a estes contribúe a superar a posible vergoña de certos cidadáns e cidadás en acudir a eles ante a crenza de que só se dirixen a persoas pobres ou marxinadas.

Penso que a sociedade galega, cada vez máis, demanda e esixe o cumprimento dos dereitos constitucionalmente recoñecidos, aínda que tamén é curioso comprobar como ante a situación de crise económica e co aumento da inmigración, a poboación autóctona desenvolve certas actitudes xenófobas cara aos estranxeiros e manifesta o seu temor a que os beneficios do Estado de Benestar se dirixan a eles en detrimento dos seus propios.

2. A descentralización e a proximidade dos servizos sociais á cidadanía que facilita o seu acceso a estes. Isto facilita o incremento da información sobre a existencia, competencias e universalidade do noso sistema

público e, mesmo, contribúe a superar a posible vergoña de certos cidadáns e cidadás en acudir a eles ante a crenza de que só se dirixen a persoas pobres ou marxinas.

3. O incremento de servizos, programas e prestacións (centros de día, de educación infantil, residencias, programas de atención ás persoas maiores, á infancia, inmigrantes, aos sen teito, de inserción laboral, formación, lecer e tempo libre) que contribúen a mellorar a calidade de vida da poboación galega. Aínda que, neste punto, aínda os servizos sociais teñen moito que avanzar, xa que as diferenzas orzamentarias do Plan concertado entre as zonas urbanas e rurais son significativas, feito que se ve agravado pola dispersión xeográfica galega que limita o acceso aos recursos sociais así como ao emprego das persoas que viven en zonas rurais.

4. A elaboración de leis en materia social que regulan os dereitos e deberes dos cidadáns, como son a Lei de servizos sociais, a Lei de protección á familia, a da dependencia, a renda de integración social de Galicia, Lei de protección ás mulleres vítimas de violencia etc.

5. No campo da pobreza e exclusión social no que traballo, a evolución dos servizos sociais vén estando marcada, entre outras cousas, polo desenvolvemento dos plans nacionais e autonómicos de benestar social entre os que cabe citar o Plan de loita contra a pobreza. En 1991 a nosa Administración autonómica, co fin de abordar a pobreza e exclusión social puxo en marcha a Lei de rendas mínimas galega (Risga) que posteriormente se complementaría cos plans de inclusión social e que se caracteriza por combinar unha prestación económica cun proxecto de inserción social.

(G.G. P.V.) Pero cres que estas iniciativas supuxeron algunha mellora real na vida das persoas ás que van dirixidas?

(E.M.M.) A pesar da declaración de boas intencións que recolle a lei e que se presenta como un logro dos servizos sociais para a cidadanía galega beneficiaria, penso que non cumpre a finalidade para a que se creou xa que se reduce practicamente a dar unha prestación económica insuficiente que segue mantendo as persoas en situación de pobreza extrema e indirectamente potencia o emprego mergullado. Os límites económicos para poder acceder á prestación son tan baixos, que impiden que poidan beneficiarse persoas que aínda que teñan ingresos que se corresponden cos de pobreza relativa son superiores aos establecidos pola lei. Limita o período de integración social a catro anos. A lei leva implícito o desenvolvemento dun proxecto de inserción que escasamente contribúe á integración laboral das persoas beneficiarias pois faltan programas específicos de emprego así como equipos multidisciplinares que traballen, acompañen e deseñen itinerarios laborais eficaces. En canto ao emprego, as persoas beneficiarias deben inscribirse no Servizo Galego Público de Emprego, onde compiten co resto da poboación, feito que resulta un tanto irónico se temos en conta que carecen de formación, habilidades sociais, cualificación profesional

etc. A dispersión xeográfica, a falta de transporte, de recursos, de programas de inserción laboral son obstáculos que dificultan a dispoñibilidade das persoas beneficiarias que viven en zona rural, que se ven especialmente desfavorecidas con respecto ás que viven nas zonas urbanas.

(G.G. P.V.) Volvendo aos logros dos servizos sociais en Galicia nestes 30 anos, sinalariades algunha cuestión que os poidan pór en perigo actualmente?

(B.S.R.) Unha das cuestións que hai que ter en conta é a implantación da lei de dependencia, que pode ter efectos contraditorios sobre os servizos sociais, xa que, por unha banda, reconece dereitos pero, por outra, require cuantiosos recursos que se poden detraer doutras necesidades dos servizos sociais.

A lei de dependencia, que pode ter efectos contraditorios sobre os servizos sociais, xa que por unha banda reconece dereitos pero, por outro, require cuantiosos recursos que se poden detraer doutras necesidades dos servizos sociais.

Igualmente, a incorporación de novos perfís profesionais nos equipos de servizos sociais é, ao mesmo tempo un logro e unha necesidade, posto que os traballadores sociais nin podemos nin debemos abarcalo todo, pero tamén un “perigo” se non se coordina, definen funcións e se unen esforzos adecuadamente.

(E.M.M.) Entre as circunstancias que poden pór actualmente en risco os logros dos servizos sociais en Galicia, sinalaría, en primeiro lugar, a **imposibilidade de lles dar resposta ás novas necesidades sociais** que xorden como resultado dos cambios de carácter demográfico, social, familiar, económico relacionados co envellecemento da poboación, a estrutura familiar, a crise económica, o desemprego, a inmigración etc. que avanza dunha forma moi rápida e aos que se non lles damos unha resposta facilitarán a permanencia da pobreza e a exclusión social. Por iso é polo que será cometido dos nosos políticos e da Administración ter presente o alto nivel de pobreza en Galicia especialmente acentuado pola crise económica, deixar de lado “a parálise pola análise” e planificar os servizos sociais atendendo a estes feitos. O emprego é fundamental nos procesos de inclusión social, polo que se implantarán medidas e recursos eficaces que o promovan como son os programas de inserción laboral específicos, empresas de inserción, convenios coas empresas etc., contando co acompañamento de profesionais que fagan da inclusión social unha realidade e que se rele-

Deixar de lado “a parálise pola análise” e planificar os servizos sociais atendendo aos cambios de carácter demográfico, social, familiar e económico relacionados co envellecemento da poboación, a estrutura familiar, a crise económica, o desemprego, a inmigración etc. que avanza dunha forma moi rápida e aos que se non damos unha resposta facilitarán a permanencia da pobreza e a exclusión social.

gue a un segundo termo o intento de disfrazar a incompetencia do sistema de benestar social con axudas económicas de carácter residual.

O segundo risco vén derivado do **aumento da desigualdade social no ámbito do territorio**. É dicir, que a pesar de que os servizos sociais están descentralizados e son competencia exclusiva das comunidades autónomas, o feito de que estas non dispoñan de recursos e financiamento adecuado pode xerar desigualdade da cidadanía ao acceso e gozo dos servizos sociais segundo o territorio (rural ou urbano) ou comunidade autónoma na que residan. Situación que en Galicia pode verse agravada pola dispersión xeográfica. Por tanto, faise necesario un financiamento adecuado conforme ás necesidades de cada territorio.

En terceiro lugar, o desenvolvemento de **políticas sociais de corte meramente escapistas**, moi ben descritas en calquera ideario ou mesmo normativa xurídica, pero que logo non deixan de ser unha mera utopía, porque o noso modelo de Estado de Benestar non facilita os medios para facelas realidade, polo que o noso sistema público de servizos sociais non pode ofrecer recursos eficaces para abordar as necesidades.

Exemplos diso pode ser a Lei de renda de integración social de Galicia de 1991 que ás razóns anteriormente expostas poderíamos engadir o feito de que entre os seus programas figura un que se denomina “desenvolvemento comunitario” que nunca se puxo en marcha. Algo similar ocorre coa Lei da dependencia, infestada de boas intencións pero que, na práctica, non respondeu a elas como se esperaba, e iso pode crear moita frustración.

Por último, paréceme unha ameaza no ámbito internacional, a globalización e o sistema neoliberal no que nos desenvolvemos, que provoca a desigualdade económico-social e impulsa que o sistema financeiro se imponha ao social, o que ten as súas consecuencias directas sobre a explotación de man de obra e o emprego. Mentres os ricos cada vez son máis ricos, os pobres cada vez son máis pobres.

(B.G.A.) Eu creo que un perigo poden ser as propias estruturas organizativas e como afectan o traballo das técnicas e técnicos na intervención diaria con persoas e grupos.

Preocúpanos a infravaloración das políticas sociais de calidade implícita nos recortes en recursos humanos e as dotacións orzamentarias.

A vulnerabilidade e a rixidez do sistema actual en crise, a dinámica de transformación dos problemas sociais, poden implicar unha actualización e redeseño estratéxico das políticas públicas de benestar social.

Outro perigo, como indicamos no diagnóstico comunitario elaborado desde o Plan comunitario de Teis, pode ser o tratamento estatístico que outorga indicadores que serven como instrumentos de medida pero que ofrecen en si mesmos poucos criterios de valoración á hora de marcar pautas de acción ou establecer priorización de problemas.

(E.M.C./E.V.L.) A nós preocúpanos a infravaloración das políticas sociais de calidade implícita nos recortes en recursos humanos e as dotacións orzamentarias, xa que mingua os esforzos para a xestión de calidade e o desenvolvemento destes servizos. A situación de crise acentuou esta involución. Aínda que hai uns dereitos recoñecidos lexislativamente e interiorizados socialmente, a realidade do día a día, no desenvolvemento do labor profesional e no contacto directo coas persoas impónse unha percepción crecente de receso nas prestacións sociais e nos recursos necesarios para concretalas. En Galicia, cun goberno de ideoloxía neoliberal e antisocial, recortáronse multitude de avances conseguidos en materia social e apoiados na cuarta Lei de servizos sociais durante a lexislatura do bipartito. Podemos pór como exemplos, os recortes nas axudas e as prestacións económicas dirixidas á infancia, ás situacións de emerxencia social, nas prestacións do sistema de dependencia, a redución significativa do número de orientadores laborais, a eliminación directa das prestacións ao colectivo de inmigrantes, a falta de financiamento para os equipos de inclusión das cidades, o máis que probable recorte nos centros de información á muller, a promulgación dunha lei de familia que recorta gravemente os dereitos das mulleres etc. En todo este proceso de desmonte subxace unha concepción perigosa: a que valora os servizos sociais como os xestores daquilo que non queren ou non poden facer outros servizos, a desvalorización social “do público”. Por último, tamén cabe mencionar a excesiva burocratización que forma parte do servizo administrativo e que impide destinar tempo a procesos básicos na xestión dos servizos á comunidade.

(G.G.-P.V.) Referístesvos á Lei da dependencia na súa dobre perspectiva en canto aos seus efectos sobre o Sistema de Servizos Sociais: por unha banda, como oportunidade para a súa consolidación, pero doutra banda, como ameaza. Gustaríame que analicemos con maior detalle esta cuestión.

(B.S.R.) Como xa dixen, ao meu parecer a implantación da Lei de dependencia é unha arma de dobre fío: por unha banda recoñécense a través dela dereitos fundamentais no ámbito dos servizos sociais pero, ao mesmo tempo, estes dereitos non se recoñeceron, de momento, de maneira universal, en todos aqueles ámbitos, que fóra da dependencia, seguen sendo obxecto de atención pola nosa banda.

O enorme esforzo que está a supor a implantación da Lei de dependencia, pode restarlle forzas, recursos e dedicación a todo aquilo que tamén é primordial no noso quefacer profesional.

Ao mesmo tempo, o enorme esforzo que está a supor a implantación da Lei de dependencia, pode restar forzas, recursos e dedicación a todo aquilo que tamén é primordial no noso quefacer profesional.

(E.M.M.) A intencionalidade da Lei da Dependencia, coa consideración dos dereitos subxectivos que ampara e a súa contribución ao fomento

do emprego, etc., poderían facilitar un cambio importante na cobertura social para as persoas dependentes e as súas familias e un avance na consolidación dos servizos sociais. No entanto, unha vez máis quedou curta en orzamentos, a demanda desbordou as previsións dos políticos e quedou reducida a unha mera declaración de intencións recollidas nunha lei que xera moitas expectativas na cidadanía galega, pero que chegado o momento da verdade ten que enfrontarse a unha importante lista de espera para poder gozar dos seus beneficios, concretamente, entre un e dous anos para a libranza económica; menos mal que para o acceso a outros servizos e centros a demora é menor.

A lei de dependencia quedou curta en orzamentos, a demanda desbordou as previsións e quedou reducida a unha mera declaración de intencións recollidas nunha lei que xera moitas expectativas á cidadanía galega, pero que chegado o momento da verdade ten que enfrontarse a unha importante lista de espera para poder gozar dos seus beneficios.

Continuamente se escoitan voces de que o gasto desta prestación é cuantioso e que derrubará o noso sistema de servizos sociais. Persoalmente, non estou moi de acordo, porque considero que se a Administración a pon en marcha é porque previamente fixo un estudo sobre o investimento e gasto que supón a súa xestión e resultalle máis rendible que se o tivese que asumir de forma totalmente pública.

(E.M.C./E.V.L.) A Lei da dependencia supón, por unha banda, unha sobrecarga importante e, polo tanto, limitacións para desenvolver outro tipo de actuacións máis comunitarias, máxime se pensamos que nos servizos comunitarios non supuxo un incremento de profesionais. Doutra banda, na maioría dos servizos dirixidos á terceira idade ou persoas con diversidade funcional, o factor recoñecemento da dependencia prima sobre outros que poden ser valorados como máis importantes. É dicir, á hora de baremar o acceso a determinados servizos, se unha persoa non consta como dependente xa se limita o seu acceso ao sistema.

A Lei de dependencia supón, por unha banda, unha sobrecarga importante e, polo tanto, limitacións para desenvolver outro tipo de actuacións máis comunitarias, máxime se pensamos que nos servizos comunitarios non supuxo un incremento de profesionais.

(G.G.-P.V.) Resulta fácil sinalar as administracións como responsables das limitacións que afectan os servizos sociais (falta de recursos, dificultades organizativas, de coordinación...). Pero tamén é conveniente realizar un exercicio de autocritica e por iso preguntovos que parte de responsabilidade credes que podemos ter os/as profesionais nas dificultades de desenvolvemento dos servizos sociais ou, se o preferides, que poderíamos ou deberíamos facer os profesionais para mellorar os servizos sociais.

(B.S.R.) O máis importante que podemos facer é afondar na esencia do que é a nosa profesión e non apartarnos daquilo que nos define como traballadores sociais; desprendernos de todo aquilo que non sexa realmente o noso quefacer profesional e non temer o diálogo e encontro con outros perfís profesionais.

Non temer ao diálogo con outros perfís profesionais.

Seguir poñendo en valor o noso papel na sociedade, apoiados polo noso traballo serio e constante, así como a investigación e o estudo ao redor das cuestións sociais primordiais.

(E.M.M.) Para a mellora dos servizos sociais, os profesionais deberiamos, en primeiro lugar, traballar con rigor e sobre todo con calidade.

É moi importante que os profesionais dos servizos sociais prestemos atención e respecto á cidadanía, que dediquemos o noso tempo á escoita activa, que non etiquetemos as persoas, que actuemos de forma transparente informándoos sobre os seus dereitos e obrigacións e as actuacións que hai que seguir. Non debemos esquecer que o individuo é o suxeito do seu propio cambio e precisa información para poder decidir.

Prestar atención e respecto á cidadanía, dedicar o noso tempo á escoita activa, non etiquetar as persoas, actuar de forma transparente informándolles sobre os seus dereitos e obrigacións e as actuacións que hai que seguir.

En segundo lugar, ser áxiles na nosa xestión e non permitir que a burocracia nos domine, diso dependerá o benestar de moitas persoas. Ante a excesiva burocratización do sistema inherente á propia Administración, os profesionais dos servizos sociais debemos de ser conscientes de que a demora na xestión e nas intervencións prexudica as persoas coas que traballamos.

Ser áxiles na nosa xestión e non permitir que a burocracia nos domine (...) os profesionais dos servizos sociais debemos de ser conscientes de que a demora na xestión e nas intervencións prexudica as persoas coas que traballamos.

Na xestión de prestacións económicas como a Risga ou as Axudas de Emerxencia Social ocorre que pola carga de burocrática que teñen tardan en resolverse unha media de tres meses; é moito tempo se temos en conta que as persoas que a solicitan están en situación de extrema pobreza, nin que dicir ten que ese tempo se incrementa se os profesionais nos demoramos na realización do noso traballo.

Aínda se exerce moito control burocrático sobre os cidadáns que han presentar excesiva documentación para o acceso ás prestacións do sistema.

En terceiro lugar, deberiamos loitar a través das estruturas pertinentes por colocar o sistema de servizos sociais no mesmo rango que os demais

sistemas de benestar. Os principios de universalidade e equidade non se cumpren na mesma medida que noutros sistemas de protección. Aínda se exerce moito control burocrático sobre os cidadáns que deben presentar excesiva documentación para o acceso ás prestacións do sistema. E, en contraposición a isto, seguimos sendo esa especie de caixón de xastre ao que as persoas acoden cando os outros sistemas de protección (emprego, vivenda, educación etc.) non son capaces de lles dar resposta ás necesidades sociais que son da súa competencia.

Engadir que se lles esixe o mesmo ás persoas en situación de extrema necesidade que ás que a súa situación está normalizada, polo que creo que habería que dar maior flexibilidade de actuación nas normativas para atender situacións de carácter urgente. Mesmo podería ser interesante pensar na posibilidade dun servizo de “urxencias” con dotación de recursos específicos para a atención inmediata ás persoas que o precisen.

Seguimos sendo esa especie de caixón de xastre ao que as persoas acoden cando os outros sistemas de protección non son capaces de dar resposta.

En cuarto lugar, deberíamos saír da nosa pasividade profesional e conformismo co que o sistema nos proporciona e reivindicar maior dotación de medios e de equipos multiprofesionais que permitan prestar unha atención integral á cidadanía. Para iso, a Administración debería canalizar a coordinación entre os distintos sistemas de benestar social que facilitase o desenvolvemento de actuacións transversais que optimicen a utilización de recursos e eviten custos innecesarios.

Deberíamos abrírnos máis á realidade social, non centrande as nosas actuacións soamente no labor de despacho e ter maior disposición para o traballo comunitario.

En quinto lugar, deberíamos abrírnos máis á realidade social e non centrar as nosas actuacións soamente no labor de despacho e ter maior disposición para o traballo comunitario. A Administración pola súa banda, debería crear **estruturas de traballo que permitan impulsalo** a través de programas de emprego que partan dos recursos endóxeos do territorio así como da educación, de lecer e tempo libre etc. dirixidos a buscar o benestar social das persoas que nel habitan motivándoas e promovendo a súa participación.

Por último, os profesionais debemos **investigar, publicar e divulgar as nosas experiencias e intervencións**. Iso contribuirá ao desenvolvemento científico da profesión e ao coñecemento do noso traballo.

(B.G.A.) Penso que una das posibles claves está na concienciación, é dicir, a miúdo a función do traballador ou traballadora social foi simplificada, reduciuse o rol profesional ao mínimo e exerceron como coordinadores e tramitadores de paquetes asistenciais de axuda para persoas interesadas.

En relación co que poderíamos mellorar en servizos sociais sería necesario identificar previamente esta redución do rol profesional, identificar a realidade sobre a que imos e queremos traballar, xa que é clave para saber cara a onde queremos ir na práctica cotiá profesional, para poder así buscar as fórmulas e contaxiar os mecanismos que favorezan os cambios.

(E.M.C./E.V.L.) Os servizos sociais traballan con e para as persoas e fórmalo persoas. Con todos os cambios políticos, de concepción e xestión dos servizos sociais por parte dos distintos gobernos, a elaboración de novas leis e a aplicación destas, a configuración das propias administracións, a súa inercia e burocratización, a actual situación de crise de valores e do mercado laboral... en definitiva a complexidade do armazón social e político en que se sitúan os servizos sociais e os seus profesionais, cremos que é o noso deber realizar unha autocrítica continua. E cremos que a facemos, porque tratamos de suplir co noso labor profesional carencias sociais e das distintas administracións. Creemos, sen evitar a necesidade de autocrítica e supervisión, na potencialidade dos e as profesionais dos servizos sociais do público en Galicia.

No labor de mellora dos servizos, gran parte da nosa responsabilidade radica en potenciar a nosa capacidade de escoita activa, de permeabilidade e sensibilidade aos cambios sociais, a capacidade de promover a resiliencia, o traballo en rede, o recoñecemento aos equipos multidisciplinares, o empoderamento de todos os perfís profesionais que forman parte dos equipos, a colaboración e o recoñecemento entre administracións (servizos comunitarios, específicos e especializados), entidades e colexios profesionais. Tamén a necesidade de formarnos permanentemente, de homoxeneizar criterios de intervención e de aplicación de técnicas, de procesos e protocolos, de potenciar os grupos profesionais de discusión e investigación, de crear e potenciar os servizos de supervisión social e profesional, de recoñecer outras realidades, de dar cabida (xerar emprego) nos servizos sociais (públicos e privados) ás persoas que se titulan nas nosas universidades e centros de formación, e de estreitar o vínculo entre os espazos formativos e os profesionais.

(G.G. P.V.) Que se debería facer para mellorar os servizos sociais?

(B.S.R.) En relación cos servizos sociais comunitarios, que é o que máis coñezo, o máis necesario é **dar estabilidade orzamentaria**, para que non teñamos que estar supeditados todos os anos a solicitar unha subvención (plan concertado) e para outras moitas que van xurdindo ao longo do ano. A incerteza económica que vivimos cada ano dificulta enormemente a capacidade de acción e resta moitas horas de traballo moi valiosas para lles dedicar directamente aos nosos usuarios. Non me imaxino que todos

A incerteza económica que vivimos cada ano dificulta enormemente a capacidade de acción e resta moitas horas de traballo moi valiosas para dedicar directamente aos nosos usuarios.

os anos, os médicos dun centro de saúde tivesen que perder un mes do seu traballo para garantir o seu salario e o dos seus compañeiros.

Ademais considero necesario que **exista unha verdadeira, fluída e auténtica coordinación entre a Administración local e a autonómica**, e non unha submisión como a que existe actualmente.

Por último, que empece a existir e a desenvolverse o ámbito da **coordinación sociosanitaria**.

(E.M.M.) Eu creo que é necesario en primeiro lugar o desenvolvemento **dunha política social que se sosteña nos dereitos humanos e sociais**, que estea dirixida á consolidación de dereitos universais, que busque a autonomía das persoas e o cambio social, que actúe sobre as causas que xeran os problemas sociais, que conte coa participación cidadá e, sobre todo, que se sustente no coñecemento da realidade social, das novas necesidades sociais e do novo perfil de usuarios e que sexa capaz de xerar medidas eficaces para darlles resposta.

Tamén sería importante que o noso sistema de servizos sociais conte cunha **planificación propia, cunha xestión flexible, unha normativa que poida adaptarse ás situacións mais urxentes, un financiamento propio** e que permita desenvolver un traballo de calidade que fuxa da burocratización e estea centrado no desenvolvemento integral das persoas dende a tolerancia e o respecto, que permita traballar de forma transversal cos outros sistemas de benestar social e que se promova mecanismos para a supervisión social do sistema e dos profesionais.

Por último, sinalaría como algo fundamental, promover a información sobre a función e competencias dos servizos sociais. Facer extensibles as súas prestacións, programas e equipamentos a toda a poboación, aos axentes sociais e aos profesionais doutros sistemas de benestar para que os coñezan e deriven ás persoas que o necesiten.

(B.G.A.) Coincido en sinalar como necesario un aumento do financiamento dos servizos sociais. Neste sentido, sinalar que ademais da necesidade de contar con maiores partidas orzamentarias, é importante unha mellor distribución dos recursos existentes. Por exemplo, é moi interesante a figura de auxiliares e administrativos/as con formación específica en servizos sociais, que poidan contribuír a minimizar todo o dinosauro informático co que nos temos que enfrontar as traballadoras e traballadores sociais no día a día e que tanto tempo lle resta a outro tipo de intervención e prácticas comunitarias.

É moi interesante a figura de auxiliares e administrativos/as con formación específica en servizos sociais, que poidan contribuír a minimizar todo o dinosauro informático co que nos temos que enfrontar as traballadoras e traballadores sociais no día a día e que tanto tempo lle resta a outro tipo de intervención e prácticas comunitarias.

Relacionado con este aspecto, un segundo elemento pode consistir en salientar modelos que promovan non só a capacitación individual se non tamén a comprensión e análise das orixes estruturais dos problemas.

(E.M.C./E.V.L.) Nós cremos que o que máis falta fai é, en primeiro lugar, **vontade política**, que é fundamental para mellorar os recursos lexislativos e ampliar os recursos económicos e sociais, para equipararnos con outros servizos públicos mellor valorados política e socialmente, aumentando os recursos humanos profesionais nos servizos sociais comunitarios, organización e dotación de espazos propios, materiais, orzamentos etc.

É necesario, ademais, **capacidade de innovación, compromiso e responsabilidade ética** por parte das e dos profesionais coa súa práctica profesional e cos dereitos da cidadanía, que debe ir acompañado tamén dun maior recoñecemento social e a equiparación salarial con profesionais dos sistemas de sanidade e educación. Isto levaría unha maior e mellor valoración *inter* profesional, laboral e social, máis empoderamento, e ofrecería maiores garantías sobre a competencia dos profesionais que configurarían os servizos sociais e da súa identidade, non contemplados como persoal subsidiario doutros servizos públicos, con esa idea típica de considerarnos “caixón de xastre”.

(G.G. P.V.) Aínda que todos/as estamos de acordo na necesidade de levar a cabo intervencións de carácter comunitario e traballo con grupos, sabemos que non sempre é factible nos servizos sociais por que credes que ocorre isto? Que habería que facer para que os servizos sociais leven a cabo de maneira efectiva intervencións de grupo e comunitarias?

(B.S.R.) Desde a carreira sempre me preguntei se os traballadores sociais somos “espertadores da sociedade” ou “maquilladores do sistema”; nesa disxuntiva nos movemos. En moitas ocasións o noso papel non é máis que o de conter a presión social para que en momentos difíciles de crises, inxustizas estruturais... non se desestabilice o sistema. Para iso as intervencións individuais, como moito familiares, son as que teñen prioridade, e case sen darnos conta entregámonos a elas porque é a demanda inmediata que recibimos constantemente e a que “interesa” resolver ata certo punto.

A intervención de grupo e comunitaria esíxenos entrar noutra tesitura, de estudo global de necesidades, sistematización de toda a información que recibimos constantemente e que sería moi rica se dela fósemos capaces de ir sacando conclusións, así como deseñar intervencións que vaian máis aló da atención directa inmediata.

Quizá o primeiro que habería que facer sería pararnos a pensar, talvez, mesmo, deixar de facer algunhas cousas das que facemos, porque moitas veces asumimos demasiado traballo puramente administrativo. Tamén dialogar coas persoas para descubrir cales son as súas principais fontes de interese.

Entre xestión de recursos e prestacións, solicitude de subvencións e coordinación do SAF (Servizo de Axuda a Domicilio) escápanse as horas de traballo case sen darnos conta e convertémonos en meras oficinas “expendedoras” de prestacións.

Sen deixar de acompañar os procesos persoais e familiares que fagan que as persoas sexan protagonistas da súa propia vida, para ir “máis aló”, quizá o primeiro que habería que facer sería pararnos a pensar, talvez, mesmo, deixar de facer algunhas cousas das que facemos, porque moitas veces asumimos demasiado traballo puramente administrativo que, cunha boa auxiliar ao noso lado, non teríamos por que realizar. Tamén dialogar coas persoas para descubrir cales son as súas principais fontes de interese, analizar a sociedade que nos rodea xunto con outros e expor alternativas menos individualistas.

(E.M.M.) O desenvolvemento comunitario aínda é a materia pendente dos servizos sociais que hai que potenciar, porque sería o auténtico motor para o logro do desenvolvemento social e o aumento da calidade de vida. Os servizos sociais non dispoñen de recursos humanos, materiais nin técnicos suficientes para pór en marcha proxectos desta envergadura. Para iso as administracións terían que ser conscientes da súa importancia, coordinarse para traballar de forma transversal e promover a dotación de recursos para o desenvolvemento destes programas. Mentres non se dea este impulso, o ínfimo número de profesionais que traballan neste sistema público, só poderán dedicarse á intervención con individuos e familias.

Todo proxecto de desenvolvemento comunitario precisa estar incluído dentro dun programa máis amplo (europeo, estatal, autonómico ou local) e do apoio económico e técnico que teña en conta os recursos endóxeos e as condicións estruturais, sociais, institucionais, culturais etc. do territorio. Neste sentido, a Administración debería organizar e planificar o noso sistema público con programas dirixidos ao desenvolvemento comunitario e dotar de recursos materiais e humanos que poidan dinamizar o proceso.

Por ser a exclusión social un proceso asociado a problemas económicos, políticos e sociais da sociedade actual, que a converte nun problema estrutural das sociedades avanzadas, faise necesaria unha intervención social desde os servizos sociais máis complexa que, baixo o meu punto de vista, debería iniciarse e ser abordada a través de programas de desenvolvemento local que establezan medidas dirixidas tanto ao aspecto económico como ao social e cultural. No económico promove a coordinación de elementos como o mercado, a formación, as empresas de economía social, as empresas de inserción, persoas emprendedoras, o autoemprego, financiamento, o tecido social etc. No ámbito social abarca de forma integral os ámbitos de saúde, traballo, vivenda, educación, formación, relacións sociais, que afectan as condicións de vida dos individuos. No cultural, atendendo ás características e actitudes da poboación.

A intervención comunitaria será levada a cabo por equipos multiprofesionais que traballen de forma interdisciplinar e coordinada con outros axentes sociais e coa poboación en xeral.

(B.G.A) A razón pode estar relacionada coa falta de hábito e tamén de tempo e prásas para cuestionar procesos e prácticas cotiás. A palabra comunitario empeza a parecer un termo propio de charlas ou foros, alieo á vida cotiá profesional, onde nos invaden no momento actual os procedementos informático-cuantitativos, os sistemas tradicionais de tramitacións, a falta de flexibilidade etc.

A intervención social comunitaria establécese como acción permanente de tipo preventivo e adopta como estratexia de cambio a capacitación das persoas e a comunidade. É dicir, que elixindo este modelo de intervención asúmese que existen ritmos diferentes das persoas, indícase a importancia do deseño de itinerarios de inserción, do deseño e a planificación da coordinación e de formas de intervención na práctica cotiá ás veces non lóxicas e emocionais do coñecemento.

Tamén pode ocorrer, relacionado coas dificultades na intervención comunitaria, que poidan influír aspectos como o compromiso limitado por parte do traballador ou traballadora social ao proceso de cambio, a función de control social dos traballadores e traballadoras sociais ou as limitadas capacidades de cambio tamén dos propios usuarios e usuarias dos servizos sociais como dicía, K.Healy no seu momento.

(E.M.C./E.V.L.) É difícil cambiar dinámicas e rutinas instaladas en modelos paternalistas, burocráticos e ríxidos de intervención social, e moi fácil adaptarse á comodidade que supoñen ao persoal. O traballo con grupos supón máis compromiso, formación, horarios diferentes aos establecidos, traballo en rede. Para avanzar nesta dirección é necesario por á fronte das organizacións de servizos sociais a persoas comprometidas coa necesidade deste modelo, que implica darlle máis tempo e espazo ao traballo comunitario e de grupo que ao traballo individual, coa convicción de que o traballo comunitario é o que vai propiciar e impulsar a acción social e educativa necesaria para o cambio e a participación social das persoas e do seu contorno. Neste sentido, han de ser os propios axentes comunitarios os que actúen como factores de protección e prevención das situacións de dificultade social.

É difícil cambiar dinámicas e rutinas instaladas en modelos paternalistas, burocráticos e ríxidos de intervención social, e moi fácil adaptarse á comodidade que supoñen ao persoal. O traballo con grupos supón máis compromiso, formación, horarios diferentes aos establecidos, traballo en rede.

(G.G. P.V.) As organizacións sociais sen ánimo de lucro sempre tiveron un importante papel nos servizos sociais, credes que na actualidade seguen sendo necesarias? Considerades que debe reformularse o seu papel neste sector? En que sentido?

(B.S.R.) As organizacións sociais nunca deixaron de ser necesarias, teñen un papel moi importante como canalizadoras da participación cidadá. É iluso pensar que o Estado, a través dos servizos públicos, pode chegar a responder absolutamente a todas as necesidades sociais. As organizacións sociais cumpren un papel moi importante porque xeralmente son as que teñen iniciativas e accións en todos aqueles ámbitos nos que o Estado aínda non chegou ou naqueles nos que non lle é posible chegar.

Delegar absolutamente todo no “papá-estado” sería un “suicidio colectivo” e renegar da nosa responsabilidade como cidadáns/ás.

É necesario, por unha banda, recoñecer con máis forza a súa enorme contribución e non velos unicamente como “receptores de subvencións”. Débese manter un contacto continuado e coordinación con elas cunha escoita atenta de todo o que poden achegar e de feito están a achegar. E débese respectar ao máximo a súa independencia e capacidade de autoxestión.

(E.M.M.) Aínda que os servizos sociais deberían ser de carácter público, a realidade de modelo económico actual non o permite. A Administración atópase ante unha estrutura do sistema de benestar social que non é capaz de xestionar na súa totalidade, polo que delega unha parte da xestión de servizos e subvenciona as entidades privadas, polo que as asociacións sen ánimo de lucro se converten nun recurso importante para a xestión de servizos sociais.

As entidades sen ánimo de lucro foron impulsadas pola propia Administración para lle dar resposta a todo aquilo que esta última dicía que non podía financiar. Foron e son un recurso importante e necesario xa que o sistema público fraquea sobre todo no que a equipamentos se refire. Tamén son moi importantes porque os seus profesionais realizan, en moitas ocasións, traballo de acompañamento que desde o sistema público non se ofrece e son máis flexibles á hora de proporcionar axuda; dalgunha forma son o escape do sistema burocrático tan ríxido da Administración.

As organizacións sociais sen ánimo de lucro deben ser esencialmente reivindicativas, no sentido de dar a coñecer ideas, intereses, valores etc., promover cambios ou opoñerse a eles.

(B.G.A.) A promoción e cooperación social é unha das prestacións básicas de servizos sociais. Para min, as organizacións sociais sen ánimo de lucro deben ser esencialmente reivindicativas, no sentido de dar a coñecer ideas, intereses, valores etc. e promover cambios ou opoñerse a eles.

Tamén é fundamental ter en conta que ao referirnos ás organizacións sociais sen ánimo de lucro é un concepto moi amplo, e depende dos modelos que adopten, de se existen ou non equipos profesionais e profesionalizados, de se se salienta ou non a importancia dos recursos, de se se salienta considerar os problemas como algo propio dos usuarios e usuarias, dos ritmos etc.

Destacar o papel que estas organizacións poden representar nos procesos de acompañamento e ritmos das persoas, que neste momento, desde servizos sociais de atención comunitaria, son moi complicados de promover e manter, polas dificultades sinaladas anteriormente e tamén desde o aspecto da participación activa das persoas e grupos para ser protagonistas do seu propio cambio as organizacións sen ánimo de lucro poden ser fundamentais.

É destacable a capacidade do terceiro sector como “detector” de novas realidades e canalizador e acompañamento a outros servizos; son axentes sociais activos e teñen capacidade de innovación.

(E.M.C./E.V.L.) Nós consideramos que as organizacións sen ánimo de lucro seguen sendo necesarias por varios motivos. En primeiro lugar, por que pola súa configuración e estrutura son máis próximas á poboación, coñecen de forma máis próxima a realidade do seu contorno, hai maior conexión social. Nacen, xeralmente, das demandas propias e reais dun colectivo concreto, polo que representan a ese colectivo configurado por persoas que teñen en común unha situación e unha formulación nas súas demandas sociais; teñen a capacidade para fomentar e promover a participación no grupo e comunitaria dos seus propios membros, potencian o traballo de grupo fronte ao individual, son máis dinámicos e permeables á realidade e aos cambios sociais.

Ademais, o sistema público de servizos sociais non pode, na situación actual, facerlle fronte ao volume e diversidade de demandas sociais.

É destacable tamén a súa capacidade como “detector” de novas realidades e canalizador e acompañamento a outros servizos; son axentes sociais activos e teñen capacidade de innovación. Sen esquecer a súa capacidade como xeradores de emprego.

Preocúpanos a proliferación de empresas do sector nadas polo auxe dos concertos, de novas prestacións e subvencións vinculadas ao social, e que non nazan ou se xestionen con criterios de calidade senón con fins exclusivamente mercantilistas e de vantaxe económica.

En canto ao papel do terceiro sector como prestador de servizos sociais, cremos que as administracións públicas deben establecer criterios de calidade e supervisión, potenciar a cooperación e o traballo en rede e establecer convenios/concertos para promover a calidade.

En xeral consideramos que fan un labor social inxente e complementario ao público, pero preocúpanos a proliferación de empresas do sector nadas polo auxe dos concertos, de novas prestacións e subvencións vinculadas ao social, e que non nazan ou se xestionen con criterios de calidade senón con fins exclusivamente mercantilistas e de vantaxe económica. Isto derivaría en precariedade laboral e na precarización da atención ás persoas.

En relación ao auxe de novas organizacións privadas vinculadas á atención de persoas e ao social, consideramos que as organizacións non lucrativas que desexen incluírse en entidades prestadoras de servizos sociais deben velar, primeiro, por realizar contratacións de perfís profesionais adecuados e titulados, con postos de traballo estables e retribuídos xustamente; segundo, traballar en rede e coordinándose cos servizos sociais do seu contorno, canalizando adecuadamente, de telo, o servizo de voluntariado e xestionar adecuadamente os seus recursos.

(G.G-P.V.) Por último, gustárame que sinaledes calquera outro aspecto que consideredes oportuno nesta análise da encrucillada na que se atopan actualmente os servizos sociais en Galicia.

(B.S.R.) Ocórrenseme moitas ideas que me limito a sinalar superficialmente. En primeiro lugar, a **necesidade dun marco legal estable**: no ámbito estatal, unha Lei xeral de servizos sociais que elimine diferenzas e asente unha base común en todo o territorio nacional que os reforza e afiance. No ámbito, coa aprobación dos decretos que desenvolvan a nova Lei de servizos sociais de Galicia, aprobación e publicación canto antes da orde que desenvolve o decreto de aplicación da Lei de dependencia.

Outra “materia pendente” e moi importante é a abordaxe da “saúde mental” desde unha perspectiva de intervención sociosanitaria con apoio continuado ás familias.

Sinalar tamén a importancia de contar **cun marco financeiro estable** e que transforme o sistema de subvencións en “acordos marco”, “convenios” que garantan o financiamento dos programas básicos e que xa están consolidados sen necesidade de “solicitar subvención” cada ano polos mesmos conceptos, faise imprescindible 23 anos despois unha revisión do Plan concertado.

Falouse tamén da necesidade de establecer **mecanismos de coordinación interadministrativa** fluídos, estables e de dobre dirección entre a Xunta de Galicia e as corporacións locais de maneira que, garantindo a autonomía competencial de ambos os entes, se poida consolidar a prestación de servizos de maneira eficiente e con calidade cara aos cidadáns.

A creación de órganos de coordinación sociosanitaria que aposte por unha atención integral dos cidadáns neste ámbito. Á parte das lagoas que existen neste tema en relación coa dependencia, outra “materia pendente” e moi importante é a abordaxe da “saúde mental” desde unha perspectiva de intervención sociosanitaria con apoio continuado ás familias.

Potenciar máis a investigación e o estudo en temas sociais. Creación de grupos de traballo encargados de fomentar que se sistematice e analice toda a información que é posible solicitar nos servizos de atención directa. Por exemplo, creación de grupos de traballo arredor do SIUSS, para unificar criterios na súa cumprimentación especialmente nos códigos relacionados coas intervencións, divulgar a necesidade do seu uso entre os

profesionais e, mesmo, se é posible, analizar estatisticamente toda a información que se verte anualmente, co obxecto de propor liñas de actuación froito da dita análise.

Dotar a todos os servizos de persoal administrativo con especial formación en servizos sociais, co fin de desprendernos de múltiples tarefas que non nos corresponden e que tradicionalmente asumimos, que nos afastan dos obxectivos propios da nosa profesión, con especial referencia ao nivel preventivo e á intervención de grupo e comunitaria.

Apostar por incorporar **plans de calidade e control do sistema**, que sexan operativos e co obxectivo claro de dar un mellor servizo

Por último, **unha maior coordinación entre a administración e o terceiro sector.**

(E.M.M.) A crise económica actual, a inmigración, as expectativas que xeran as leis de carácter social sobre dependencia, rendas mínimas, violencia de xénero, protección á familia etc., xeran un incremento da demanda social moi importante á que non se lle poderá dar resposta se o desemprego, o recorte das prestacións e programas, de contratación de persoal etc. continúan en aumento.

Nestes momentos de crise económica, a maioría dos esforzos políticos deberán estar dirixidos a impulsar o emprego, polo que os plans de inclusión social dirixidos ás persoas en situación de exclusión ou vulnerables son fundamentais.

Nestes momentos de crise económica, a maioría dos esforzos políticos deberán estar dirixidos a impulsar o emprego, polo que os plans de inclusión social dirixidos ás persoas en situación de exclusión ou vulnerables son fundamentais. Pero isto non parece que ocorra así, e estes plans estancanse e vense especialmente afectados, precisamente, polo recorte económico e de persoal que sofren. Unha vez máis, as persoas desfavorecidas son as máis prexudicadas, xa que a desigualdade lle afecta en maior grao.

Por outra banda, penso que en Galicia outra dúbida importante que podemos ter nestes momentos os profesionais dos servizos sociais é saber cando se vai implantar de forma definitiva a Lei de servizos sociais modificada no ano 2008. Nela establécense importantes reformas, como a nova configuración dos servizos sociais, o catálogo de prestacións, a tarxeta social, o establecemento dun profesional de referencia dentro dos servizos sociais comunitarios, competencias etc. que aínda non se puxeron en marcha e non parece que haxa moita intención de facelo de momento.

Nesta lei contéplase unha protección especial aos maiores e ás persoas en situación de dependencia. Neste sentido, a dúbida que está latente é como a Administración, xa sexa a estatal ou a autonómica, lles van dar resposta efectiva ás expectativas que a Lei de dependencia xerou e que desafortunadamente non se cumpren pola falta de asignación de recursos.

Un dos meus temores é que creo que na actual Lei de servizos sociais subxace certa intencionalidade de impulsar o sector privado na xestión dos servizos sociais; de feito nela refírese que o noso sistema público pasará a pertencer a un instituto de servizos sociais cuxa natureza parece ser que non sería na súa totalidade pública senón compartida por algunha entidade, fundación, consorcio etc. de carácter privado.

(E.M.C./E.V.L.) A Lei de servizos sociais de Galicia do ano 2008 e o borrador de Decreto de servizos sociais comunitarios son unha oportunidade de cambio para transformar a realidade dos servizos sociais en Galicia, que debe garantir o dereito das persoas á educación social e imprimirlles aos servizos sociais o sentido educativo que precisan, así como a implantación de medidas de calidade. Con todo, sen a dotación económica precisa corren o risco de quedar en papel mollado. A dose de voluntariedade que ata agora caracterizou a moitas e moitos profesionais dos servizos sociais tamén vai queimando a un colectivo ao que permanentemente se lle esixe que lles dea respostas a retos sociais de gran envergadura con escasos ou ningún recurso.

Estas son as reflexións dun grupo de traballadoras sociais “de primeira liña”, sobre a situación actual dos servizos sociais en Galicia e sobre o que vaticinan que pode ser o seu futuro. Desde unha atalaia de 30 anos.

Queremos contribuír con elas a que o colectivo profesional dos servizos sociais da nosa comunidade aproveiten este aniversario para realizar e compartir as súas propias reflexións. A reflexión -individual e colectiva- sobre nosa propia práctica, é a ferramenta imprescindible que temos como colectivo para mellorar a nosa intervención e para contribuír, de maneira crítica e racional, á mellora das políticas sociais.

Mantemos a esperanza en que cando transcorran outros 30 anos, os profesionais do sector, que nese momento analicen a traxectoria e a situación dos servizos sociais en Galicia, poidan valorar que os que o fixemos hoxe, contribuímos coa nosa reflexión e co noso esforzo como colectivo profesional, ao logro dun sistema público de protección eficaz e comprometido coas necesidades dunha sociedade tan complexa e nun momento tan difícil como o que nos tocou vivir a nos inicios do século XXI.

REDES SOCIAIS PROFESIONAIS

Asier Epelde Piñeiro. Consultor informático software libre
David Saavedra Pino. Traballador social

RESUMO

As redes sociais estanse a impor na nosa sociedade, marcada pola innegable influencia de internet, nun estándar de comunicación para ámbitos persoais pero tamén nos máis atrasados ámbitos profesionais.

O *networking* supón unha nova experiencia e forma de comunicación entre persoas que teñen algo que ofrecerse unhas ás outras pero que deciden coñecerse, con anterioridade á reunión presencial e física, nun mundo virtual.

Para isto existen numerosos portais web que forman verdadeiras redes sociais de profesionais nos que podemos formar parte activa como membros da comunidade. Algunha destas redes teñen centos de miles de persoas usuarias, Xing ou LinkedIn, e outras millóns, Facebook, pero cada unha delas pode ofrecernos algo interesante para todos os que nos interesamos por esta nova forma de comunicación.

PALABRAS CLAVE

Rede social, internet, Networking, Xing, LinkedIn, Facebook, perfil profesional.

ABSTRACT

The social networks are been imposed in our society, marked by the innegable influence of Internet, in a standard of communication for personal surroundings but also in the most left behind professional fields.

The Networking supposes a new form of communication between people that have something that offer ones to the others but that decide to know, previous to the face-to-face and physical meeting, in a Virtual World.

For this, exist a lot of websites that form true Social Networks of professionals, whitch one can form active part like members of the community. Some of these networks has hundreds thousands of people users, Xing or LinkedIn, and others millions, Facebook, but each one of them can offer us something interesting for all those that us be interested by this new form of communication.

KEYWORDS

Social Network, Networking, internet, Xing, Linkedin, Facebook, personal profile

1. INTRODUCCIÓN. REDES SOCIAIS PROFESIONAIS

A proliferación das chamadas redes sociais profesionais foi unha verdadeira revolución no ámbito laboral. Estas redes virtuais demostran cada día ser unha ferramenta útil para conseguir relacións profesionais, practicar o *networking*, acceder a contactos de calidade así como novas oportunidades laborais. Tamén nos poden axudar a potenciar e/ou reorientar a nosa carreira profesional, abrir novos ámbitos de negocio e proxectos de colaboración e consolidar as relacións existentes ou construír outras novas.

O social media converteuse na revelación do século XXI na *www*. Na actualidade xa non se conciben as relacións sociais, nin as profesionais, sen o uso de internet e as novas tecnoloxías.

Actualmente, no ámbito laboral, tan importante é presentar un bo currículo como ter un perfil definido nas redes sociais no cal expoñamos a nosa traxectoria profesional, os nosos estudos, colaboracións en proxectos e unha rede de contactos consolidada.

2. QUE É ISO DO NETWORKING?

Pódese traducir *networking* por **traballo en rede** ou **xestión da rede de contactos**. Tamén o podemos entender como traballar a nosa rede de contactos. De todos os xeitos, o *networking* é unha forma de entender as nosas relacións sociais e profesionais no día a día.

Para realizar un *networking* eficaz, aconséllase que sexa **proactivo**. Isto significa acudir a eventos (conferencias, cursos, seminarios...) para incrementar a rede de contactos e buscar oportunidades. As redes sociais en liña facilitan, en gran medida, establecer contactos de maneira virtual. Por iso, é interesante buscar oportunidades na rede cruzando os datos do noso perfil virtual e combinar o que **ofrezco** co que **buscan** outras persoas ou entidades.

Por ese motivo, é fundamental, ter un perfil completado cos nosos datos persoais e profesionais nas redes sociais e, así mesmo, usar as palabras claves para que poidan identificar as nosas áreas de interese.

Son tan importantes as relacións que se fan a través das redes sociais en liña, como aquelas que se fan en persoa asistindo a eventos e reunións, os chamados eventos *off-line*. O ideal é a combinación das dúas nunha porcentaxe do 50%. Hoxe en día proliferan as reunións específicas onde practicar o *networking*, onde se pon en contacto diversos profesionais que buscan intereses comúns.

Unha das reunións máis comúns son as *speed networking* onde cada participante dispón de roldas de 6 minutos para presentarse e expor o seu proxecto.

Tamén, outro formato de *networking* é o *elevator speech* (discurso do ascensor) onde nun minuto unha persoa ten que presentar o seu perfil profesional ou entidade.

Tamén o *networking* consiste en construír relacións con persoas que nun principio non coñecemos persoalmente pero que nun futuro poidan querer facer negocios ou que nos poidan contactar con outras persoas interesantes para nós. Segundo a teoría dos 6 graos, todas as persoas do mundo estamos interconectados cunha separación de como máximo seis graos. Por iso, a vantaxe que ten establecer relacións de *networking* é a posibilidade de darte a coñecer a calquera persoa que nos resulte interesante e a posibilidade de adquirir notoriedade e prestixio entre os nosos compañeiros. Ser unha referencia nunha determinada área facilita que os teus contactos te recomenden. Polo tanto, conectar persoas entre si é recomendar contactos profesionais a outros contactos.

Establecer unha rede de contactos permitiranos chegar a persoas clave de maneira máis rápida e directa, ademais de evitar a porta fría grazas ás recomendacións.

O *networking* permite darnos a coñecer coa finalidade de establecer posibilidades de negocio ou postularnos como candidatos a unha determinada oferta laboral. Isto, tal e como comentabamos antes, pasa de adoptar unha posición pasiva onde esperamos a que nos chamen, a tomar a iniciativa participando nas redes sociais e dando a coñecer os nosos produtos, servizos, ideas ou empresa.

Outra potencialidade do *networking* é detectar oportunidades de negocio e coñecer a potenciais socios, retomar o contacto con antigos compañeiros de profesión. E tamén, compartir intereses e afeccións en común.

3. IDENTIDADE DIXITAL. QUE É? COMO XESTIONALA?

Hoxe en día é habitual estar presente nunha ou varias redes sociais. Os perfís que xestionamos dentro desas redes é o que poderíamos denominar identidade dixital. Cada persoa ten a súa e xestionala correctamente é algo necesario e ao que debemos dedicarlle tempo.

O primeiro ao que debemos dedicarlle tempo é a establecer unha estratexia persoal e profesional nas redes sociais: cales son os obxectivos que quero alcanzar e como os vou conseguir. O seguinte é establecer un perfil de referencia. O máis aconsellable é utilizar o mesmo para que nos identifiquen nas diferentes redes sociais. Os nosos son: @saavedrapino en Twitter e saavedrapino, na maioría das redes sociais e asierrep ou asier_epelde nas diversas redes, tanto xeneralistas como profesionais. Isto é conveniente para evitar que nos suplanten a identidade ou que outras persoas xeren unha identidade que poida levar a confusións con outras áreas laborais.

Á configuración deste perfil hai que dedicarlle un tempo co fin de que todos os datos relevantes (coñecementos, actitudes etc.) estean completos.

Se tes presenza en varias redes sociais, integra o teu perfil coas demais presenzas en liña para que sexa máis fácil darte a coñecer e que as outras persoas te atopen. Hoxe en día é posible automatizar esas funcións. Se tes blog, páxina web, conta de Twitter, LinkedIn, Facebook ou Xing sería conveniente que utilizases un cartón de visita virtual.

Igualmente, se tes traballos relevantes ou aos que lles queiras dar difusión podes utilizar unha conta de **Slideshare** (<http://www.slideshare.net/>) para compartir documentos ou presentacións (powerpoints) e dar a coñecer os teus traballos e relatorios.

4. TECENDO UNHA REDE DE CONTACTOS

Tecer e establecer unha rede de contactos e coidala hoxe en día é fundamental. Non só é acumular centos de contactos na miña rede social favorita, senón manter a comunicación constante con eles. Na web social é fundamental: escoitar (o que din as outras persoas), actuar (comentar noticias, eventos, participar en foros e grupos de discusión) e medir (o impacto e a repercusión que teñen as nosas opinións nos demais e nas redes sociais). Polo tanto, non é tanto a cantidade senón a calidade destes contactos.

4.1. A IMPORTANCIA DA REDE DE CONTACTOS

Hoxe en día non é tan relevante a cantidade de coñecementos que posuamos como a posibilidade de coñecer a persoa que teña eses coñecementos e onde se pode acceder a eles.

Así é fundamental coñecer a outros profesionais e compañeiros/as que nun momento dado nos poidan axudar e aos que lle poidamos consultar dúbidas, así como resolvernlos as que eles expoñan. Unha ferramenta moi útil para isto son os foros e os grupos de expertos.

Ex: o portal <http://www.solucionesong.org/> dispón do seu propio equipo asesor onde consultar e contestar dúbidas que outras ONG e asociacións formulen. Os/as profesionais que queiran pódense dar de alta como membros do equipo asesor e participar resolvendo consultas.

4.2. CANTIDADE FRONTE A CALIDADE

Ter centos ou miles de contactos nas nosas redes sociais non é sinónimo de éxito. Aínda que algúns autores comentan que non é necesario discriminar

ningunha solicitude por se o día de mañá se pode converter nun potencial colaborador, tampouco é necesario encher a bandexa de solicitudes de amizade.

O interesante é que eses contactos que temos nos poidan recomendar ante outras persoas para a realización dun futuro traballo, ben porque teñen referencias nosas ou porque foron observadoras do noso traballo.

Tamén o tipo de contactos que temos nas redes sociais, así como grupos, páxinas das cales somos fans ou comentarios din moito de nós. Non está de máis volver repetir que o pensemos dúas veces antes de darnos de alta dun grupo.

O gran potencial das redes sociais foi e é achegarnos a aquelas persoas ou profesionais cos cales teñamos un especial interese en establecer un contacto ou comunicación. Antes era case imposible pornos en contacto cun investigador ou unha investigadora que publicou un estudo que atraeu o noso interese e hoxe en día a través do correo electrónico e das redes sociais podemos pescudar máis sobre a súa traxectoria profesional, pornos en contacto e mesmo ofrecernos a colaborar en novos proxectos.

Tamén cada día é máis frecuente (e necesario) que organizacións e entidades teñan o seu perfil nas redes sociais, co cal o intercambio de información é inmediato e fluído e poden difundir os seus eventos e proxectos en todo momento.

4.3. DESVIRTUALIZAR OS CONTACTOS. EVENTOS *OFF-LINE*

Acode a eventos *off-line* onde desvirtualizar a aquelas persoas coas que mantiveches un contacto en liña. Nas redes sociais existen moitos eventos que permiten este tipos de contactos informais, antes ou despois apetecerache coñecer persoalmente e coas que desexes establecer vínculos laborais que vaian máis aló dunha mera relación virtual. Pódese propor un primeiro encontro informal no cal se poderán suxerir múltiples oportunidades de colaboración.

Algún destes eventos están relacionados co sector da sanidade, como o I Congreso da Blogosfera Sanitaria e que levaba como subtítulo: Democratizando o debate sanitario, organizado pola Fundación Gaspar Casal e celebrado en Madrid o 13 de abril de 2010, no cal se debateu sobre a irrupción das novas tecnoloxías nos temas de saúde, e do cal proximamente se realizará a segunda edición.

Tamén en Santiago, se levou a cabo o 26 de febreiro de 2011 o I Encontro Anual de Social Media en Galicia, COMPOSTWEETS, con especial mención a Twitter.

REDES SOCIAIS PROFESIONAIS

5.1. QUE SON?

A maioría dos que leen este artigo xa terán o seu perfil nas redes sociais de uso máis xeneralista: Facebook, Tuenti... isto xerou a idea errónea que as redes sociais son un instrumento de lecer. As redes sociais desde hai tempo poden usarse para facer *networking*, fomentar as relacións profesionais, consolidar as existentes ou construír outras novas.

5.2. CALES SON AS MÁIS REPRESENTATIVAS?

As redes sociais profesionais máis importantes actualmente son: LinkedIn, Xing e Viadeo. Tamén asistimos á proliferación de redes sociais profesionais temáticas ou verticais como **Spanamed**, que ofrece información sobre sanidade 2.0. ademais de información, experiencias, opinións, vídeos, noticias, foros, proxectos, formación e innovación en saúde. Spanamed é unha rede social española e grazas á cal naceu unha iniciativa moi interesante que é o libro colaborativo Autocoidado da saúde, que está dispoñible en liña. Outra rede social de ámbito sanitario é **Medbook**. E tamén no traballo social, existe **Atenea**, rede social andaluza sobre temas de traballo social.

5.3. QUE NOS PODEN ACHEGAR?

Estas ferramentas axudarannos a relacionarnos con colegas, potenciais clientes ou empregadores, establecer alianzas e colaboracións para traballos ou con persoas con intereses similares aos nosos.

As redes sociais profesionais permítennos ter posicionamento en Google e outros buscadores, isto quere dicir que calquera que nos busque polos nosos nomes e apelidos obterá información profesional de nós, contactos profesionais, establecer credibilidade na nosa área profesional baseada na experiencia e os nosos coñecementos, participar activamente en grupos especializados de interese, ser recomendado ante outros profesionais e empresas, facer *networking* e contactos sociais, publicar e publicitar as nosas presentacións, vídeos e traballos, acceder a ofertas que non se publican noutros formatos, buscar e atopar traballo...

5.4. O EXEMPLO DE XING

O nacemento de Xing foi en 2003, e foi configurada como unha rede de contactos internacionais, da que formarían parte tanto empresarios, empregados, traballadores autónomos, alumnos, estudantes e demandantes de emprego.



Logo de Xing, rede social de marcado carácter profesional.

Xing posúe en España máis de 1.200.000 usuarios, e é a rede máis relevante do noso país, por encima de LinkedIn, que apenas supera a metade desa cifra (Fonte: Socialnets. La insospechada fuerza de unas aplicaciones que están cambiando nuestras vidas y nuestros trabajos).

O crecemento de Xing no noso país veu dado, en parte, por unha política de crecemento que incluíu a compra das dúas redes máis importantes de *networking* profesional: Neurona e eConozco.

Aínda que actualmente esta expansión se viu truncada ao pechar Xing as súas oficinas en España (2).

As funcións da rede profesional XING son:

- **Xestión do perfil profesional** en XING con datos de contacto, estudos, ocupación actual, busco e ofrezco, intereses, información sobre contactos directos, actualización de estado (que estou a facer neste momento ou información relevante).
- **Procura** de contactos, grupos de interese, redes profesionais, ofertas de emprego...
- **Mensaxes directas** (mensaxes privadas entre contactos), notificacións de eventos e *newsletters* de grupos de interese.
- **Contactos** directos e xestión de solicitudes de contacto enviadas e recibidas.
- **Grupos** de traballo e interese aos que pertenzo e grupos dos que son moderador ou comoderador.
- **Eventos** que organizo persoalmente ou desde a miña entidade, así como notificacións de eventos que se van realizar.
- **Ofertas de emprego**, información sobre **empresas** e **ofertas** e descontos de *partnets*.

5.5. LINKEDIN

LinkedIn (<http://www.linkedin.com/>) é unha das redes sociais profesionais pioneiras e máis importante do mundo. Vai moito máis alá dun mero currículo en liña (tal e como é percibida aínda por moitos), senón unha ferramenta para conseguir reputación e posicionamento profesional.



LinkedIn, e outra importante rede social profesional.

É lanzada en 2003, e os seus fundadores convidan os seus 350 contactos máis importantes que tiñan, ao mes xa contaban con 4.500 membros na rede.

Este crecemento chega a hoxe en día co reto de superar os 100 millóns de usuarios en todo o mundo, e convertese na grande axenda de contactos do século XXI.

Así podemos definir a LinkedIn como a maior rede social de profesionais que conecta a profesionais e empresas e axúdaos a intercambiar coñecementos, ideas e oportunidades.

Algúns dos motivos para estar presente en LinkedIn son:

- Expandir a túa rede profesional.
- Mostrar a túa experiencia laboral pero máis importante: os teus logros e recomendacións de colegas/clientes.
- Deixar que outros te atopen e contacten máis facilmente.
- Reconectarte ou volver contactar con vellos amigos e compañeiros de universidade.
- Coñecer persoas cos teus mesmos intereses/afeccións a través dos grupos.

En resumo, LinkedIn permite, que te manteñas informado cos teus contactos e co teu sector profesional (traballo social etc.), atopar as persoas e os coñecementos que precisas para conseguir os teus obxectivos e controlar a túa identidade profesional en liña.

Entre as funcionalidades que ofrece LinkedIn están as seguintes:

- **Páxina de inicio**, onde se mostran as actualizacións do noso perfil e estado, e información relevante sobre a actividade dos nosos contactos.
- **Perfil** (profesional), información de contacto e experiencia profesional, estudos etc.
- **Contactos**. Aquelas persoas ou profesionais que están dentro da nosa rede de contactos. LinkedIn é máis selectivo á hora de incorporar contactos e só permite contactar con aquelas persoas ou profesionais que teñamos un contacto directo anteriormente. O cal é positivo para manter a calidade da rede. O rexeitamento de moitas solicitudes de contacto é sancionada.
- **Grupos**. Categorizados por temas onde se comparten noticias, debates e intereses comúns) permiten atopar e interactuar con expertos sobre distintos temas.

Tamén existen ferramentas como as **Respostas** (preguntas da comunidade onde se elixe a mellor resposta dándolle o título de experto ao profesional).

- **Emprego.** Unha das finalidades das redes sociais é a procura de ofertas de emprego. Actualmente moitas destas ofertas xa só se publican nas redes sociais e en portais de emprego. Neste caso permite atopar empregos por palabras craves (traballo social etc.).
- **Caixa de correos.** Envío de mensaxes e invitacións aos contactos.
- **Empresas.** Permite buscar e gardar aquela información sobre empresas que nos interesan.

Pódese atopar unha guía de uso de LinkedIn na seguinte ligazón http://empezarenlinkedin.com.ar/profesionales_conectados.pdf

6. CREANDO COMUNIDADE. POR QUE É IMPORTANTE PARTICIPAR NOS FOROS?

A principal característica da web 2.0. contra a web 1.0. é o intercambio de información entre os usuarios. Co cal prima a interacción entre eles que se logra a través de diferentes aplicacións da web que facilitan a tarefa de comentar noticias e a colaboración en determinadas tarefas.

Unha das ferramentas máis clásicas son os foros onde unha persoa pode “subir” un tema de interese ou comentario e a través dun “fío” iniciar unha conversación. Actualmente a maioría das redes sociais dispoñen da ferramenta para compartir e/ou comentar unha noticia ou un texto.

Ser un usuario activo é conveniente xa que a través do comentario de noticias e información xéranse sinerxías e colaboracións que poden chegar a ser frutíferas. Así como adóitase dicir que un blog aliméntase dos teus comentarios, tamén a presenza nas redes sociais require que sexamos membros activos e non simplemente nos quedemos en meros observadores.

7. UNHA APROXIMACIÓN AO FENÓMENO FACEBOOK

É posible que a mellor definición de Facebook a poidamos atopar sen saír da web 2.0, exactamente na Wikipedia:

Facebook é un sitio web de redes sociais creado por Mark Zuckerberg e fundado por Eduardo Saverin, Chris Hughes, Dustin Moskovitz e Mark Zuckerberg. Orixinalmente era un sitio para estudantes da Universidade Harvard, pero actualmente está aberto a calquera persoa que teña unha conta de correo electrónico. Os usuarios poden participar nunha ou máis redes sociais, en relación coa súa situación académica.



Facebook é a rede social xeralista máis importante no mundo.

mica, o seu lugar de traballo ou rexión xeográfica.” (<http://es.wikipedia.org/wiki/facebook>)

Polo tanto, podemos dicir que Facebook é un sitio web que permite a interconexión de numerosas persoas que identificadas a través do seus perfís, teñen algún tipo de vínculo unhas coas outras.

En definitiva é un lugar no que se pon en práctica aquilo do que falamos cando nos referimos a unha rede social.

7.1. PARA QUEN ESTÁ PENSADO FACEBOOK?

Hai tempo que Facebook deixou de ser un lugar no que atopar compañeiros de clase ou vellos coñecidos do instituto. Creados polas pequenas empresas, polo xeral máis dinámicas que as grandes corporacións, empezaron a xurdir perfís corporativos, non só empresariais senón tamén de ONG e outras organizacións, que motivaron a proliferación deste tipo de perfís que apostaron por unha nova estratexia comunicativa.

Facebook non tivo máis remedio que adaptar a plataforma para aco-llelos e agora podemos atopar:

1. **Perfís persoais:** o primeiro que adoitamos facer para darnos de alta en Facebook e empezar a comprobar as funcionalidades da plataforma é crear un **perfil de usuario/a**. Nos perfís persoais falamos de AMIGOS (é así como se denominan os membros da rede propia) e existe certa reciprocidade (dúas persoas non son amigas se unha non quere...).
2. **Páxinas comerciais:** tamén chamados en ocasións perfís públicos. Adoitan ser empregados para promover unha marca, empresa, organización... Nas páxinas comerciais falamos de seguidores e facerse seguidor dunha páxina non require permiso previo (calquera usuario/a se pode facer seguidor dunha páxina, queira ou non o seu administrador). As páxinas identifícase con facilidade polo botón de “Me Gusta”, no que tere-mos que facer click se queremos seguir á páxina.
3. **Grupos:** os grupos son agrupacións informadas de perfís que teñen algunha afinidade. Nos grupos fálase de UNIRSE AO GRUPO. Os grupos poden ser abertos ou pechados en función da privacidade do seu contido. Calquera persoa pode crear un grupo.

É probable que a persoa lectora deste artigo xa teña un perfil persoal en Facebook, igual que o teñen máis de 500 millóns de persoas en todo o mundo. Moitas destas persoas fan un uso corrente da aplicación: crean o

seu perfil, publican no seu muro e nos dos seus “amigos”, únense a grupos de afinidade etc.

Imos ver agora o que supón Facebook dende o punto de vista das organizacións -tamén das empresas- e o que pode significar para a difusión da mensaxe, da publicidade, do servizo e do produto que lle ofrecen á sociedade.

- ♦ Facebook ofrece a posibilidade de comunicarnos con outros a través de numerosas ferramentas e estratexias que iremos vendo. En realidade, o noso muro de Facebook, xa sexamos un perfil persoal, grupo ou institución, pode considerarse como unha nova páxina web, pero na que resulta de vital importancia a relación cos visitantes:
- ♦ Temos que estar en disposición de buscar as achegas das persoas usuarias de Internet. O noso maior interese debe estar en satisfacer a necesidade de todo aquel visitante potencial: publicar contido axeitado, gañar a confianza dos internautas... pero sobre todo favorecer a súa participación.

Neste sentido, podemos considerar que as persoas usuarias serán as que nos irán marcando a idoneidade dos contidos publicados non noso perfil corporativo.

- ♦ O perfil corporativo en Facebook pode servírnos, tamén, para atopar a bos compañeiros de viaxe. A selección de grupos permite discriminar determinados perfís como axeitados ou non. Para as empresas, Facebook xa é un lugar no que poder atopar o mellor candidato a un novo posto de traballo.
- ♦ Que están facendo as entidades do noso contorno? Coñecer o que fan outras entidades do noso sector é unha boa estratexia, non a única, para estar ao tanto do que sucede ao noso redor. Por iso, seguir a súa actividade, interactuar e cooperar con elas pode ser altamente rendible.

7.2. OS GRUPOS

No mundo real un grupo de persoas está formado por xente que se xunta porque comparte afeccións, intereses... En Facebook podemos dicir que é o mesmo.

Un grupo é un sitio onde a xente poderá deixar as súas opinións, as súas ligazóns, comentará o publicado por outros ao redor dun tema común. Permítenos interactuar con outros membros (que non teñen por que ser amigos/as persoais) que ten os mesmos intereses.

Calquera persoa con perfil en Facebook pode crear un grupo que poderá ter calquera denominación imaxinada ou por imaxinar. En Facebook podemos atopar milleiros de grupos sumamente interesantes para os nosos obxectivos pero tamén outros milleiros de grupos creados sen moito sentido.

As funcionalidades dos grupos pódense considerar certamente limitadas, aínda que é probable que sexa suficiente para a función que están cumprindo:

- ♦ Muro: onde a xente pode interactuar co grupo. Ver o que o resto escribiu, comentar...
- ♦ Información: unha pouca información do grupo, para que é, quen pode entrar.
- ♦ Foros: un foro demasiado simple.
- ♦ Fotos: unha zona onde os membros do grupo poden subir as súas fotos (se así o estableceu o administrador do grupo ao crealo).
- ♦ Vídeos: unha zona de vídeos na que incluír material multimedia.

QUE É O QUE VEMOS DUN GRUPO E COMO SEGUILO?

Para seguir a actividade dos grupos nos que podemos participar, aos que nos tivemos que unir previamente:

- ♦ Imos directamente ao grupo a ver que é o que está a pasar. Para iso, na páxina inicial seleccionamos grupos, aí vemos os grupos nos que estamos metidos.
- ♦ Seguimos a ligazón do que nos interese e xa poderemos estar ao tanto do que ocorre nos grupos dos que formamos parte e se o permiten, participar neles.
- ♦ Se un amigo noso que está metido no grupo, pon algo neste, entón verémolo na páxina de inicio de Facebook.
- ♦ Os administradores do grupo envíanlles un correo a todos os membros do grupo, polo que recibo o dito aviso no meu correo e vexo que hai movemento. Isto fai que me acorde que existe o grupo e vou visitalo. Iso si, como o administrador do grupo me bombardee de correos e non sexan realmente interesantes para min, dareime de baixa.

O DINAMIZADOR DOS GRUPOS

Do que nos daremos conta co uso do Facebook é que recibiremos invitacións para participar en grupos, unirémonos a eles, e logo non os segui-

remos en absoluto, esquecerémonos deles. Un grupo require alguén que o dinamice por baixo, que mande recordatorios, resumos do que vai pasando... senón o máis probable é que morra.

7.3. PÁXINAS EN FACEBOOK

Tal e como vos dixemos, detrás das páxinas o que atoparemos serán empresas, marcas, institucións que crean as páxinas para poñerse en contacto cos seus seguidores e/ou consumidores presentes e futuros. O obxectivo das páxinas adoita ser, basicamente, converterse nun canal de comunicación máis ou menos informal nun contorno no que hai millóns de persoas.

Un detalle que hai que ter moi en conta é que en contra do que sucede nos grupos nas páxinas non temos maneira de coñecer a identidade da persoa que exerce o labor de administración nin da que a creou. Isto débese, entre outras cuestións, a que quen crea unha páxina acepta ser o representante desta. Isto implica varias cousas: non é suficiente con ter un perfil persoal para crear unha páxina e é necesario que a páxina que imos crear teña algún tipo de existencia xurídica *off-line* (non podemos inventar o nome dunha páxina, por exemplo).

7.4. COMO SEGUIR UNHA PÁXINA?

Do mesmo xeito que dunha persoa nos facemos amigos e a un grupo nos unimos, en Facebook a nosa relación cunha páxina é unha relación de seguidor. Aceptamos “Me Gusta” para poder seguir o que se di nela.

Do mesmo xeito que nos facemos membros dun grupo, para facernos seguidores dunha páxina temos varios motivos:

- ♦ Porque nos interesa unha temática e facemos unha busca nas páxinas de Facebook. Similar ao visto en Grupos, pero filtrando por páxinas.
- ♦ Por suxestión: non coñecemos de nada a páxina, pero chéganos un correo dun amigo suxeríndonos que nos fagamos seguidor dela. Similar ao correo que nos chegaba para unírnos a un grupo.
- ♦ Porque vimos en Facebook que un amigo se fixo seguidor dunha páxina e tras visitalo parécenos que pode ser interesante.
- ♦ Porque vimos publicitado na páxina dunha empresa/institución coa que temos trato. Cada vez é máis habitual nunha web que nos dean información de onde podemos atopalos nas redes sociais.

Unha páxina variará moito doutra. Algunhas serán máis bonitas, máis feas, con máis funcionalidade, menos... dependendo de quen a leve, cal sexa o seu obxectivo, os seus coñecementos do medio e tamén con base ao orzamento que poidan ter para investir e traballar na páxina.

Algunhas das accións que podemos facer nas páxinas son:

- ♦ Facernos seguidores se nos interesa seguir o que se di. A páxina non ten que ver nada connosco, os seus creadores non teñen por que ser amigos nosos, nin sequera teñen por que ter acceso aos nosos datos, fotos, nin nos teñen que dar permiso para que podamos facernos seguidores... a diferenza dunha conexión de amizade.
- ♦ Podemos ver as diferentes pestanas que temos na páxina: participar no muro (se o creador da páxina nolo permite), subir fotos (se está permitido)... Haberá máis ou menos pestanas segundo os creadores da páxina o decidiron.
- ♦ Filtros: podemos premer en filtros e discriminar se queremos ver a información publicada no muro polo administrador da páxina, polos seus membros ou por ambos os dous (isto tamén depende de como o configurou o creador da páxina).
- ♦ Suixerirlles esta páxina aos meus amigos. Se creo que a páxina lle pode interesar a algún amigo meu, selecciono esta opción e poderei enviarlles aos amigos que elixa un correo suxeríndolles que se fagan seguidores dela.

A diferenza do que sucede cos grupos, as publicacións dunha páxina vémolas na nosa páxina de inicio.

Así que aquí será onde iremos vendo as novidades da páxina. Iso si, temos que ter en conta que no noso muro só veremos as publicacións dos administradores das páxinas das que somos membros (e non de todos os seguidores, isto faise para evitar o colapso do noso muro se somos seguidores dalgúna páxina con milleiros de seguidores que publican algo continuamente).

Podemos directamente dicir que nos gusta comentar ou compartir a publicación do mesmo xeito que aprendemos á hora de participar. Iso si, a diferenza cun perfil de usuario (onde ou usuario recibe unha notificación cando alguén comenta unha publicación súa), cando comentamos algo publicado por unha páxina, os seus creadores non son notificados por correo do dito comentario. Así que pode ser que se non fan un seguimento exhaustivo das mensaxes de usuario, este comentario se perda.

PÁXINAS FRONTE A GRUPOS EN FACEBOOK

Imos ver a diferenza que existe entre páxinas e grupos nun cadro resumo coas características principais duns e doutros:

	Grupo	Páxina
Finalidade	Fomentar a colaboración dos seus membros ao redor do obxectivo do grupo.	Transmitirlles información aos seus fans. Pensadas para empresas, marcas, produtos, organizacións, figuras públicas e outras entidades.
Visibilidade externa	Antes NON se indexaban nos buscadores. Agora SI.	SI se indexa nos buscadores.
Personalizar URL	NON	SI
Visibilidade interna	Vemos as mensaxes deixadas por algún amigo noso no muro do grupo ao que pertencemos ambos os dous.	As mensaxes do muro escritas polo administrador da páxina aparecen na páxina de inicio dos seguidores desta.
Usuarios	Máximo 5.000 membros	Seguidores ilimitados.
Logo/Fotos	SI, pero só un álbum, todas xuntas	SI e podemos crear cartafóles.
Muro/Wall	SI	SI
Mensaxes	Por correo electrónico interno.	Por actualizacións (similares aos correos electrónicos internos). Hoxe en día teñen máis visibilidade que antes.
Importar Blog RSS	Non	SI
Ligazóns/Links	SI	SI
@ Tags	SI	SI
Eventos	SI	SI
Foro	SI	SI
Vídeo	SI	SI
Enquisas/Polls	Non	SI
Engadir aplicacións	Non	SI
Anuncios/Social Adds	SI	SI
Estatísticas/ Stats	NON	SI, aínda que non demasiadas
Moderación	Manual	Manual

Se pertences a un grupo, na túa páxina de inicio só verás as publicacións dos teus amigos no dito grupo, non verás as publicacións de calquera (aínda que sexa un administrador do grupo).

As páxinas permítenlles aos administradores actualizar ou seu estado, publicar ligazóns, fotos e vídeos no muro, o que se reflicte directamente en que lles proporciona unha maior visibilidade ás publicacións das empresas e unha maior relevancia ante as persoas usuarias.

As páxinas de Facebook ofrecen unha **pequena páxina de estatísticas**, onde poderás ver un pouco de información útil como administrador da páxina: seguidores, número de baixas, países máis populares, datos demográficos, vistas da páxina, consumo de medios, interaccións, publicacións etc.

Ademais tamén nos permite incrementar as nosas posicións en buscadores como Google, e máis se eliximos un bo nome para a nosa páxina.

DESVANTAXES DAS PÁXINAS

- Cando publicamos un evento non podemos mandarlles aos nosos seguidores un aviso por correo electrónico (nun grupo si que o podemos facer).
- Desde unha páxina non temos a opción que ten un grupo de enviarlles unha mensaxe a todos os nosos seguidores, só temos a opción de enviar unha “actualización”, que non é o mesmo, e moita xente non le nunca o contido das actualizacións.
- Un grupo non podemos convertelo nunha páxina, así que mellor pensamos ben antes de crealo.

DESVANTAXES DOUS GRUPOS

- Só son visibles para usuarios de Facebook aínda que hai unha parte pública que a indexa Google, é pouco o que se ve.
- Non lle podo engadir máis aplicacións ao grupo.
- Os usuarios teñen que ser proactivos, teñen que ir ao grupo e ver se hai novas discusións, entradas.

COMMUNITY MANAGER: UNHA NOVA FIGURA

Co auxe das redes sociais e xa non só mirando a Facebook, sae unha nova figura nas empresas: o *Community Manager*.

Unha cousa é crear unha páxina ou un grupo en Facebook, algo realmente sinxelo e intuitivo que apenas suporá ningún esforzo para as lectoras.

Agora vén o traballo de alimentar a páxina ou de dinamizar o grupo. E de seguir e contestar as suxestións de usuarios, e de ver que fai a nosa competencia etc.

Se pretendemos dinamizar un grupo ou unha páxina dende unha organización ou entidade pequena, faremos o que poidamos en función dos nosos propios obxectivos (que han de ser realistas) pero se queremos traballar sobre Facebook (aínda que tamén se aplica a outras redes) podemos contar coa figura do *Community manager*.

Esta figura será a encargada de dinamizar os perfís, de asistir a xornadas e encontros *off-line* e, en definitiva, de lle sacar o máximo rendemento posible á nosa presenza en internet.

8. BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS:

8(2) Xing cierra su oficina en España. (en liña) <http://www.expansion.com/2010/12/22/empleo/mercado-laboral/1293014055.html> Expansión y empleo. 22.12.2010. Madrid

LECTURAS RECOMENDADAS.

Socialnets. Redondo Martín, José Antonio. Ediciones península, 2010
Net... qué? Networking para todos. Porras, Antoni. Editorial CEF, 2010
Conectados. Christakis, Nicholas A., Fowler, James H., Editorial Taurus, 2010
Faceboom, Faerman Juan, Editorial Alienta, 2009

ARTIGOS DE INTERESE:

- EQUIPOS Y TALENTO. (2011) *Las mujeres lideran el crecimiento de la red profesional XING en España.* <http://www.equipostrytalento.com/noticias/2010/11/16/las-mujeres-lideran-el-crecimiento-de-la-red-profesional-xing-en-espana> (Consultado el 02.11.2011).
- FÁTIMA MARTÍNEZ LÓPEZ. (2010) *La importancia de las tarjetas de visita.* <http://fatimamartinezlopez.com/2010/11/18/la-importancia-de-las-tarjetas-de-visita/> (Consultado el 02.11.2011).

- MIKI. (2010). *Entrevista - Redes Sociales Profesionales : Xing, LinkedIn y Viadeo*. <http://www.soygik.com/entrevista-redes-sociales-profesionales-xing-linkedin-y-viadeo/> (Consultado el 02.11.2011).
- CommunityManager.eu (2010). *Herramientas de monitorización para el Community Manager*. <http://www.socialblabla.com/herramientas-de-monitorizacion-para-el-community-manager.html> (Consultado el 02.11.2011).
- BEATRIZ REVILLA. (2011). *¿Quieres organizar la comunicación en tu organización?*. http://www.fundacionluisvives.org/actualidad/noticias/archivo/2011/01/11/_quieres_organizar_la_comunicacion_en_tu_organizacion_.html (Consultado el 02.11.2011).
- JESÚS SANCHO. (2011). *Antoni Porras: “La identidad digital no es sólo tener un perfil, también hay que cuidar su reputación”*. <http://www.lavanguardia.es/internet/20110112/54100500871/antoni-porras-la-identidad-digital-no-es-solo-tener-un-perfil-tambien-hay-que-cuidar-su.html> (Consultado el 02.11.2011)
- EMILIO MÁRQUEZ. (2010). *7 Consejos para asistir con éxito a una reunión de Networking*. <http://emiliomarquez.com/2010/04/27/consejos-reunion-de-networking/> (Consultado el 02.11.2011)
- ÓSCAR DEL SANTO. (2011). *LinkedIn: encuentra trabajo y construye tu ‘personal branding’*. http://www.oscardelsanto.com/linkedin_encontrar_trabajo/ (Consultado el 02.11.2011)
- SOCIAL MEDIA MARKETING. (2010). *7 pasos para tener una presencia exitosa en las redes sociales*. http://www.marketingdirecto.com/actualidad/social-media-marketing/7-pasos-para-tener-una-presencia-exitosa-en-las-redes-sociales/?utm_source=wordtwit&utm_medium=social&utm_campaign=wordtwit (Consultado el 02.11.2011)
- JJ VELASCO. (2010). *Diez herramientas gratuitas para monitorizar lo que se dice en la red*. <http://bitelia.com/2010/11/diez-herramientas-gratuitas-para-monitorizar-lo-que-se-dice-en-la-red> (Consultado el 02.11.2011)
- EMILIO MÁRQUEZ. (2010). *Consejo de Networker: Conoce a tus contactos y no “engordes” tu agenda*. <http://emiliomarquez.com/2010/01/14/consejo-de-networker-conoce-a-tus-contactos-y-no-engordes-tu-agenda/> (Consultado el 02.11.2011)

PÁXINAS DE REFERENCIA:

http://www.fgcasal.org/fgcasal/blogosfera_sanitaria.asp
<http://spanamed.ning.com/>
<http://knol.google.com/k/internet-medical-publishing/libro-colaborativo-autocuidado-de-la/23lvr9hhdbqmt/1?hd=ns#>

A COMISIÓN TÉCNICA INTERINSTITUCIONAL SOBRE O MENOR: UN PROXECTO DE TRANSVERSALIDADE ADMINISTRATIVA

*Andrés Martín Jiménez. Diplomado en Ciencias da Educación. Educador adscrito ao
Equipo Técnico da Fiscalía e ao Xulgado de Menores da Coruña.
Elena Rivas Vieites. Licenciada en Filosofía e Ciencias da Educación (Pedagogía: Especialidade en
Intervención Socio-Educativa) pola Universidade de Santiago de Compostela. Pedagoga nos
Equipos Técnicos do Menor da provincia da Coruña*

RESUMO

A finais dos anos 80 do pasado século, Galicia foi protagonista dunha experiencia de colaboración vertical (diferentes niveis de poder territorial), horizontal (diferentes sectores/servizos no mesmo nivel territorial) e transversal (diferentes sectores nos distintos niveis arredor dun mesmo eixe: o menor), pioneira no eido do traballo social da nosa contorna. Foi un exemplo de boa praxe que partiu das inxedanzas e de moitas doses de voluntarismo dos profesionais e, por outra banda, as autoridades souberon recoñecer o valor desta ferramenta de traballo que supuña a creación dun recurso que non era suplementario doutros existentes, senón complementario, o que incrementaba o potencial de cada un deles a través da coordinación entre todos. Mantívose vixente durante dous decenios con excelentes resultados, foi modelo e referente para outras experiencias, mesmo para outras comunidades autónomas, que gababan a valentía da súa implantación. Pero nos últimos tempos comezou a decaer ata a súa desaparición, xusto cando en Europa se avoga por potenciar estes procederes como fórmula de optimización dos recursos e de xestión eficaz. E isto fai-nos cuestionar: non sabemos poñer en valor os nosos logros ou méritos?, teñen que facérnolo ver desde fóra?, ou non temos realmente vocación europeísta?

RESUMEN

A finales de los años 80 del siglo pasado, Galicia ha sido protagonista de una experiencia de colaboración vertical (diferentes niveles de poder territorial), horizontal (diferentes sectores/servicios en el mismo nivel territorial) y transversal (diferentes sectores en los distintos niveles alrede-

dor de un mismo eje: el menor), pionera en el ámbito de trabajo social de nuestro entorno. Fue un ejemplo de buena praxis que partió de las inquietudes y de muchas dosis de voluntarismo de los profesionales y, en algún momento, las autoridades han sabido reconocer el valor de esta herramienta de trabajo con la creación de un recurso que no era suplementario de otros existentes, sino complementario, que incrementaba el potencial de cada uno de ellos a través de la coordinación entre todos. Se mantuvo vigente durante dos decenios en base a los excelentes resultados conseguidos, fue modelo y referente para otras experiencias, incluso para otras comunidades autónomas que alababan la valentía de su implantación. Pero en los últimos tiempos comenzó a decaer hasta su desaparición justo cuando en Europa se avoga por potenciar estos procederes como fórmula de optimización de recursos y de gestión eficaz. Y esto nos hace cuestionarnos: ¿no sabemos poner en valor nuestros logros o méritos?, ¿nos lo tienen que hacer ver desde el exterior? o ¿no tenemos realmente vocación europea?

ABSTRACT

At the end of the eighties of the newly passed century, Galicia was a protagonist of a experience of vertical collaboration (different levels of territorial power), horizontal (different sectors a territorial power identical) and transversal (different thematics surroundings from a same axis: the minor), pioneer in the field of social work of our surroundings. It was a good example of praxis that it left from the restlessness and many doses of voluntarism of the professionals, and that in some instant the authorities they knew to recognize the value of these tools of work with the creation of a resource that was not additional of other existing, but complementary that it increased the potential of them to the net one of the coordination among all. One stayed during two decades in base to the excellent results, was model and referent for other experiences, even for other CC.AA. that the praised courage of its implantation. But in the last times began to decay horn his disappearance, exactly when in Europe it is pleaded to harness these behaviors like formula of optimization of resources and effective management. And this makes us question to us: do we not know how to put our achievements or merits in value?, us has it to make see from outside?, or do we not have really pro-European vocation?

I. CONTEXTUALIZACIÓN

España é un país descentralizado. A necesidade de configurar a Administración ordinaria (xestións habituais) e única (simplificación da Administración periférica do Estado) no seu territorio e, atendendo á súa diversidade, vén do modelo constitucional (art. 103.1 da Constitución) e da realidade do Estado autonómico. A Administración, na procura dunha xestión áxil e eficaz, debe servir con obxectividade os intereses xerais e actuar de acordo cunha serie de principios xurídicos que a rexen: eficacia, xerar-

quía, desconcentración e coordinación (recollidos en diferentes textos legais como a Constitución, a Lofaxe e outros, son un referente na experiencia que imos describir). É preciso, polo tanto, acometer procesos de simplificación administrativa dende unha perspectiva organizativa, eliminar e evitar posibles duplicidades e conseguir “unha mellora na calidade dos servizos que se lle prestan ao cidadán”. Isto implica un modelo dinámico e evolutivo. Achegar a Administración ao cidadán é un factor de progreso e modernidade, e tamén de eficacia e inmediatez.

Ao longo destes últimos anos, en Europa desenvolveuse unha progresiva descentralización, o que supuxo delegar máis poderes na sociedade e pasar do ámbito nacional ao rexional e, á súa vez, ao local. A finalidade deste proceso é aumentar a participación da comunidade na toma de decisións e, cunha concepción máis sistémica, atinxir unha maior flexibilidade e un bo servizo á comunidade, co consenso de institucións sociais, empresas e medios de comunicación. En Europa, estase a vivir un período de crise con cambios que afectan a todas as dimensións da sociedade. Trátase en realidade dun proceso de transformación profunda. E ante todos estes cambios sociais, económicos, laborais, familiares etc., Europa necesita ideas novas, novas respostas aos novos e vellos problemas.

Non obstante, a sociedade española, en xeral, e a súa clase e sistema político, en particular, non puideron ou non quixeron definir un sistema completo e coordinado de competencias e funcións nos distintos niveis territoriais e institucionais. Polo tanto, todo se fai máis difícil, máis complexo, coa peculiaridade de que habitualmente moitas entidades públicas intentan facer as mesmas cousas, no mesmo territorio e coa mesma poboación.

Ante problemáticas que afectan a varios sectores, preséntase o problema da repartición competencial, elemento de especial importancia, no que debe harmonizarse a cooperación e a coordinación de todos os niveis de poder territorial e a coordinación horizontal das diversas políticas que se proxectan nestes complexos espazos. A colaboración sectorial, por exemplo, de ámbito intermunicipal e desenvolvida a maior parte das veces a partir dunha tarefa específica, presenta á súa vez algunhas lagoas, especialmente a ausencia de visión de conxunto ou de coordinación, a falta de transparencia, responsabilidades mal definidas, así como pouco control democrático directo ou posibilidades de participación. Uns órganos de cooperación transectorial permiten relativizar parcialmente estas dificultades.

Como fórmula de optimización de recursos e xestión eficaz ante problemáticas plurisectoriais, destaca a experiencia levada a cabo pola Confederación Helvética, no ano 2004, para a promoción da colaboración vertical e horizontal. A devandita experiencia vainos servir de elemento comparativo coa realidade obxecto do presente estudo.

No informe resultado do traballo do grupo técnico da dita comisión conclúese:

A. Obxectivos dunha mellor colaboración.

As estruturas de colaboración deberían dirixirse a dous fins principais:

- a) Garantir unha xestión eficaz nas tarefas, o que implica procedementos simples e rápidos que faciliten a toma de decisións coordinadas e que teñan forza vinculante para todos os municipios integrados.
- a) Ter en conta as esixencias democráticas.

B. Modelo de estrutura.

Un consello supramunicipal decide sobre todas as cuestións estratéxicas intersectoriais:

- a) As súas decisións son vinculantes para todos os municipios.
- b) Este modelo non implica a creación dun nivel territorial suplementario, pois a execución das tarefas e o financiamento seguen sendo tarefa do cantón ou do municipio e, polo tanto, tampouco dispón de autonomía fiscal.

C. Papel do nivel territorial superior.

Cumpre unha función moi importante no proceso de elaboración de estruturas. Asígnaselle un nivel de arbitraje política a este nivel territorial superior, pero sempre dende unha perspectiva de partenariado (*partenaire*).

D. A estratexia perseguida para alcanzar os obxectivos comprende varios eixes de acción e persegue, fundamentalmente, unha mellor coordinación das políticas sectoriais da confederación -para o que ten en conta as necesidades particulares e concédelles unha especial atención aos diferentes ámbitos políticos da organización do seu territorio-, así como desenvolver un traballo de información, estimular os intercambios de experiencias e sensibilizar a poboación.

E. Entre as medidas propostas, destacan as que favorecen a colaboración vertical (incorporación das cidades e dos municipios á elaboración da política federal nos ámbitos importantes para os diferentes territorios) e a colaboración horizontal (garantía dunha planificación coherente da ordenación territorial, así como garantía dun apoio técnico e financeiro para a aplicación de proxectos piloto innovadores que teñen por obxecto a cooperación).

II. XÉNESE DA COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL SOBRE O MENOR DA PROVINCIA DA CORUÑA

Dende o ano 1986, na cidade da Coruña víñanse reunindo técnicos de diferentes administracións que abordaban problemáticas arredor do menor, e así xa no **I Encontro de Coordinación Interinstitucional da Coruña e Bisbarra** celebrado nese ano expónse a necesidade de crear unha estrutura que coordine as accións das diferentes administracións, pois detectábanse fallos na resolución de problemáticas complexas, por razóns como: solapamentos de actuacións de diversos servizos, coincidencias de funcións, inflación dalgunha delas (como diagnósticos), deficiencias ou ausencia doutras (seguimentos, tratamentos), discrepancias de criterios entre servizos, e tamén o paso de casos duns organismos a outros... No **II Encontro** celebrado en decembro de 1989 no Pazo de Mariñán (ao que asisten 37 profesionais de 17 servizos da Coruña e bisbarra), vólvese poñer de manifesto esta necesidade imperiosa de coordinación, sen ser escoitada novamente por parte das autoridades. É entre abril e xuño de 1990, unha vez asentado o novo Goberno da Xunta, cando unha representación dese grupo de técnicos mantén unha charla co novo presidente da Xunta na que lle traslada estas inxedanzas profesionais, e obtén o eco ansiado. Foi así como, ao abeiro do Decreto 437/1990, do 6 de setembro, publicado no *Diario Oficial de Galicia*, o 21 de setembro de 1990, se creou a Comisión Técnica Interinstitucional do Menor (CTI), que especifica os seus motivos, adscripción, carácter, funcións, composición e facultades. Deste xeito, esta comisión provincial convértese en motor e modelo para as demais comisións, ao tempo que é impulsora destes e doutros dispositivos que culminarán na Comisión Interinstitucional Galega. Precisamente por iso foi a que presentou maior dinamismo, volume e diversidade de actividades e actuacións acometidas, motivo polo que ademais será eixe central e referente neste estudo.

Coexistirían, polo tanto, as comisións provinciais e as comisións locais (e, a partir do ano 1992, a Comisión Técnica Interinstitucional de carácter autonómico).

As comisións locais distribuíronse xeograficamente sobre a base da distribución territorial dos equipos psicopedagóxicos de educación e, por exemplo, a provincia da Coruña quedou dividida en 8 sectores. Estas comisións locais funcionaron de modo intermitente, salvo a da comarca da Coruña, que sempre rexistrou un nivel maior de actividade (onde xurdira como necesidade dos propios técnicos). A Comisión Provincial da Coruña funcionou de xeito máis continuo, pero foise apagando co paso dos anos. O seu funcionamento mingunte tivo relación directa coa politización do seu funcionamento e, na medida en que os técnicos perderon a súa voz, deixou de ter sentido.

As demais comisións provinciais (e locais das respectivas provincias) non chegaron a callar de igual modo, porque o sentiron como algo impos-

to, e non souberon ver nela, nin os técnicos, nin os responsables dos diferentes departamentos, un mecanismo que ofrecía múltiples posibilidades para tantos cambios e melloras, xurdidas da realidade cotiá.

Pero na área territorial na que se desenvolveu seguiu tendo a súa validez e, de feito, sobre todo ao principio, seguiron funcionando subcomisións de traballo especializadas en áreas concretas: saúde mental infantil, ingreso de menores no Centro Fogar Infantil da Coruña, dependente da Deputación Provincial, escolarización/fracaso escolar etc. De feito, naquel momento en que o ensino obrigatorio era ata os 14 anos, e para paliar o abandono prematuro das aulas aos 12-13 anos, o que levaba os menores á rúa ata os 16 cando alcanzaban a idade legal para comezar a traballar, xorde a proposta de crear uns talleres ocupacionais como alternativa para a poboación desescolarizada entre 13 e 16 anos. Atendéronse, aproximadamente, 60 alumnos, pero outro dos atrancos que se atopou foi a dificultade existente para a cuantificación desta poboación, non cadraban os datos dos censos para lle poder ofertar alternativas fiables á poboación real.

FUNCIONAMENTO DA COMISIÓN:

Tras os perceptivos nomeamentos, o 26 de decembro de 1990 tivo lugar a primeira reunión constitutiva, que quedou formada polos seguintes organismos:

Presidente: delegado provincial da Consellería de Presidencia.

Representantes das consellerías provinciais de Educación, Sanidade, Cultura, Traballo e Servizos Sociais (Protección de Menores), Xulgado de Menores, Ministerio Fiscal, Insalud, Deputación Provincial e concellos da Coruña, Ferrol e Santiago. A maioría dos seus compoñentes eran técnicos que xa participaran nos anteriores encontros de coordinación. Nesta primeira reunión, concretáronse as liñas de actuación nos seguintes puntos:

- a) Marcar as pautas de funcionamento das CTI.
- b) Creación urxente das CTI locais.
- c) Darlle solución á casuística grave pendente.
- d) Abordaxe de “grandes temas” considerados así polo seu carácter colectivo e que precupan na zona:
 - 1. Atención aos diminuídos físicos gravemente afectados.
 - 2. Atención a nenos/mozos con graves problemas de conduta.
 - 3. Menores nunca escolarizados.

4. Poboación maior de 13 anos que non segue ningunha formación regulada.

e) Favorecer e afondar no coñecemento e na coordinación profesional.

A. PAUTAS DE FUNCIONAMENTO:

Os membros da CTI provincial que traballaban na zona da Coruña convertéronse, á súa vez, na CTI Local da Coruña.

Adaptouse o exercicio anual ao curso escolar para sincronizar actuacións e a distribución xeográfica das CTI locais ao mapa dos Equipos Psicopedagóxicos de Apoio (Consellería de Educación), por ser nesta institución onde, en última instancia, repercutían a maioría dos problemas.

Acordouse actuar con dinámica de comisión permanente (formada por presidente, secretario e 3 vogais) e comisión plenaria.

Para o debate de casos concretos, citáronse os profesionais directamente implicados nestes e, para a abordaxe de temas relevantes de interese xeral, nomeáronse comisións previas de estudo ou subcomisións.

As CTI locais terían unha composición profesional en función dos servizos existentes na zona.

Funcionarán cun presidente e un secretario elixido entre os seus compoñentes.

Remitiríanlle á CTI provincial unha programación e unha memoria, coincidindo co inicio e co final do curso escolar.

As problemáticas graves abordaríanse nas CTI locais a instancia de calquera profesional, centro ou institución, sempre que se esgotasen todos os medios e recursos á súa disposición nos propios servizos ou sectores. Se a problemática fose moi complexa e se requirise unha actuación institucional que excedese os límites e competencias da CTI local, esta remitiríase-lle á CTI provincial.

B. RESULTADO DAS ACTUACIÓNS:

A memoria do primeiro ano de funcionamento da CTI recolle unha pequena valoración:

a) Consideraron que as pautas de funcionamento acordado resultaron operativas.

- b) Corrixíuse a casuística grave de particulares que se presentou: 6 situacións de problemática complexa que afectaban a, aproximadamente, 10 nenos (minusvalías psíquicas e físicas con dificultades de escolarización, síndrome de inmunidade alterada con graves problemas de normalización na súa vida diaria, problemas graves de conduta, menores non escolarizados nin integrados socialmente que viven nunha situación afectivo-familiar patolóxica e illadas do mundo exterior, repercusións do conflito entre a Xunta e a Deputación para o internamento de menores tutelados no Centro Fogar Infantil da cidade da Coruña. Todos eles con gran repercusión mediática e, por iso, tamén se recoñeceron nos diferentes medios de difusión os logros adquiridos.
- c) Tamén se lles prestou especial atención ás problemáticas que afectaban a colectivos e que tamén, nalgunha medida, se emendaran.

As conclusións desa memoria foron presentadas e debatidas nun dos seminarios do **III Encontro**. No devandito encontro determínase que a intervención coordinada entre as diferentes administracións e organismos é imprescindible.

A finais de novembro dese ano, a Comisión Permanente da CTI Provincial convocou os responsables políticos das diversas institucións implicadas e estes comprometéronse a estudar o tema para establecer o nivel de compromiso e participación das institucións representadas. Entre as propostas efectuadas á Comisión, indican que para o correcto funcionamento das CTI é necesaria:

- a) A promulgación dunha normativa ou dunha orde que desenvolva o Decreto 437/1990 e que especifique as pautas de funcionamento das CTI.
- b) Considerábase urxente a posta en marcha das outras CTI provinciais (aínda que estaban previstas na lei, non se formaran, e precisaban un impulso).
- c) Organización de xornadas autonómicas para a optimización dos recursos públicos.
- d) Solicitude ás autoridades administrativas das que dependían os profesionais que integraban as CTI que lles posibilitasen o tempo e os medios necesarios que requirisen a súa intervención.

En 1992, créase a Comisión Interinstitucional do Menor.

III. CREACIÓN DAS COMISIÓNS TÉCNICAS INTERINSTITUCIONAIS

Observemos un extracto do texto do Decreto 437/1990, do 6 de setembro, polo que crean as Comisións Técnicas Interinstitucionais sobre o Menor:

“O Estatuto de autonomía para Galicia outórgalle competencias á comunidade autónoma nas áreas de servizos sociais, educación, xuventude e sanidade; e en ocasións de modo concorrente con outras administracións públicas, como son as corporacións locais, as deputacións provinciais e a Administración central. Por outro lado, dentro da propia Administración autonómica, son varias as consellerías que teñen atribuído o exercicio das competencias que inciden sobre o menor con problemas sociais, segundo o aspecto sectorial de que se trate, sexa educativo, sanitario ou asistencial. Debido á situación descrita, véñense producindo certas disfuncións ocasionadas pola dispersión competencial, polo que a favor dos principios de racionalidade, economía e eficacia que debe caracterizar toda actuación administrativa é necesario coordinar todas as actuacións desta Administración sobre os menores, creando unha comisión na que estean representadas as diversas consellerías implicadas, así como as demais administracións públicas que na actualidade veñen traballando neste campo. Nesta liña de actuación, convén aproveitar a experiencia de profesionais cun alto índice de cualificación nos mencionados campos e estímase moi positiva a achega de tal colectivo no tratamento conxunto e integral, de carácter multidisciplinar, dos problemas do menor”.

Pódese apreciar que se recolle explicitamente que, na procura dos principios de eficacia e racionalización que rexen a Administración pública, se fai necesaria e conveniente a creación e a consolidación dunha estrutura de coordinación vertical e horizontal que, de xeito oficioso, xa viña funcionando nun eido local determinado. E para garantir o correcto desenvolvemento e o empuxe preciso deste dispositivo, as comisións de carácter provincial adscribíronse por aquel entón ás respectivas delegacións da Consellería de Presidencia e Administración Pública, e actuarían como órgano asesor e consultivo da Administración da Comunidade Autónoma de Galicia en materia do menor, na procura de coordinar as actuacións dos diversos órganos entre si e, na medida do posible, coas de deputacións provinciais, concellos e outros órganos das administracións públicas.

Correspóndelles, entre outras, as seguintes funcións:

- a) Realizar estudos, dende unha perspectiva integral e interdisciplinaria, da situación e das necesidades dos diversos servizos relacionados co menor, en especial no campo sanitario, asistencial e docente.
- b) Elevar unha proposta aos órganos competentes das administracións públicas afectadas relativa ás medidas que se van tomar e sobre os programas de actuación que se consideren máis axeitados ás necesidades.
- c) Elaborar informes e ditames por petición dos órganos competentes da Xunta de Galicia.

- d) Solicitar das diversas administracións públicas toda a información e documentación que lles sexa necesaria para desenvolver mellor as súas funcións, agás as que teñan carácter reservado.
- e) Propoñer e executar as pautas de actuación conxunta dos casos graves, conflitos que, ao non poder ser resoltos polas institucións e polos medios dos propios servizos sanitarios, asistenciais e docentes, requiren unha actuación coordinada dos diversos sectores implicados para que, se é o caso, sexan levadas a cabo polo órgano competente.

Seguindo esta traxectoria, e tras a análise dos logros e necesidades reflectidos na memoria do primeiro ano de exercicio de Comisión Interinstitucional sobre o Menor da provincia da Coruña, creouse a Comisión Interinstitucional do Menor co Decreto 120/1992, de ámbito autonómico, ao tempo que se propiciou o impulso para a creación das demais comisións provinciais.

IV. ANALOXÍAS E ASINTONÍAS COAS POLÍTICAS EUROPEAS ACTUAIS.

É oportuno neste punto deternos a observar as similitudes entre esta experiencia na nosa comunidade autónoma e a referida da Confederación Helvética que, dende as administracións europeas, propoñen como modelo para seguir o resto das rexións do espazo europeo. Obsérvase igualmente a diferenza no tempo. Galicia, ano 1991. Suíza, ano 2004.

Non obstante, en Galicia este modelo de cooperación e coordinación vertical e horizontal xa non existe: a Comisión Galega Interinstitucional do Menor e as Comisións Interinstitucionais sobre o Menor (de ámbito provincial e local) foron derogadas polo Decreto 184/2008, do 24 de xullo, polo que á súa vez se creou o Observatorio Galego da Infancia. Quedaron derogados concretamente os capítulos VI e VII, artigos 121 a 131, do Decreto 42/2000, do 7 de xaneiro, polo que se refunde a normativa reguladora vixente en materia de familia, infancia e adolescencia, que regulan as comisións de ámbito autonómico, provincial e local, e as súas funcións serán competencia, entre outras, do novo órgano colexiado. Pero tal e como se recolle no propio decreto, isto non é exactamente así. Exemplo:

- a) No punto “Realizar estudos e informes técnicos de diagnose da situación da infancia”, co cambio pérdese o enfoque de que debe efectuarse dende unha perspectiva integral e interdisciplinar, para ampliar o ámbito de actuación en Galicia e no mundo!!!
- b) Respecto da actuación coordinada entre os distintos departamentos da Administración, no novo decreto só se fala de “servir de canle para este tipo de colaboración”, pero limítao á

Administración autonómica, co que se perde a coordinación con outras administracións, procurada e lograda nos últimos 17 anos e, por suposto, o carácter vinculante das propostas formuladas e recollidas na Comisión Interinstitucional.

A gran diferenza entre ambas as dúas estruturas é que na CTI os acordos adoptados entre as diferentes administracións (de carácter autonómico, local ou provincial, e fosen do signo político que fosen) eran de obrigado cumprimento, e no Observatorio non.

A necesidade dunha estrutura de maior rango que facilite actuacións conxuntas entre diversos departamentos e/ou administracións pódese apreciar coa posta en funcionamento de mecanismos similares, paralelos e mesmo superpostos, como o foi o Grupo Técnico Interdepartamental sobre Menores en Risco, Desamparo e/ou en Conflito Social, creado o 27 de xuño de 2003 entre as consellerías de Familia, Educación e Sanidade.

Estes procederes o único que deixan de manifesto é a propia descoordinación entre os departamentos e, na busca mesma dunha ferramenta que facilite a coordinación, incorremos no despropósito da descoordinación.

V. DESENVOLVEMENTO, APOXEO E OCASO.

Houbo un par de elementos que condicionaron o funcionamento das comisións que as abocaron a unha morte segura e un punto de inflexión que anunciou o seu declive.

A Comisión Técnica Provincial da Coruña xorde pola inquietude e por iniciativa dun grupo de profesionais preocupados polo seu quefacer cotián e tamén pola falta de respostas a problemas que afectan a infancia, que semellan irresolubles por unha anquilosada burocracia administrativa. Era preciso dinamizala. O recoñecemento público desta disposición e voluntariedade recóllese no propio decreto da súa creación, ao indicar que é conveniente aproveitar a experiencia de profesionais cun alto índice de cualificación e tamén valorar “como moi positiva tal achega”.

As comisións doutras provincias tardaron en poñerse en marcha (aínda que tiñan o dispositivo, foi preciso o mandato) porque inicialmente non souberon ver o seu potencial: non partiu das súas necesidades, non foron consultados, non llelo explicaron e concibírono como algo imposto, unha estrutura suplementaria que lles faría perder tempo para non chegar a nada.

O seguimento do seu funcionamento non estaba previsto, pero si se recollía no decreto a periodicidade prevista das reunións:

- a) Comisión galega: con carácter ordinario, 2 veces ao ano, e con carácter extraordinario, cando se considere oportuno mediante convocatoria feita polo seu presidente.
- b) Comisións provinciais: con carácter ordinario, 3 veces ao ano, e con carácter extraordinario, cando se considere oportuno mediante convocatoria feita polo seu presidente.

Pero nada se especificou en canto a contidos, análise, seguimento, grao de cumprimento... e, polo tanto, non había avaliación.

Existen actas detalladas das reunións celebradas pola Comisión Provincial da Coruña (o que facilitou que, por proximidade, tivéssemos acceso a elas e favoreceu a tarefa de investigación), pero descoñecemos se existen actas das comisións das demais provincias e mesmo da autonómica, co que datos como a composición da comisión, a frecuencia das reunións, os temas tratados, as propostas formuladas ou os logros obtidos non poden terse en conta para unha análise.

E aínda que non poidan ser extrapoladas as conclusións, quizais a análise que efectuemos da Comisión da Coruña poida ter algunha correlación co acontecido nas demais comisións.

Coa entrada en vigor do Decreto 42/2000, as comisións provinciais pasan a adscribirse ás respectivas delegacións provinciais da Consellería de Familia e Promoción do Emprego, Muller e Xuventude. A partir de aí, concorren unha serie de feitos que deben ser valorados:

- a) As actas reflicten que a comisión se reúne cunha periodicidade anual.
- b) Tamén reflicten as persoas convocadas e os asistentes e detéctase un descenso relevante de convocatoria e, xa que logo, de asistencia de técnicos, e o conseguinte incremento de representantes burocráticos. Mesmo se aprecia certo afastamento do ámbito local.
- c) En xeral, os contidos abordados expóñense non como temas que se han tratar na busca de solucións, senón que se fai especial fincapé en resaltar os recursos e/ou os programas que ten ou pon en marcha a consellería convocante e, se acaso, en discutir propostas de melloras en pequenos detalles para a súa aplicación.

Isto non quere dicir que non se abordasen temas importantes e utilizouse mesmo como mecanismo de busca de solucións en problemáticas de especial relevancia e incidencia na Consellería de Familia, como o caso de menores estranxeiros non acompañados (MENAS) e o absentismo escolar. Mesmo neste caso, convocouse a última reunión da CTI provincial en vésperas da súa derogación, coa finalidade de asentar unhas modificacións pro-

postas ao documento de protocolo de absentismo escolar. O “Protocolo de actuación para o absentismo escolar na provincia da Coruña” xorde como documento de traballo da Subcomisión Especializada na Temática de Escolarización da CTI Provincial, foi implementado en todos os centros educativos da provincia dende o ano 1999, e segue vixente a día de hoxe.

O abandono da tecnocracia derivou nunha fase de letargo e posterior decadencia e a Comisión Técnica Interinstitucional do Menor deixou de ser un dispositivo de promoción do cambio, busca de solucións sobre a base dun traballo coordinado e consensuado, para converterse nun mecanismo de publicitación da propia consellería, onde os aspectos formais, pero baleiros de contidos, cobraban importancia.

E UNHA FRASE PARA A REFLEXIÓN CRÍTICA

Imos contracorrente, ou somos pioneiros e adiantados aos tempos? Somos visionarios, e as formulacións máis modernas de coordinación vertical e horizontal quedarán obsoletas e faltas de contidos nuns poucos anos? Se é así, argumentémolo e fagámosllelo chegar aos xestores das políticas europeas, e así evitaremos condenar ao fracaso os nosos países veciños. Sexamos solidarios e compartamos o noso coñecemento!

Non é suficiente loitar por uns obxectivos xustos, senón con métodos correctos. É preciso analizar e criticar, para avanzar, para seguir cara a adiante, non para ir cara a atrás.

A Coruña, 8 de decembro de 2011

BIBLIOGRAFÍA:

- Constitución española (BOE 311, do 29 de decembro do 1978).
- Lei 6/1997, do 14 abril, de organización e funcionamento da Administración xeral do Estado (BOE 90, do 15 de abril de 1997).
- Lei 30/1992, do 26 de novembro, de réxime xurídico das administracións públicas (BOE 285, do 27 de novembro de 1997).
- Lei orgánica 1/1981, do 6 de abril, Estatuto de autonomía de Galicia (BOE 101, do 28 de abril do 1981).
- Lei 7/1985 reguladora das bases de réxime local (BOE 80, do 3 de abril de 1985).
- Lei 3/1997 galega da familia, infancia e adolescencia (DOG 118, do 20 de xuño de 1997).
- Decreto 437/1990, do 6 de setembro, polo que se crean as Comisións Técnicas Interinstitucionais do Menor (DOG 186, do 6 de setembro de 1990).

- Decreto 120/1992, polo que se crea a Comisión Galega Interinstitucional do Menor (DOG 96, do 21 de maio de 1992).
- Decreto 134/1994, do 13 de maio, polo que se modifican os dous decretos anteriores e a Orde do 19 de marzo de 1996, pola que se establece a composición da Comisión Galega Interinstitucional do Menor (DOG 99, do 25 de maio de 1994).
- Decreto 42/2000, do 7 de xaneiro, polo que se refunde a normativa reguladora vixente en materia de familia, infancia e adolescencia (DOG 76, do 26 de abril de 2000).
- Decreto 184/2008, do 24 de xullo, polo que se crea o Observatorio Galego da Infancia e derróganse os capítulos VI e VII (artigos 121 a 131) do Decreto 42/2000 (DOG 169, do 2 de setembro de 2008).

OUTROS DOCUMENTOS:

- Actas da Comisión Interinstitucional sobre o Menor da provincia da Coruña.
- Informes dos grupos de traballo, estudo e discusión das diferentes sub-comisións temáticas da Comisión Provincial da Coruña.
- “Recomendacións da Conferencia Tripartita sobre Aglomeracións da Confederación Suíza”. Estudos e Documentos do Ministerio de Administracións Públicas. MAD 2007.

PERFIL DOS PACIENTES: DIFERENZAS DE XÉNERO

Patricia González Filgueiras. Diplomada en Traballo Social

RESUMO

Este artigo procede dun estudo elaborado no Complexo Hospitalario Universitario da Coruña (CHUAC), realizado como alumna do practicum da EUTS de Santiago. Analizouse o perfil sociodemográfico dos/as pacientes ingresados diagnosticados de accidente cerebrovascular que foron atendidos polo Servizo de Traballo Social do devandito hospital, durante os anos 2009 e 2010. Esta enfermidade adoita levar asociadas secuelas incapacitantes físicas, cognitivas e de comportamento que impiden o retorno da persoa ás actividades que realizaba con anterioridade á enfermidade. Para levalo a cabo, utilizouse a metodoloxía cuantitativa, mediante a cal se estudaron as diversas variables que afectan o tratamento social que recibe o/a paciente e a súa familia.

PALABRAS CLAVE

Pacientes, familia, enfermidade, secuelas incapacitantes, tratamento social.

RESUMEN

El presente artículo procede de un estudio elaborado en el Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), realizado como alumna del practicum de la EUTS de Santiago. Se analizó el perfil sociodemográfico de los/las pacientes ingresados, diagnosticados de accidente cerebrovascular, que fueron atendidos por el Servicio de Trabajo Social de dicho hospital, durante los años 2009 y 2010. Esta enfermedad suele llevar asociadas secuelas incapacitantes físicas, cognitivas y de comportamiento que impiden el retorno de la persona a las actividades que realizaba con anterioridad a la enfermedad. Para llevarlo a cabo se utilizó la metodología cuantitativa, mediante la cual se estudiaron las diversas variables que afectan al tratamiento social que recibe el/la paciente y su familia.

PALABRAS CLAVE

Pacientes, familia, enfermedad, secuelas incapacitantes, tratamiento social.

ABSTRACT

The present article proceeds of a study realised in the Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), performed as a student of the EUTS Practicum in Santiago. Was analyzed the sociodemographic profile of admitted patients diagnosed with cerebral accident who were treated by the social work service of the hospital during the years 2009 and 2010, since the disease often leads disabling aftermath associated physical, cognitive and behavioral problems that hamper the return of the person to the activities performed prior to the disease. To carry out quantitative methodology was used, in which we studied the different variable that affect the social treatment to the patient and his family.

KEYWORDS

Patients, family, disease, disabling aftermath, social treatment.

1. O ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: DEFINICIÓN, CAUSAS E PROGNÓSTICO

O accidente cerebrovascular (ACV) é unha interrupción da subministración de sangue a calquera parte do cerebro. Un ACV sucede cando o fluxo sanguíneo a unha parte do cerebro se interrompe debido a que un vaso sanguíneo no devandito órgano se bloquea ou rompe. Se se detén o fluxo sanguíneo durante máis duns poucos segundos, o cerebro non pode recibir sangue e osíxeno. As células cerebrais poden morrer e causar un dano permanente.

Hai dous tipos principais de accidente cerebrovascular: accidente cerebrovascular isquémico e accidente cerebrovascular hemorráxico. No primeiro caso, un vaso sanguíneo que irriga sangue ao cerebro resulta bloqueado por un coágulo de sangue. Pola súa banda, o accidente cerebrovascular hemorráxico ocorre cando un vaso sanguíneo en parte do cerebro se debilita e rompe, o que provoca que o sangue escape cara ao cerebro. Algunhas persoas teñen defectos nos vasos sanguíneos do cerebro que fan que isto sexa máis probable. O fluxo de sangue despois da ruptura do vaso sanguíneo cáusalles dano ás células cerebrais.

O pronóstico depende do tipo de accidente cerebrovascular, da cantidade de tecido cerebral danado, de que funcións corporais están afectadas e da prontitude para recibir o tratamento. A recuperación pode ocorrer por completo ou pode haber algunha perda permanente da función.

As persoas que teñen un accidente cerebrovascular isquémico teñen unha mellor probabilidade de sobrevivir ca aqueles que teñen un accidente cerebrovascular hemorráxico¹.

2. OBXECTIVOS

2.1. OBXECTIVO XERAL

- Coñecer o perfil dos/as pacientes atendidos no Servizo de Traballo Social diagnosticados de accidente cerebrovascular, durante os anos 2009 e 2010.

2.2. OBXECTIVOS ESPECÍFICOS

- Describir as características sociodemográficas básicas da poboación obxecto de estudo: sexo e idade.
- Describir a estrutura familiar básica da poboación obxecto de estudo, con especial atención á situación de convivencia preingreso e postingreso.
- Coñecer a situación económico-laboral.
- Pescudar as situacións de risco que presenta a poboación estudada.
- Coñecer o nivel de dependencia da poboación obxecto de estudo atendendo á necesidade de axuda para alimentarse e desprazarse.
- Pescudar os recursos sociais que precisan.
- Coñecer a actividade asistencial, intensidade, volume, nivel de atención social que requiren en relación co número de días de tratamento social, entrevistas e xestións que se realizan.

3. METODOLOXÍA

3.1. POBOACIÓN OBXECTO DE ESTUDO

A totalidade de pacientes estudados ascende a 434 casos (230 mulleres e 204 homes).

3.2. TÉCNICA DE RECOLLIDA DE DATOS

A técnica de obtención de datos que se empregou nesta investigación é a observación ou a análise documental do *Protocolo de recollida de datos do servizo*. Neste documento agrúpase a información obtida nas entrevistas. Trátase dun documento estándar no que as variables xa están defini-

¹ Enciclopedia médica, MedlinePlus.(2011). *Accidente cerebrovascular*. Recuperado o 18 de abril do 2011 de www.nlm.nih.gov

das. A pesar de ter un espazo onde se poden recoller observacións, as variables presentadas no documento quedan un tanto obsoletas, xa que o documento desde a súa posta en marcha no ano 1995 non sufriu modificacións.

3.3. VARIABLES EMPREGADAS

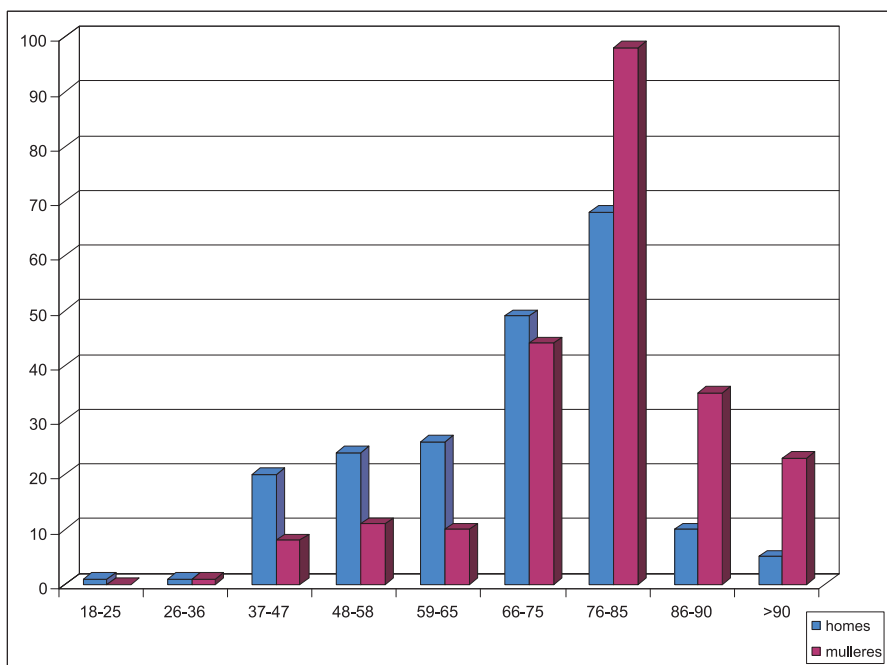
- Características sociodemográficas:
 - Sexo
 - Idade
- Estrutura familiar:
 - Situación preingreso
 - Situación postingreso
- Características económico-laborais:
 - Situación económica e laboral
 - Nivel de renda
- Características funcionais:
 - Alimentos
 - Mobilidade
- Situacións de risco
- Actividade asistencial:
 - Derivación
 - Días de tratamento social
 - Recursos

4. ANÁLISE DE RESULTADOS

A continuación, preséntanse os resultados da investigación, comezando coas características sociodemográficas das persoas que constitúen a poboación obxecto de estudo.

4.1. Características sociodemográficas

GRÁFICO NÚM. 1: Sexo/Idade



Fonte: Protocolo de recollida de datos do servizo. Elaboración propia. 2011

Nos anos 2009 e 2010, foron tratados no Departamento de Servizo Social un total de 434 casos diagnosticados con ACV (204 homes e 230 mulleres).

Pódese observar que esta patoloxía non adoita estar presente en idades temperás. O número de casos observados en idades comprendidas entre 18 e 47 anos alcanzou un total de 31 casos (7,1% do total), que lles afectou principalmente aos homes.

O grupo de idade 76-85 anos é o que presenta un maior número de casos (166), o que supón o 38,2% do total de casos tratados.

Apréciase que a medida que aumenta a idade dos/as pacientes -en concreto, a partir dos 75 anos- son as mulleres as que máis sofren esta enfermidade. Representan o 67,8% do total das mulleres atendidas, mentres que os homes supoñen o 40,6%.

4.2. ESTRUCTURA FAMILIAR

TÁBOA NÚM. 1: Sexo/Situación preingreso

Sexo/ Situación preingreso	HOMES			MULLERES			TOTAL	
	NÚM.	%V	%H	NÚM.	%V	%H	NÚM.	%
Só	41	20,1	36,3	72	31,3	63,7	113	26,0
Con cónxuxe	87	42,6	66,4	44	19,1	33,6	131	30,2
Con fillos	18	8,8	23,1	60	26,1	76,9	78	18,0
Cónxuxe e fillos	32	15,7	53,3	28	12,2	46,7	60	13,8
Con pais	12	5,9	85,7	2	0,9	14,3	14	3,2
Con familia	9	4,4	34,6	17	7,4	65,4	26	6,0
Residencia privada	1	0,5	25,0	3	1,3	75,0	4	0,9
Residencia asistida privada	-	-	-	1	0,4	100,0	1	0,2
Con amigos	-	-	-	1	0,4	100,0	1	0,2
Centro de acollida	1	0,5	100,0	-	-	-	1	0,2
Centro hospitalario	-	-	-	1	0,4	100,0	1	0,2
Outros	1	0,5	100,0	-	-	-	1	0,2
Non procede	2	1,0	66,7	1	0,4	33,3	3	0,7
TOTAL	204	100,0	47,0	230	100,0	53,0	434	100,0

Fonte: Protocolo de recollida de datos do servizo. Elaboración propia. 2011

Con relación á situación de preingreso -é dicir, onde ou con quen vivían no momento do ingreso hospitalario- de todos os pacientes atendidos, o 56,2% vivían sós ou co cónxuxe. Isto significa que precisan axuda profesional, ao tratarse principalmente de pacientes maiores.

Dos/as pacientes que viven sós ou con fillos son, na súa maioría, mulleres cun 63,7% e un 76,9%, respectivamente.

Pódese observar que os/as pacientes que viven cos seus pais son predominantemente homes (85,7%).

TÁBOA NÚM. 2: Sexo/Situación postingreso

SEXO	HOMES			MULLERES			TOTAL	
	NÚM.	%V	%H	NÚM.	%V	%H	NÚM.	%
Só	13	6,4	54,2	11	4,8	45,8	24	5,5
Con cónxuxe	63	30,9	72,4	24	10,4	27,6	87	20,0
Con fillos	17	8,3	23,9	54	23,5	76,1	71	16,4
Cónxuxe e fillos	27	13,2	48,2	29	12,6	51,8	56	12,9
Con pais	11	5,4	91,7	1	0,4	8,3	12	2,8
Con familia	11	5,4	45,8	13	5,7	54,2	24	5,5
Residencia privada	9	4,4	33,3	18	7,8	66,7	27	6,2
Residencia social	-	-	-	2	0,9	100,0	2	0,5
Residencia asistida privada	5	2,5	31,3	11	4,8	68,8	16	3,7
Residencia asistida pública	4	2,0	44,4	5	2,2	55,6	9	2,1
Centro concertado privado	-	-	-	7	3,0	100,0	7	1,6
Centro concertado público	1	0,5	50,0	1	0,4	50,0	2	0,5
Convalecencia	6	2,9	27,3	16	7,0	72,7	22	5,1
Con amigos	-	-	-	1	0,4	100,0	1	0,2
Coidador privado	1	0,5	100,0	-	-	-	1	0,2
Longa estancia	2	1,0	66,7	1	0,4	33,3	3	0,7
Estancia temporal en residencia	1	0,5	50,0	1	0,4	50,0	2	0,5
Centro de acollida	2	1,0	100,0	-	-	-	2	0,5
Trasládase a outro hospital	4	2,0	33,3	8	3,5	66,7	12	2,8
Outros	7	3,4	70,0	3	1,3	30,0	10	2,3
Exitus	16	7,8	42,1	22	9,6	57,9	38	8,8
Non procede	4	2,0	66,7	2	0,9	33,3	6	1,4
TOTAL	204	100,0	47,0	230	100,0	53,0	434	100,0

Fonte: Protocolo de recollida de datos do servizo. Elaboración propia. 2011

O coidado das persoas que sufriron un ACV unha vez que saen do hospital repártese entre o cónxuxe e os fillos ou ambos, o que supón o 49,3% do total de casos atendidos.

Cando obteñen a alta hospitalaria, os/as pacientes que se van sós ou co cónxuxe para a casa redúcese a un 25,5%, a metade con respecto á situación de preingreso, o que pode estar ocasionado polas secuelas que trae consigo a dita patoloxía.

Dos/as pacientes que viven co cónxuxe cando saen do hospital, o 72,4% son homes. En cambio, os/as pacientes que ao recibir a alta hospitalaria viven con fillos a maioría son mulleres (75,7%).

O ingreso en residencia (pública, privada e de iniciativa social) supón o 12,5% dos casos, e son as mulleres as que rexistran máis ingresos en residencia con respecto aos homes (na privada o 66,7%, na privada asistida o 68,8% e na asistida pública o 55,6%).

4.3. CARACTERÍSTICAS ECONÓMICO-LABORAIS

TÁBOA NÚM. 3: Sexo/Situación económico laboral

SEXO	HOMES			MULLERES			TOTAL	
	NÚM.	%V	%H	NÚM.	%V	%H	NÚM.	%
Traballa I. T.	28	13,4	71,8	11	4,4	28,2	39	8,5
En paro - I. T.	4	1,9	66,7	2	0,8	33,3	6	1,3
Busca 1. ^a ocupación	-	-	-	1	0,4	100,0	1	0,2
En desemprego con subsidio	3	1,4	100,0	-	-	-	3	0,7
En desemprego sen subsidio	6	2,9	100,0	-	-	-	6	1,3
Xubilado/pensionista	124	59,3	54,1	105	42,0	45,9	229	49,9
Pensión non contributiva	12	5,7	48,0	13	5,2	52,0	25	5,4
Rendas	-	-	-	2	0,8	100,0	2	0,4
Labores do fogar	-	-	-	30	12,0	100,0	30	6,5
Incapacidade permanente	14	6,7	73,7	5	2,0	26,3	19	4,1
SOVI	-	-	-	1	0,4	100,0	1	0,2
Viuvez	4	1,9	6,5	58	23,2	93,5	62	13,5
Orfandade	1	0,5	100,0	-	-	-	1	0,2
Risga	2	1,0	100,0	-	-	-	2	0,4
Outros	4	1,9	44,4	5	2,0	55,6	9	2,0
Non procede	7	3,3	29,2	17	6,8	70,8	24	5,2
TOTAL	209	100,0	45,5	250	100,0	54,5	459	100,0

Nota: Resposta múltiple

Fonte: Protocolo de recollida de datos do servizo. Elaboración propia. 2011

Tal e como se pode constatar na táboa, case o 50% dos/as pacientes son pensionistas de xubilación do réxime contributivo.

Os/as pacientes perceptores de pensión de viuvez son maioritariamente mulleres (93,5%).

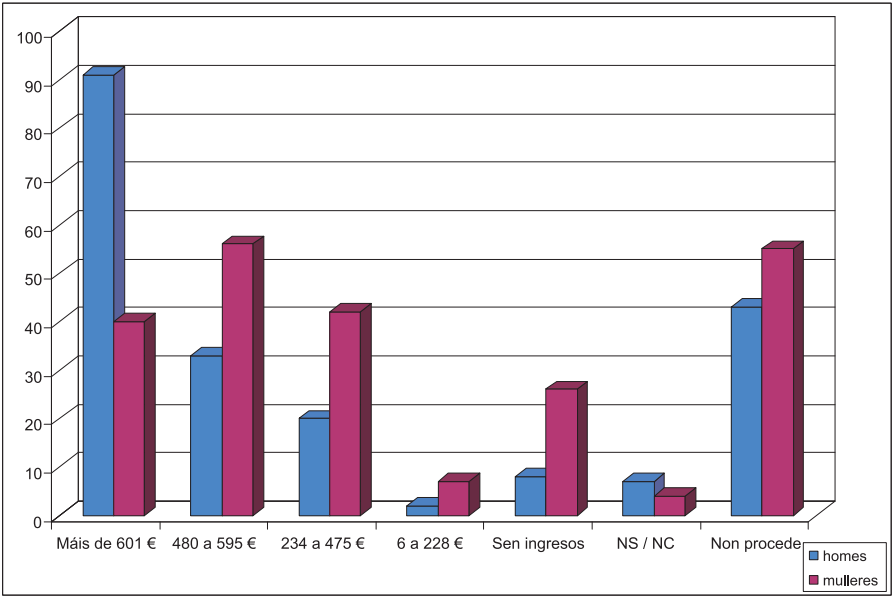
Cando se observan os/as pacientes que traballan e teñen unha incapacidade temporal, o 71,8% son homes. O mesmo sucede coa incapacidade permanente que, na súa maioría (o 73,7%), a teñen os homes.

Ningunha muller do total de pacientes se atopa en situación de desemprego.

En relación coa prestación de reinserción social (Risga), só se atenderon 2 pacientes homes que a percibían.

Pódese observar que dos/as pacientes que din dedicarse aos labores do fogar (ama de casa na táboa) son na súa totalidade mulleres.

GRÁFICO NÚM. 2: Sexo/Ingresos mensuais



Fonte: Protocolo de recollida de datos do servizo. Elaboración propia. 2011

Pódese advertir que son maioría os/as pacientes (44,7%) que teñen uns ingresos inferiores a 600 €.

Desagregando por sexo, no caso dos homes, o nivel de ingresos mensuais é máis elevado que o das mulleres, posto que os homes representan o 69,5% dos que perciben máis de 600 €.

O nivel de ingresos máis común entre as mulleres atendidas é de 480 a 595 €/mes.

As mulleres sitúanse entre as pacientes que menos ingresos perciben e, dos pacientes que non teñen ningún ingreso, o 76,5% son mulleres.

4.4. CARACTERÍSTICAS FUNCIONAIS

TÁBOA NÚM. 4: Sexo/Forma de inxestión de alimentos

SEXO	HOMES			MULLERES			TOTAL	
	NÚM.	%V	%H	NÚM.	%V	%H	NÚM.	%
Come só	21	10,3	44,7	26	11,3	55,3	47	10,8
Con supervisión intermitente	82	40,2	60,7	53	23,0	39,2	135	31,1
Con axuda continua	29	14,2	42,0	40	17,4	58,0	69	15,9
Axuda total	57	27,9	41,6	80	34,8	58,4	137	31,6
Alimentación por sonda	15	7,4	32,6	31	13,5	67,4	46	10,6
TOTAL	204	100,0	47,0	230	100,0	53,0	434	100,0

Fonte: Protocolo de recollida de datos do servizo. Elaboración propia. 2011

Como se reflicte na táboa número 4, do total de pacientes atendidos, o 31,1% necesitan axuda intermitente e o 31,6% axuda total.

O 10,6% dos casos requiren alimentación por sonda e son maioritariamente mulleres as que a necesitan (o 67,4%).

Os/as pacientes que necesitan supervisión intermitente para alimentarse son maioritariamente homes (60,7%).

TÁBOA NÚM. 5: Sexo/Forma de desprazarse

SEXO	HOMES			MULLERES			TOTAL	
	NÚM.	%V	%H	NÚM.	%V	%H	NÚM.	%
Sen axuda	16	7,8	59,2	11	4,8	40,7	27	6,2
Con supervisión intermitente	21	10,3	50,0	21	9,1	50,0	42	9,7
Con constante supervisión	50	25,5	56,2	39	17,0	43,8	89	20,5
En cadeira de rodas sen supervisión	56	27,4	44,8	69	30,0	55,2	125	28,8
Sempre con axuda ou está encamado	61	29,9	40,4	90	39,1	59,6	151	34,8
TOTAL	204	100,0	47,0	230	100,0	53,0	434	100,0

Fonte: Protocolo de recollida de datos do servizo. Elaboración propia. 2011

A maior parte dos/as pacientes (84,1%) necesita outra persoa permanentemente para desprazarse, van en cadeira de rodas ou están encamados.

Do total de persoas atendidas con ACV, só o 6,2% non necesita axuda para desprazarse.

Desagregando por sexo, o 39,1% das mulleres necesitan sempre axuda ou están encamadas. Observando os homes, o 29,9% atópase nesa mesma situación.

4.5. SITUACIÓNS DE RISCO

Segundo o protocolo de recollida de datos do servizo, enténdese por situación de risco a que pode ocasionar a necesidade de tratamento social hospitalario.

TÁBOA NÚM. 6: Sexo/Situacións de risco

SEXO	HOMES			MULLERES			TOTAL	
	NÚM.	%V	%H	NÚM.	%V	%H	NÚM.	%
Máis de 75 anos	86	10,4	35,1	159	15,2	64,9	245	13,1
Vive só	90	10,9	46,4	104	9,9	53,6	194	10,4
Viven illadas	19	2,3	86,4	3	0,3	13,6	22	1,2
Cónxuxe enfermo	17	2,1	51,5	16	1,5	48,5	33	1,8
Sen recursos económicos	23	2,8	48,9	24	2,3	51,1	47	2,5
Rexeitamento familiar	2	0,2	50,0	2	0,2	50,0	4	0,2
Soidade	6	0,7	60,0	4	0,4	40,0	10	0,5
Perda de parella/outro familiar	5	0,6	35,7	9	0,9	64,3	14	0,7
Falta de autonomía	185	22,5	47,0	209	19,9	53,0	394	21,0
Depresión	6	0,7	40,0	9	0,9	60,0	15	0,8
Perda de status	1	0,1	50,0	1	0,1	50,0	2	0,1
Familiar enfermo	7	0,8	33,3	14	1,3	66,7	21	1,1
Reingresso	23	2,8	31,5	50	4,8	68,5	73	3,9
Trastornos psíquicos	10	1,2	76,9	3	0,3	23,1	13	0,7
Enfermidade crónica	95	11,5	47,5	105	10,0	52,5	200	10,7
Non se pode comunicar	27	3,3	39,7	41	3,9	60,3	68	3,6
Mendicidade-transeúnte	2	0,2	100,0	-	-	-	2	0,1
Drogodependente	5	0,6	83,3	1	0,1	16,7	6	0,3
Enfermidade infecciosa	-	-	-	-	-	-	-	-
Desatención/malos tratos	1	0,1	50,0	1	0,1	50,0	2	0,1
Solicitude ingreso en residencia	9	1,1	40,9	13	1,2	59,1	22	1,2
Non acepta axuda	6	0,7	66,7	3	0,3	33,3	9	0,5
Non ten familia directa	14	1,7	40,0	21	2,0	60,0	35	1,9
Actitude pasiva do enfermo	5	0,6	45,5	6	0,6	54,5	11	0,6
Actitude pasiva da familia	4	0,5	23,5	13	1,2	76,5	17	0,9
Vive en zona sen servizos	2	0,2	66,7	1	0,1	33,3	3	0,2
Persoa maior ao seu cargo	-	-	-	3	0,3	100,0	3	0,2
Enfermo terminal	-	-	-	4	0,4	100,0	4	0,2
Demencia senil	3	0,4	30,0	7	0,7	70,0	10	0,5
Alzheimer	-	-	-	2	0,2	100,0	2	0,1
Enfermo amputado	-	-	-	2	0,2	100,0	2	0,1
Politraumatismo	-	-	-	-	-	-	-	-
Trauma cráneo-encefálico	1	0,1	100,0	-	-	-	1	0,1
Vivenda en malas condicións	11	1,3	55,0	9	0,9	45,0	20	1,1
Vivenda con barreiras arquitectónicas	83	10,1	51,9	77	7,3	48,1	160	8,5
Patoloxía que tende á incapacitación	12	1,5	38,7	19	1,8	61,3	31	1,7
Pluripatoloxía	10	1,2	37,0	17	1,6	63,0	27	1,4
Non ten familia que viva cerca	8	1,0	27,6	21	2,0	72,4	29	1,5
Enfermidade do coidador principal	5	0,6	33,3	10	1,0	66,7	15	0,8
A familia di que non pode atendelo	26	3,2	34,7	49	4,7	65,3	75	4,0
Non recibe visitas no hospital	1	0,1	25,0	3	0,3	75,0	4	0,2
Emigrantes/inmigrantes	3	0,4	75,0	1	0,1	25,0	4	0,2
Reclusos/ex-reclusos	1	0,1	100,0	-	-	-	1	0,1
Desprazados	3	0,4	75,0	1	0,1	25,0	4	0,2
Outras	5	0,6	31,3	11	1,0	68,8	16	0,9
Ningunha	2	0,2	100,0	-	-	-	2	0,1
Non procede	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	824	100,0	44,0	1048	100,0	56,0	1872	100,0

Nota: Resposta múltiple

Fonte: Protocolo de recollida de datos do servizo. Elaboración propia. 2011

Constátase que, entre os/as pacientes atendidos/as e diagnosticados/as de ACV, é a falta de autonomía a que se manifesta con maior frecuencia, concretamente no 21% dos casos.

Pódese apreciar tamén que, do total de casos, os maiores de 75 anos supoñen o 13,1%, dos cales o 64,9% son mulleres.

Un 10,7% dos/as pacientes con ACV presentan tamén unha enfermidade crónica.

Dos/as pacientes atendidos polo servizo o 10,4% viven sós.

Desagregando por sexo, a situación de risco máis habitual é a falta de autonomía (o 22,5% dos homes e o 19,9% das mulleres).

Das persoas que viven illadas, pódese observar que afecta maioritariamente os homes (en concreto, o 86,4%).

En canto aos trastornos psíquicos, prodúcense máis nos homes (76,9%) ca nas mulleres (23,1%).

4.6. ACTIVIDADE ASISTENCIAL

Na táboa número 7, preséntanse as diversas derivacións (a onde vai o/a paciente, o tratamento que vai recibir etc.) que se atopan no protocolo de recollida de datos do servizo. Hai que facer unha aclaración respecto da variable “derivación pasiva a servizos sociais comunitarios” e “derivado a traballador/a social dos servizos sociais comunitarios”, posto que no primeiro caso é o/a paciente ou a familia a que se pon en contacto cos servizos sociais comunitarios e, no segundo caso, é o propio/a traballador/a social hospitalario/a quen concerta unha cita co/a paciente.

Realízase tamén unha distinción entre os/as pacientes que “non son derivados” e os “*exitus* no hospital”, xa que ningunha destas variables fai referencia a unha derivación específica, poderían agruparse na mesma categoría de “non derivados”, pero neste caso contabilízanse de forma diferente.

Nas táboas número 8 e número 9, recóllense as demandas (tanto da rede de programas e servizos coma da rede de programas e servizos de soporte) que o/a paciente ou a familia lle fai ao traballador ou traballadora social.

TÁBOA NÚM. 7: Sexo/Derivación

SEXO	HOMES			MULLERES			TOTAL	
	NÚM.	%V	%H	NÚM.	%V	%H	NÚM.	%
Comunidade terapéutica	1	0,5	100,0	-	-	-	1	0,2
Derivado á inspección de centros concertados	1	0,5	33,3	2	0,9	66,7	3	0,7
Traslado a centro concertado, carácter temporal	2	1,0	16,7	10	4,3	83,3	12	2,8
Residencia de relixiosas	1	0,5	33,3	2	0,9	66,7	3	0,7
Residencia privada	13	6,4	31,0	29	12,6	69,0	42	9,7
Residencia asistida da Xunta	5	2,5	50,0	5	2,2	50,0	10	2,3
Estancia temporal en residencia asistida da Xunta	2	1,0	66,7	1	0,4	33,3	3	0,7
Bono cheque asistencial	1	0,5	100,0	-	-	-	1	0,2
Exitus no hospital	15	7,4	40,5	22	9,6	59,5	37	8,5
Ingreso en Oza, longa estancia	1	0,5	25,0	3	1,3	75,0	4	0,9
Ingreso en Oza, convalecencia	6	2,9	30,0	14	6,1	70,0	20	4,6
Non derivados	67	32,8	57,3	50	21,7	42,7	117	27,0
Axuda a domicilio temporal	2	1,0	40,0	3	1,3	60,0	5	1,2
Hospitalización a domicilio	1	0,5	50,0	1	0,4	50,0	2	0,5
Atendido directamente por axuda a domicilio concello	2	1,0	33,3	4	1,7	66,7	6	1,4
Derivado a T. S. atención primaria de saúde	9	4,4	60,0	6	2,6	40,0	15	3,5
Traslado a outro hospital	3	1,5	60,0	2	0,9	40,0	5	1,2
Derivación pasiva a servizos sociais comunitarios	29	14,2	51,8	27	11,7	48,2	56	12,9
Albergue/casa de acollida	1	0,5	100,0	-	-	-	1	0,2
Ingreso en centro de día	1	0,5	100,0	-	-	-	1	0,2
Derivado a T. S. servizos sociais comunitarios	29	14,2	42,0	40	17,4	58,0	69	15,9
Traslado interno	12	5,9	57,1	9	3,9	42,9	21	4,8
TOTAL	204	100,0	47,0	230	100,0	53,0	434	100,0

Fonte: Protocolo de recollida de datos do servizo. Elaboración propia. 2011

Do total de persoas atendidas, no 28,8% dos casos son derivados aos servizos sociais comunitarios.

O 27% dos/as pacientes non son derivados, xa que as súas familias asumen toda a atención que necesitan. Pódese observar como o 32,8% dos homes se atopan nesta situación.

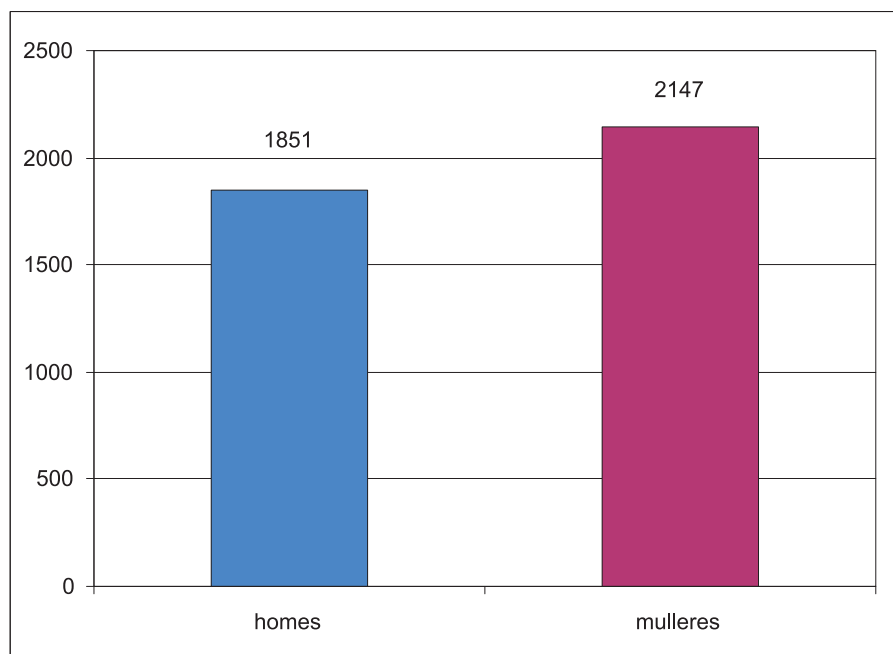
O 13,4% dos casos na alta hospitalaria son derivados a unha residencia.

Se observamos as mulleres, o 29,1% son derivadas aos servizos sociais comunitarios (con ou sen intervención por parte do traballador social do hospital).

O 16,1% das mulleres son derivadas a unha residencia (privada, pública, de relixiosas ou temporal). O 10,4% dos homes presenta esa mesma derivación.

Das persoas que falecen no hospital, o 59,5% son mulleres.

Gráfico número 3. Días de tratamento social



Fonte: Protocolo de recollida de datos do servizo. Elaboración propia. 2011

Nos anos 2009 e 2010, o/a traballador/a social do complexo hospitalario empregou un total de 3998 días de tratamento social cos pacientes (2147 nas mulleres e 1851 nos homes).

TÁBOA NÚM. 8: Demanda/rede de programas e servizos

DEMANDA	HOMES			MULLERES			TOTAL	
	NÚM.	%V	%H	NÚM.	%V	%H	NÚM.	%
Axuda a domicilio temporal	4	1,5	28,6	10	3,2	71,4	14	2,5
Axuda a domicilio definitiva	42	16,2	39,3	65	21,0	60,7	107	18,8
A. domicilio/enfermería	1	0,4	100,0	-	-	-	1	0,2
Estancia temporal en residencia privada	1	0,4	50,0	1	0,3	50,0	2	0,4
Residencia social	-	-	-	7	2,3	100,0	7	1,2
Residencia privada	9	3,5	36,0	16	5,2	64,0	25	4,4
Residencia pública c. definitiva	32	12,3	38,6	51	16,5	61,4	83	14,6
Residencia pública temporal	3	1,2	75,0	1	0,3	25,0	4	0,7
Estancia centro sociosanitario	1	0,4	25,0	3	1,0	75,0	4	0,7
U. Coidados Continuos	2	0,8	22,2	7	2,3	77,8	9	1,6
Rehabilitación	84	32,3	57,1	63	20,3	42,9	147	25,8
Hospitalización a domicilio	1	0,4	100,0	-	-	-	1	0,2
Centro de día	8	3,1	61,5	5	1,6	38,5	13	2,3
Coidadora particular no domicilio	8	3,1	57,1	6	1,9	42,9	14	2,5
Alarma telefónica en domicilio	4	1,5	28,6	10	3,2	71,4	14	2,5
Voluntariado	-	-	-	1	0,3	100,0	1	0,2
Albergue temporal/refuxio	1	0,4	100,0	-	-	-	1	0,2
Centro de acollida definitiva	2	0,8	100,0	-	-	-	2	0,4
Mutua aseguradora	2	0,8	100,0	-	-	-	2	0,4
Sen demanda	55	21,2	46,2	64	20,6	53,8	119	20,9
TOTAL	260	100,0	45,6	310	100,0	54,4	570	100,0

Nota: Resposta múltiple

Fonte: Protocolo de recollida de datos do servizo. Elaboración propia. 2011

Ao analizar a demanda desagregada por sexos, pódese observar que nos casos nos que o ACV afecta os homes demándase maioritariamente rehabilitación (32,3%).

Nos casos nos que o ACV afecta a mulleres, o 24,6% demandan o ingreso nunha residencia, fronte ao 17,8% dos homes que demandan o seu ingreso nun centro residencial

TÁBOA NÚM. 9: Demanda/rede de programas e servizos de soporte

DEMANDA	HOMES			MULLERES			TOTAL	
	NÚM.	%V	%H	NÚM.	%V	%H	NÚM.	%
Quedar máis días no hospital	18	2,9	45,0	22	3,4	55,0	40	3,2
Soporte psico-emocional	65	10,6	52,8	58	8,9	47,2	123	9,7
Coordinación-tramitación da alta hospitalaria	51	8,3	51,0	49	7,6	49,0	100	7,9
Orientación recursos xerais	157	25,6	47,0	177	27,3	53,0	334	26,5
Información laboral	6	1,0	75,0	2	0,3	25,0	8	0,6
Información sobre prestacións	113	18,4	47,3	126	19,4	52,7	239	18,9
Orientación pensión	15	2,4	62,5	9	1,4	37,5	24	1,9
Traballo	-	-	-	1	0,2	100,0	1	0,1
Axuda económica non periódica	2	0,3	66,7	1	0,2	33,3	3	0,2
Seguimento servizos sociais comunitarios	56	9,1	40,3	83	12,8	59,7	139	11,0
Seguimento S. S. atención primaria saúde	14	2,3	43,8	18	2,8	56,3	32	2,5
Seguimento U. S. Mental	-	-	-	1	0,2	100,0	1	0,1
Axudas técnicas	71	11,6	55,0	58	8,9	45,0	129	10,2
Tramitación certificado de minusvalía	23	3,8	54,8	19	2,9	45,2	42	3,3
Coidadora particular hospital	1	0,2	100,0	-	-	-	1	0,1
Carné de conducir	1	0,2	100,0	-	-	-	1	0,1
Trámites mellora da vivenda	5	0,8	45,5	6	0,9	54,5	11	0,9
Sen demanda	15	2,4	44,1	19	2,9	55,9	34	2,7
TOTAL	613	100,0	48,6	649	100,0	51,4	1262	100,0

Nota: Resposta múltiple

Fonte: Protocolo de recollida de datos do servizo. Elaboración propia. 2011

Cando se observa a demanda desagregada da rede de programas e servizos de soporte, pódese constatar como o 25,6% dos homes e o 27,3% das mulleres demandan orientación sobre recursos xerais.

Pódese advertir na táboa número 9 que o seguimento polos servizos sociais é máis demandado cando o ACV afecta a unha muller tanto en servizos sociais comunitarios (59,7%) coma en atención primaria de saúde (56,3%).

5. CONCLUSIÓNS

Este estudo levouse a cabo co obxectivo de coñecer o perfil dos pacientes diagnosticados de accidente cardiovascular (ACV) atendidos polo Servizo de Traballo Social do Complexo Hospitalario Universitario da Coruña (CHUAC), co propósito de facer o diagnóstico da situación para que sirva de base para o deseño e o desenvolvemento dun programa específico que se adapte ás necesidades de tratamento social que requiren os/as pacientes con esta patoloxía.

Tras a realización da análise dos datos, obsérvase que nos anos estudados se atenderon un total de 434 casos coa devandita patoloxía, dos cales 230 foron mulleres e 204 homes.

Constatouse que a maioría dos casos atendidos (76,4%) tiñan máis de 65 anos e que son maioritariamente as mulleres as que se atopan nesta franxa de idade. Os/as pacientes menores de 65 anos supuxeron o 23,6% dos

casos atendidos, e son os homes os que presentaron un maior número de intervencións.

A maioría dos/as pacientes vivían sós ou co cónxuxe no momento do seu ingreso hospitalario (56,2%). Con todo, cando se produce a alta hospitalaria, pola situación de dependencia que xera o ACV, o número de pacientes que regresan ás súas casas sós ou co cónxuxe redúcese á metade. A tradición familiar que aínda impera na sociedade, pola cal o coidado dos enfermos recae nas mulleres, pódese observar nos pacientes que marchan para a casa co cónxuxe, posto que son maioría os homes (72,4%). En cambio, a situación de convivencia máis común entre as mulleres na alta hospitalaria é cos fillos (23,5%), seguido do ingreso en residencia (18,7%).

Con respecto ao nivel de ingresos, o 44,7% dos/as pacientes teñen uns ingresos inferiores a 600 €. Constátase que as mulleres teñen uns ingresos mensuais moi inferiores aos homes; de feito, dos pacientes que non perciben ningún ingreso, o 76,5% son mulleres. Uns ingresos mensuais tan baixos supoñen un grande obstáculo á hora de que as familias poidan asumir os coidados ou o custo dunha residencia privada na alta hospitalaria.

En relación co nivel de dependencia que ocasiona a dita patoloxía, obsérvase que o 93,8% dos/as pacientes necesita algún tipo de axuda para desprazarse. En canto á alimentación, tan só o 10,8% dos/as pacientes pode comer só.

Debido ao impacto que produce esta patoloxía, tanto as familias como os/as pacientes demandan servizos de soporte e a maioría requiren orientación sobre recursos xerais.

En relación coa demanda de programas e servizos, a rehabilitación supuxo o 25,8%, seguida do ingreso nunha residencia (21,3%). Neste último caso, o recurso é máis demandado cando o paciente é muller (24,6%) que cando se trata dun home (17,8%).

Unha vez dada a alta hospitalaria, os/as pacientes seguen necesitan do tratamento social xa que a derivación máis habitual nos casos de ACV é aos servizos sociais comunitarios (28,8%).

A intervención do traballador social hospitalario para facilitar orientación e apoio nos casos de ACV requiriu un total de 3998 días de tratamento social en 2009 e 2010, e foi significativamente maior nos casos nos que o paciente era muller.

6. REFLEXIÓNS

A sociedade avanzou, pero as diferenzas entre mulleres e homes en relación cos papeis que poden desempeñar seguen existindo. Proba diso é

este estudo, no que se puido comprobar como o tratamento social que o paciente e a familia necesitan varía segundo o sexo.

Das/os coidadoras/es principais que din coidar sempre, o 85,4% son mulleres. Estas desempeñan a tarefa do coidado como unha máis das realizadas no fogar, mentres que só nas mesmas circunstancias esta actividade é desempeñada por homes nun 14,6% (García Álvarez, 2011).

A cultura familiar, entendida como o conxunto de valores, costumes e crenzas que comparten os membros (Fernández Ortega, 2004), ten relación neste aspecto. Non se trata de que os homes non posúan habilidades para o coidado, senón de que a mentalidade dunha gran parte da sociedade en relación a isto segue rexéndose por patróns tradicionais. Polo tanto, o problema está na educación, pero é difícil educar, cando o que se observa ao noso redor (publicidade, series de televisión) é un estereotipo de home que, en moitas ocasións, é o que realiza as tarefas máis arduas.

Cómpre un cambio de “modas”, arrincar as raíces e plantar sementes novas.

BIBLIOGRAFÍA

- ENCICLOPEDIA MÉDICA MEDINEPLUS (2010). *Accidente cerebrovascular*. www.nlm.nih.gov. Recuperado o 18 de abril de 2011.
- FERNÁNDEZ ORTEGA, Miguel Ángel (2004). *El impacto de la enfermedad en la familia*. www.facmed.unam.mx. Recuperado o 7 de outubro de 2011.
- GARCÍA ÁLVAREZ, M.^a Purificación (2011). *Transformación en las esferas de la vida de las cuidadoras y cuidadores familiares o de su entorno de personas en situación de dependencia con grado II y III en Galicia*. [CD]. Facultade de Ciencias Políticas e Sociais, Universidade de Santiago de Compostela.

ANACOS DE VIDA NUN SANATORIO: OS PRIMEIROS DOENTES DO PSIQUIÁRICO CABALEIRO GOÁS

Luís Rodríguez Carmona. Traballador social. Hospital Psiquiátrico Cabaleiro Goás

RESUMO

Este artigo pretende dar a coñecer os factores sociosanitarios que influíron e condicionaron a vida dos 1000 primeiros doentes que estiveron ingresados no Sanatorio Cabaleiro Goás.

É unha ollada retrospectiva que pretende saber e analizar como eran as vidas dos doentes fóra e dentro da institución.

A información recollida procede das historias clínicas, sociais, cartas de doentes, familiares, dossiers de prensa, documentos internos do sanatorio, arquivos da Deputación Provincial de Ourense, así como entrevistas feitas a profesionais e a doentes.

O artigo tamén pescuda sobre o labor das primeiras asistentes sociais da nosa comunidade que desenvolveron o seu traballo no sanatorio.

PALABRAS CLAVE:

TOLEMIA-SANATORIO-ASISTENCIA SOCIAL-ESTIGMA.

RESUMEN

Este artículo pretende dar a conocer los factores sociosanitarios que influyeron y condicionaron la vida de los 1000 primeros pacientes que estuvieron ingresados en el Sanatorio Cabaleiro Goás.

Es una mirada retrospectiva que pretende saber y analizar como eran las vidas de los pacientes fuera y dentro de la institución.

La información recogida procede de las historias clínicas, sociales, cartas de pacientes, familiares, dossiers de prensa, documentos internos del sanatorio, archivos de la Diputación Provincial de Ourense, así como distintas entrevistas hechas a profesionales y pacientes.

El artículo investiga también la labor de las primeras asistentes sociales de nuestra comunidad que desarrollaron su labor en el sanatorio.

PALABRAS CLAVE:

Locura-Sanatorio-Asistencia Social-Estigma

LIFE BITES AT A SANATORIUM: THE FIRST PATIENTS OF THE CABALEIRO GOÁS PSYCHIATRIC HOSPITAL

ABSTRACT

This article is intended to divulge the social and sanitary factors that influenced and conditioned the lives of the first 1,000 patients housed in the Cabaleiro Goás Sanatorium.

It is a look back meant to analyse and find out more about the lives of the patients inside and outside this institution.

The information gathered has been obtained from medical charts, social workers' reports, patients' letters, relatives, press releases, internal documents of the sanatorium, the archives of the District Council of Ourense (Diputación Provincial de Ourense), as well as from different interviews with professionals and patients.

The article also studies the efforts of the first social workers in our community, who carried out their activities at the sanatorium.

KEY WORKDS:

Madness-Sanatorium-Social Care -Stigmata

INTRODUCCIÓN

Este artigo nace da curiosidade, do querer saber, do contaxio cociñado nun pequeno grupo de entusiastas que traballamos no psiquiátrico Cabaleiro Goás e, en certa maneira, da metamorfose que a un lle produciu traballar coa tolemia.

A investigación abrangue un período no tempo de 26 anos que comeza co estudo do primeiro doente ingresado no Sanatorio Cabaleiro Goás (tamén coñecido por Sanatorio de Toén) aló por agosto de 1959 e remata no ano 1985.

Trátase dunha mirada retrospectiva a través das entrañas do sanatorio que permite coñecer e analizar as distintas etapas polas que transitou a institución. Como se atendía sociosanitariamente o doente psiquiátrico na provincia de Ourense?, que inconvenientes ou melloras redundaron nas súas vidas?

A información recollida tamén permite achegarnos ao labor descoñecido das primeiras asistentes sociais de Galicia que traballaron no eido da saúde mental ourensá e dá a coñecer as dificultades coas que se atopaban no sanatorio, con que recursos contaban, como era a súa interrelación cos doentes, profesionais e familias, ou cal era a visión social que se tiña acerca da tolemia.

É unha maneira de recompilar parte da historia da nosa profesión, unha profesión acostumada a que sexa a palabra e o encontro coa outra parte a nosa principal ferramenta, esquecendo ás veces que o que acontece nesas experiencias e non é documentado pasará aos recordos dun mesmo que o tempo se encargará de oxidar, de deixar vagas lembranzas, imprecisións ou de esquecelos definitivamente.

En resumo, os fundamentos do estudo son tres: saber como era a calidade asistencial recibida no psiquiátrico, describir o perfil sociosanitario dos doentes e o seu rol dentro da sociedade e coñecer o labor das primeiras asistentes sociais en Galicia que traballaron no eido da saúde mental.

ESTUDO CUANTITATIVO E CUALITATIVO DOS DOENTES DE TOÉN

FONTES DOCUMENTAIS E RECOMPILACION DE DATOS

A información recollida na base de datos que se crea para este estudo procede das historias clínicas e sociais do Sanatorio Psiquiátrico Cabaleiro Goás.

Os datos das historias comezan nos anos do tardo franquismo e rematan nos primeiros tempos da democracia do noso país. É sen dúbida un período onde a decadencia da ditadura e o comezo dun certo aperturismo democrático ten as súas consecuencias tamén no micromundo da tolemia.

O estudo está formado por 1000 anacos de vida que residiron no Sanatorio de Toén. Considero que é una mostra suficientemente representativa procedente dun arquivo do sanatorio con máis de 4000 historias.

É preciso indicar que, do total das historias revisadas, 200 corresponden a mulleres, as que ingresan por vez primeira no sanatorio nos últimos anos no que se fai a revisión bibliográfica. Así mesmo, cómpre sinalar que é sorprendente que as ditas historias carezan apenas de información. A día

de hoxe, sigo sen entender porque os responsables non reflectiron información patobibliográfica ningunha destas primeiras mulleres que ingresaron no sanatorio.

Durante un ano, dediqueime a ler historias clínicas e sociais das cales fun recollendo diversos datos cuantitativos e cualitativos.

O traballo completouse con entrevistas semiestruturadas e realizadas a distintos traballadores que estiveron ou seguen a estar no sanatorio. Engadíuselle ao traballo a información procedente de escritos internos, cartas de doentes e das familias, anotacións significativas sobre o doente, o sanatorio ou a época en cuestión.

Ademais, fixéronselles entrevistas a catro asistentes sociais mulleres e a un asistente social home, profesionais que estiveron no sanatorio dende os primeiros anos da nosa actividade asistencial que comezou no ano 1961. A única ausente nas ditas entrevistas foi a asistente social Sofía Fabeiro, finada hai poucos anos.

Coa investigación bibliográfica, documental e de campo pretendo controlar o que Bordieu cualifica como “ilusión de transparencia” ou proceder á información dun profesional familiarizado co escenario estudado.

É certo que todo se move arredor da subxectividade, polo que será o propio individuo quen intente, na medida do posible, manterse no limiar do propio encontro; é inevitable a carga de parcialidade que se poida condensar na información que o lector encontre neste estudo. Tampouco pretendo ser xuíz de nada, só teño como aval o interese por coñecer coa maior das exactitudes posibles o que acontecía nas vidas dos doentes dentro e fóra do sanatorio e a implicación dos meus colegas a través dos anos.

A procedencia da información cuantitativa e cualitativa procede das seguintes variables escollidas para o estudo e que fan referencia a:

Idade no momento do ingreso	Emigrante retornado e país de procedencia
Estado civil	Malos tratos no ámbito sociofamiliar
Sexo	Concello de procedencia
Profesión	Alcoholismo
Ano de nacemento	Financiamento do ingreso hospitalario
Data do ingreso	Tratamentos sanitarios
Tipo de ingreso	Diagnósticos
Historia social aberta	Data do alta
Estudos	Reingresos
Sector onde ingresaba	<i>Exitus</i> e causas
Relacións familiares	Destino no momento da alta

RESULTADOS CUANTITATIVOS

A información recollida e presentada a continuación procede das 1000 historias clínicas e sociais revisadas, das cales 800 corresponden a homes e 200 a mulleres.

Táboa núm. 1. DOENTES CON HISTORIA SOCIAL ABERTA

HOMES	445	55,62%
MULLERES	70	35%
TOTAL	515	51,50%

Fonte. Historias sociais. Elaboración propia

A diferenza de historias sociais abertas entre homes e mulleres obedece a que ata o ano 1983 non ingresan en Toén as primeiras mulleres enfermas.

Respecto do número total de historias abertas, a suma total é mais da metade da mostra estudada.

A cifra resultante total non implica que a porcentaxe de atención social sexa a que se reflicte, xa que non sempre todos os doentes precisan dunha apertura de historia social para seren atendidos.

Táboa núm. 2. ESTADO CIVIL

CASADOS. 32,44%	CASADAS. 49,75%
SOLTEIROS. 63,61%	SOLTEIRAS. 37,81%
SEPARADOS. 0,38%	SEPARADAS. 3,98%
VIÚVOS. 2,41%	VIÚVAS. 7,46%

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

A porcentaxe de persoas solteiras é claramente superior no sexo masculino e non está moi claro por que motivo. Débense ter en conta distintos factores como a idade no momento da enfermidade, a gravidade da patoloxía ou as dificultades para establecer relacións no curso dunha enfermidade.

Danse mais casos de separación nas mulleres ca nos homes. Como posible factor desta diferenza de datos, pódese sinalar o rol que ten a

muller respecto do home cando un deles enferma. Naqueles tempos, as mulleres da nosa comunidade tiñan un claro papel secundario na sociedade. Limitábanse a coidar dos fillos, a levar a casa, a desenvolver labores agrícolas ou a coidar do seu marido en caso de enfermidade; obrigas moi diferentes das que tiñan os homes na sociedade de entón.

Táboa núm. 3. FORMACIÓN ACADÉMICA

LER E ESCRIBIR	31,93%	3,98%
SEN ESTUDOS	21,88%	3,98%
ESTUDOS PRIMARIOS	19,33%	8,45%
BACHARELATO	3,30%	3,48%
ESTUDOS UNIVERSITARIOS	4,38%	0,99%
DESCOÑECIDOS	18,70%	79, 19%

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

Os datos recollidos amosan que o período mínimo formativo na muller non ten apenas relevancia. A muller, dende moi nova, ten asignado pola sociedade un papel dedicado ás tarefas domésticas ou do agro. Respecto dos estudos medios e universitarios, ambos os sexos presentan datos moi pouco significativos.

Táboa núm. 4. TIPO DE INGRESOS

MÉDICO	88,65%
XUDICIAL	9,62%
DESCOÑECIDO	1,72%

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

Fundamentalmente, os ingresos son producidos no sanatorio por indicación médica.

Táboa núm. 5. PROCEDENCIA NATURAL DOS DOENTES

PROVINCIA DE OURENSE	68,01%
OUTRAS PROVINCIAS COMUNIDADE	26,31%
OUTRAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS	5,66%

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

Serán os pacientes da provincia de Ourense os que presentan o maior número de ingresos.

Táboa núm. 6. DIAGNÓSTICOS MÁIS FRECUENTES

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	272	27,2%
ALCOHOLISMO	90	9%.
HEBEFRENIA	63	6,3%
OLIGOFRENIA	45	4,5%
ESQUIZOFRENIA SIMPLE	42	4,2%
EPILEPSIA	25	2,5%
OUTROS DIAGNÓSTICOS	537	53,7%

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

Existe unha gran variedade de diagnósticos atopados nas historias clínicas.

Aquí preséntanse os máis relevantes en canto ao número, e é a esquizofrenia paranoide a de maior porcentaxe.

Táboa núm. 7. TRATAMENTOS MÁIS FRECUENTES

FÁRMACOS
LABORTERAPIA
ELECTROSKOCH
CELAS

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

Na táboa 7, reflíctense por orde de aparición os tratamentos máis empregados cos doentes.

Táboa núm. 8.
TRASLADOS INSTITUCIONAIS NO SANATORIO MÁIS FRECUENTES

CONXO	50 PACIENTES	44,64%
LEGANÉS	30 PACIENTES	26,78%
PONTEVEDRA	8 PACIENTES	7,14%.
GUIZAMONDE	7 PACIENTES	6,25%.
OUTROS	17 PACIENTES	15,17%

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

Serán os pacientes procedentes do sanatorio histórico de Conxo os que recalarían en maior número en Toén. Deles, unha moi alta porcentaxe foron homes. Ata o ano 1983, as mulleres enfermas non terían presenza física no Sanatorio de Toén.

Táboa núm. 9. PROFESIÓNS HABITUAIS

LABREGO	287	28,7%
AMA DE CASA	117	11,7%
PEÓN	50	5%
ESTUDANTE	32	3,2%
MARIÑEIRO	20	2,0%
ZAPATEIRO	12	1,2%

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

O traballo de labrego nos homes e o de empregada do fogar nas mulleres son as profesións que se recollen con maior frecuencia. A poboación eminentemente procede do rural, polo que a obtención do sustento económico familiar procederá da produtividade da terra.

Recóllense na base de datos ata 150 profesións distintas e diversas, como a de monicrequeiro, sacerdote, afiador, linotipista, maleteiro, misio-neiro, zoqueiro, entre outras moitas.

Táboa núm. 10. COLABORACIÓN DAS FAMILIAS NO SANATORIO

HOME	61,08%
MULLER	68,65%

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

Datos moi semellantes na implicación das familias cos doentes, xa sexan homes ou mulleres.

Táboa núm. 11. CASOS DE ALCOHOLISMO DETECTADO

HOMES	218	27,25%
MULLERES	21	10,5%

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

Os datos reflicten unha porcentaxe moi superior de situación de abuso alcohólico nos homes respecto das mulleres.

Constátase tamén no estudo que a franxa de idade de maior abuso alcohólico se sitúa entre os 36 e os 40 anos.

A totalidade das 1000 historias revisadas dinos que hai 239 casos detectados con episodios de abuso alcohólico, isto supón un 23,9% da mos-tra estudada.

Aínda que a cifra é significativa, esta podería ser incrementada se a día de hoxe se aplicasen os parámetros sinalados pola OMS.

**Táboa núm. 12. MALOS TRATOS INFRINXIDOS POLOS DOENTES NO SEU
ÁMBITO FAMILIAR**

HOMES	7,62%
MULLERES	6,46%
TOTAL	7,38%

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

Os datos son semellantes en canto a ambos os sexos, cunha lixeira proporción a favor do sexo masculino. Existe tamén unha correlación detectada entre violencia e alcohol.

Táboa núm. 13. DOENTES QUE RETORNAN DA EMIGRACIÓN

HOMES	16,42%
MULLERES	23,38%

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

Serán as mulleres as que en maior número retornen ao noso país.

Táboa núm. 14. PRINCIPAIS PAÍSES ONDE EMIGRAN OS DOENTES

ALEMAÑA	27,42%
SUÍZA	16,57%
FRANCIA	13,14%
VENEZUELA	13,14%
BRASIL	8%

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

Os países do contorno europeo son os destinos cunha maior porcentaxe para homes e mulleres.

Táboa núm. 15. DESTINO OU ALTA

DOMICILIO	56,94%
TRASLADO A CENTROS	16,10%
DESCOÑECIDO	11,65%
EXITUS	8,20%
FUGAS	6,18%

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

Segundo os datos recollidos, máis da metade das altas deriváronse aos propios domicilios, e son as altas con destino a centros a segunda opción máis destacable.

Táboa núm. 16. CAUSAS DE EXITUS NO SANATORIO

MORTE NATURAL	64,19%
CAUSAS DESCOÑECIDAS	22,22%
SUICIDIO	12,34%.
HOMICIDIO	1,23%

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

Hai un total de 81 *exitus* recollidos, o que supón un 8,20% do total da mostra estudada. É significativa a cifra de 18 casos que faleceron sen que se poida indicar a súa causa.

OS INICIOS DO SANATORIO

Na primeira metade do século XX, aparecen en Galicia pequenos manicomios particulares que converten por entón a nosa comunidade na primeira de todo o Estado en canto a número de camas psiquiátricas no ámbito privado. Daquela, Galicia contaba tan só cun establecemento sanitario que dispuña de prazas benéficas: era o manicomio de Conxo en Santiago de Compostela.

O 14 de abril de 1955, as Cortes Españolas crean por lei o Padroado Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), como organismo estatal dependente do Ministerio da Gobernación.

O PANAP permitiu que en agosto de 1959 empezase a súa singradura o Sanatorio Cabaleiro Goás situado no concello de Toén, cuxo primeiro director foi o doutor Cabaleiro (A Coruña, 1919-Ourense, 1977). No ano da inauguración, o centro contaba na subdirección co doutor Téllez Carrasco e dous médicos residentes: Leopoldo Vicente e Gómez Reino.

Cando se inaugura o Sanatorio de Toén, exercía o cargo de secretario xeral do PANAP o señor Turégano e o presidente da Deputación Provincial de Ourense era o señor Rodríguez de Dios.

A comunidade relixiosa que traballaba nos seus comezos en Toén formábase as Irmás da Orde de María Santísima do Monte. As primeiras funcións asistenciais foron levadas a cabo por cinco relixiosas.

O resto do traballo era desempeñado por 11 empregados, 9 enfermeiros e 19 mozas de servizo. O número de prazas habilitadas no sanatorio no seu comezo era de 160 doentes, e a Deputación da Coruña e de Pontevedra tiñan reservadas 20 prazas cada unha. Os cuartos do antigo pavillón albergarían entre 8 e 9 camas.

Nos días previos á inauguración, o doutor Cabaleiro desprazarase a Conxo para comprobar se os primeiros 14 doentes que por entón foran derivados a Toén cumprían os criterios para o seu ingreso nun centro inicialmente destinado a doentes recuperables, con idades comprendidas entre os 16 e os 60 anos.

Cómpre indicar que todos os ingresos que se realizaban por entón no Sanatorio de Toén eran de homes. A pesar de que o sanatorio dispuña dun pavillón habilitado para mulleres, tardouse case 25 anos para que unha muller tivese o mesmo dereito ca un home en dispoñer dunha cama psiquiátrica na provincia de Ourense. A cuestión tiña un discurso de orde sexista e patriarcal, xa que determinados psiquiatras e mais o clero opoñíanse a que os homes e as mulleres cohabitasen xuntos no sanatorio.

As mulleres eran marxinadas e desprazadas a outros sanatorios do Estado español coma o de Arévalo en Ávila, pertencente á Orde Hospitalaria do Sagrado Corazón, unha vertente feminina da Orde de San Xoán de Deus.

Era un establecemento psiquiátrico exclusivamente para mulleres, cunha poboación interna de 400 persoas. Este tipo de situacións provocaban unha ruptura e desarraigamento sociofamiliar que a día de hoxe segue nalgúns casos no recordo de doentes e familiares.

Os internamentos no Sanatorio Cabaleiro Goás producíanse por criterio médico ou por decisión xudicial e as prazas custeábanse de xeito benéfico ou privado.

Unha porcentaxe moi alta das estancias eran custeadas polos fondos procedentes da beneficencia. O tolo adiñeirado na maioría das ocasións era ingresado nalgún dos sanatorios privados que abundaban na nosa comunidade.

É interesante a comparación dos custos nas estancias no ámbito público e privado en Ourense no ano 1965; mentres que o custo da estancia en Toén era de 40 pesetas/día, o custo da estancia no Sanatorio Perpetuo Socorro ascendía a 250 pesetas/día.

As vacantes que, de cando en vez, quedaban no sanatorio cubríanse en gran medida con reingresos, xa que estes tiñan preferencia sobre os novos internos.

Moitas familias non podían ingresar de maneira benéfica o seu familiar en Toén e víanse na obriga de facelo nunha praza privada. Cando se lle acababan os cartos, podían pasar a unha praza da Deputación se precisaban seguir hospitalizados. Claro que, para ingresar no eido privado, había que

dispor dalgún aforro, o cal non era doado por entón. Senón, podía vender algunha terra ou facer outro tipo de amaño.

Os que non podían custear unha praza privada ou entrar de maneira benéfica en Toén eran trasladados a diversos lugares, coma Conxo, San Baudillo de Llobregat (Barcelona), Conde de Romanones (Alcoete), Instituto Pedro Mata (Reus), San Luis (Palencia), Arévalo (Ávila), Instituto de Orientación Pedagóxica Dr. Lartigau (Tarragona), Sanatorio de Guipúscoa, entre outros.

Para falar dos distintos tratamentos aplicados necesitaríase un punto máis extenso e facer un percorrido no tempo sobre o que supuxo a introdución dos primeiros neurolépticos na mellora da calidade de vida dos doentes.

Nos datos recollidos no noso estudo, constatamos que os tratamentos máis empregados no Sanatorio de Toén foron: os fármacos, a laborterapia, o electroshock e as celas de castigo.

Tampouco se deben esquecer tratamentos como duchas frías, comas hiperglicémicas ou inxeccións de trementina, entre outros empregados na pacificación da tolemia.

Aínda que os primeiros neurolépticos datan de mediados dos anos 50, seguíanse a empregar técnicas aversivas coma as celas de castigo, moitas das veces por excesivos períodos de tempo.

Estas celas contaban con escasos medios de seguridade que convidaban máis a un fatídico desenlace que a outra cousa. Así é tal como o deixaba reflectido un médico daquela época. No ano 1974, a cronista Maribel Outeiriño, no xornal *La Región*, cualificaba as celas como “lugares sinistros onde os seus equipamentos constaban dunha cama, un urinario, unha xanela e unha portentosa porta con asexadoiro”. Estaba claro que determinados costumes enraizados na rancia psiquiatría lle servían aínda a algún clínico para impor a súa particular orde.

Entre as distintas actividades de laborterapia que se chegaron a facer no sanatorio, atopábanse as relacionadas coa horta, cociña, comedor, barbería, imprenta, xardín, limpeza, granxa, despensa, cestería, encadernación, zapatería, carpintería, olería, cerámica ou emprego na construción de parte do centro, a través de contratos coas empresas propias construtoras.

AS PRIMEIRAS ASISTENTES SOCIAIS NO SANATORIO

OS COMEZOS DA PROFESIÓN

En 1961, dous anos máis tarde de que abrise as súas portas o Sanatorio Cabaleiro Goás, chega ao centro a primeira asistente social. O

posto inicialmente asignárase a cargo de Carmen Lafarga, que llo cede a M.^a Socorro Bueno.

M.^a Socorro pertenceu á primeira promoción de asistentes sociais de Galicia e realizou en Toén unha interesante tese sobre “os enfermos mentais na provincia de Ourense e os problemas que lle presentan á Deputación Provincial os de Beneficencia”.

Xa daquela o director do centro, doutor Cabaleiro, fixo fincapé na importancia de que o doente fose tratado tendo en conta a súa esfera social como algo non complementario, senón dunha importancia relevante. Por iso, incorporou a figura da asistente social como membro do equipo asistencial, tal e como xa se viña facendo noutros sanatorios estatais, coma o López Ibor en Madrid.

As distintas asistentes sociais que pasaron polo sanatorio non exercerían longos períodos de tempo o seu labor. Os escasos soldos da Administración non garantían un sustento económico e motivador suficiente.

De feito, aínda a mediados dos anos 70 o soldo sería dunhas 12.500 pesetas mensuais, cando neses anos só o alugamento dunha vivenda roldaba as 6.000 pesetas. Isto orixinou que algúns asistentes sociais marchasen da Administración ou que ascendesen dentro desta, co obxectivo de acadar unha mellor calidade de vida.

Nos primeiros anos, intentábase compensar as carencias nos soldos achegando pagas extraordinarias ou determinados suplementos económicos que, nalgúns casos, a Administración do centro podía levar a cabo.

Porén, isto non impediría que abandonasen o sanatorio as dúas primeiras asistentes sociais M.^a Socorro e Artemia Diéguez, as cales cambiarían a vida no sanatorio polo Padroado M.^a Soriano localizado na capital ourensá, onde a diferenza salarial era considerable. Neste padroado, ambas encargáronse de atender os nenos con discapacidade intelectual que dependían da propia institución.

M.^a Socorro traballou ata o ano 1966 e foi substituída por Artemia Diéguez, quen permanece ata 1969. Logo chegaría M.^a Ángeles Bernardo de Quirós e, posteriormente, Sofía Fabeiro, quen exerceu ata 1975. Neste ano, o primeiro asistente social home de Galicia, Pepe Velo, incorpórase ao cadro do sanatorio.

Con posterioridade, incorporase unha segunda asistente social ao centro, Rita Lois, que estará ata mediados dos anos 80.

As dúas primeiras asistentes sociais, M.^a Socorro e Artemia, traballaban para a Deputación Provincial de Ourense. Porén, os soldos pagáballos a Caixa de Aforros de Ourense.

Subían inicialmente determinados días ao sanatorio unhas cantas horas para se encargar daqueles doentes cuxa estancia cubría o Departamento de Beneficencia da Deputación.

O período académico na Escola de Asistentes Sociais de Galicia realizábase en Santiago de Compostela con certas carencias formativas nos seus inicios, o que provocou que algunha asistente social, coma Artemia Diéguez, decidise ampliar coñecementos en Francia.

Non sería ata o ano 1978 cando se convoquen un número significativo de prazas de asistentes sociais, en concreto 131 a cargo da Institución da Sanidade Nacional.

COMETIDOS DAS ASISTENTES SOCIAIS NO SANATORIO

As atribucións profesionais que as distintas asistentes sociais tiveron no sanatorio viñeron condicionadas polas melloras político-sociais que aconteceron no país ao longo dos anos e que permitiron unha mellora na calidade asistencial, ao contar con máis prestacións e recursos.

Nos primeiros anos, no sanatorio as limitacións nas intervencións sociais foron evidentes. O rol da asistente social máis acentuado era a figura dunha mediadora sociofamiliar.

Segundo se recolle documentalmente¹, nos primeiros anos o labor primordial e básico das asistentes sociais por entón nas institucións psiquiátricas facían referencia a:

1. Comézase coa presentación oportuna do médico, o que facilitará que doentes e familiares coñezan e interactúen coa asistente social como unha parte necesaria no seu tratamento.
2. Recompilar os datos sociofamiliares, e para iso realízase a ficha social de cada doente. A información recollida nos datos xerais abranguerá cuestións relativas á filiación, educación, traballo, relacións sociais, distraccións, situación económica e ambiente social.
3. A asistente social tratará de gañar a confianza do doente a través dun trato respectuoso e sinxelo. As entrevistas cos membros da familia proporcionaranlle aquela información necesaria que o doente non poida detallar.
4. Establecer lazos de unión entre o enfermo e súa familia será un cometido de máxima importancia.

¹ Transcribense literalmente as funcións tal e como se recollen no documento (completar Luís)...

5. Realizar visitas domiciliarias, se fose preciso, ou utilizar a correspondencia como medio de enlace co exterior.
6. Preparar a familia para a alta do doente, proporcionándolle aquela información necesaria que facilite unha mellor adaptación no contorno. Os permisos curtos servirán para valorar a adaptación e a integración e con iso fixar unha posible data de alta.
7. Asegurarase de que os doentes tomen o tratamento prescrito, así como xestionalos cando sexa preciso a través de institucións benéficas e caritativas.

Ademais, facíanse outro tipo de xestións e cometidos:

- Realización da historia familiar, así como a súa composición.
- Localización de familiares. Reinserción familiar.
- Antecedentes dos pacientes noutras institucións.
- Información de permisos temporais e seguimento das altas clínicas.
- Preparación da festa do doente.
- Petición de roupa.
- Petición de cartos para a compra de tabaco e refrescos para os pacientes.
- Investigacións sobre o patrimonio do doente para poder levar a cabo a súa externalización.
- Envío de cuestionarios nos casos nos que as familias non se desprazasen para poder completar o estudo do interno.
- Contacto habitual co párroco do municipio que facilita en moitos casos o enlace entre o sanatorio e a rede familiar.
- Envío e lectura de correspondencia ao existir unha porcentaxe de analfabetismo entre os doentes.
- Comunicación e xestións con asistentes sociais que traballan en empresas privadas coma Barreras, Factorías Vulcano, Renault ou a Sección Feminina do Movemento, entre outras, para amañar pagamentos de estancias hospitalarias ou xestionar posibles discapacidades.
- Inclusión dos doentes nos padróns benéficos municipais naqueles casos nos que non se poida custear o tratamento, para evitar posibles recaídas.

Ao comezo dos anos 70, coa denominada psiquiatría do sector, as funcións da asistente social cobran maior relevancia se cabe. Aumentan os desprazamentos domiciliarios onde fomentar e desenvolver melloras nas relacións humanas entre pacientes, familias, equipo asistencial e a sociedade en xeral, con intervencións sociais no eido individual e grupal.

Incrementarase tamén a xestión das solicitudes de pensións procedentes do seguro obrigatorio de vellez e invalidez (SOVI) ou do Fondo Nacional de Asistencia Social (FNAS), acudindo ao Goberno Civil ou ao Instituto Nacional de Previsión nos casos en que proceda.

Neste sentido, é preciso apuntar o número significativo de casos de retorno da emigración por mor da gravidade dos cadros clínicos, xestionando as pensións ou as invalideces oportunas, co inconveniente ás veces de ter que comunicarse con distintas administracións de países diferentes.

Ademais, cómpre sinalar que posibilitar o traslado do doente estabilizado aos escasísimos recursos residenciais que existían requiría da asistente social grande habilidade e perseveranza. O estigma de calado profundo que impregnaba a sociedade respecto da tolemia era abonda para non ter en conta aspectos como a estabilización ou a boa resposta social como argumentos de peso para a externalización dos doentes.

A DIFICULTADE DE ENTRAR E DE FUXIR DOS MUROS

O número de doentes na lista de espera para poder ingresar en Toén era interminable. Deste xeito, moitos dos homes e mulleres afectadas por unha patoloxía psíquica tiñan que seren trasladados fóra da provincia, xa fose a Conxo ou a calquera outra parte do territorio nacional. Será por entón a Deputación de Ourense, a través do seu Departamento de Beneficencia, a encargada de custear as estancias e os tratamentos precisos daquelas persoas con carencias de recursos.

Sabíase que as listaxes eran manipuladas de xeito discrecional para que certos doentes tivesen preferencia para ocupar unha praza benéfica.

A documentación obrigatoria para o ingreso no sanatorio constaba de:

1. Solicitude dirixida ao Ilmo. Sr. Presidente da Deputación Provincial de Ourense.
2. Informe favorable da Sección de Árbitros da Deputación Provincial con recensión na carencia de recursos.
3. Certificado de nacemento.
4. Informe do alcalde do concello de referencia.

5. Certificado médico do concello de referencia.

6. Informe favorable do doutor Cabaleiro Goás.

O impedimento de ingresar por carencia de recursos nun establecemento psiquiátrico orixinou moitas das veces desenlaces trágicos.

Conseguir un internamento dun doente de maneira benéfica en Toén tiña altas doses de desesperanza. A miúdo, a familia atopábase en situacións dramáticas se non dispuña de caudal económico para sufragar unha praza privada. A isto engadíanse descoñecementos sobre a enfermidade ou o feito de non dispor de apoios abondos na rede sociofamiliar.

As historias sociais e clínicas recollen situacións dramáticas e non illadas no rural galego. Algún enfermo vivía atado cunha cadea na gorxa e pechado nunha habitación ou cova, feitos máis preto do Medievo ca da metade do século XX.

Tampouco é infrecuente que por entón os veciños se xuntasen para reducir o tolo, para o que realizaban quendas de garda co obxectivo de cazar e capturar o alienado.

Se entrañaba dificultade entrar no sanatorio, a saída convertíase nunha odisea para algúns e nunha alucinación permanente para outros. As razóns de non poder volver ao seu lugar residía na maioría dos casos na negativa das familias a vilos buscar. Noutros casos, carecían de apoio externo ou este non era o axeitado e, en menor medida, as situacións xurídico-legais de dubidosa execución.

O “tolo pechado e o problema solucionado” converteríase ás veces na mellor solución para familias, veciños e autoridades diversas.

Cando un doente dispuña de aforros, xa fosen procedentes da súa pensión ou doutra fonte de ingresos, empregábanse como un estímulo para que as familias tivesen unha predisposición de recoller o familiar que, doutro xeito, non sería posible acadar.

A cronificación institucional por estes motivos repercutiría en que outros doentes non puidesen ingresar e fosen derivados a Conxo ou a outra parte do territorio nacional, aínda que isto nunca superaría a situación que viviron as mulleres con patoloxía mental na nosa provincia.

As familias non ían nalgúns casos ao sanatorio ver os doentes. Tiñan medo de se atopar cunha alta. Deste xeito, a ruptura e cortocircuíto co exterior incrementábase, en maior medida, para os doentes.

É habitual atopar nas correspondencias coas familias a negativa de vir ao sanatorio, para o que se escusaban nas tarefas do agro ou na dificultade para se trasladar por existir mala comunicación ou carencia de transporte. É constatable que, en non poucos casos, non aparecerán polo sana-

torio en meses e mesmo en anos. Intentábase convencer as familias para que levasen os doentes nas épocas de forte traballo no agro e con iso posibilitábaselles unha axuda extra e permitíasilles aos pacientes escapar un tempo da institución.

A festa do doente era un evento que se celebraba todos os anos dende comezos de 1960. Convidábanse as familias a comer e a pasar un día de festa cos parentes. Deste xeito, coñecía-se algún familiar e falábase do estado do doente e da súa posible alta sanitaria.

Existen cartas enviadas onde se ameaza literalmente a familia coa denuncia se non acoden a buscar o seu familiar, que é de obrigatorio cumprimento de acordo co artigo 33 da lexislación psiquiátrica da época.

Este artigo procedía do Decreto do 3 de xullo do ano 1931, no que se ditan as regras relativas á asistencia a enfermos psíquicos, que estaría vixente ata o ano 1985.

O sanatorio, deste xeito, vai cumprindo cada vez máis a función de depósito de persoas nocivas e molestas para a sociedade. A estancia no sanatorio converterase para algúns nun peche interminable.

Nas historias sociais do ano 1972, recóllense datos onde se insiste en que, xa sexa por razóns económicas, sociais, laborais, familiares ou xurídico-legais, un 32% dos pacientes non poden ser dados de alta no sector residencial. A estes engádeselles os que permanecen de maneira asilar, como oligofrenias, senilidade e cronicidade.

Tamén existe algún caso diagnosticado no seu día de imbecilidade. Anos mais tarde, valórase que o que ten o paciente non é mais ca unha pobreza cultural significativa. Algunha persoa pasará máis de 20 anos hospitalizada sen síntomas psicopatolóxicos e reside no sanatorio sen medicación ningunha por non ter a onde ir.

Uns dos maiores problemas cos que se atopan as asistentes sociais para facilitar a alta naqueles casos sen apoio familiar é no relativo á busca de emprego. Non existe por entón no Estado unha lexislación que protexa o doente, como si sucedía en cambio noutros países de Europa.

O tolo tiña serias dificultades para acadar un emprego na comunidade por mor do estigma que impregnaba a sociedade. Non se lle daban posibilidades laborais que axudasen a cubrir as súas necesidades e a sustentarse nun lugar normalizado.

Sinala M.^a Socorro na tese anteriormente mencionada a importancia de que a sociedade se esforce pra mellorar a situación dos enfermos e fai referencia á psiquiatría social. Esta é concibida como a necesidade de crear un conxunto de medidas preventivas e curativas que teñan por obxecto a adaptación do individuo nunha vida satisfactoria e útil no seu medio social.

Xa nos primeiros anos da década dos 60, os médicos do sanatorio Vicente Alonso e Téllez Carrasco apuntaban nun documento organizativo interno, entre outras cuestións, que “a asistencia psiquiátrica non é mais ca unha etapa no tratamento e que moitas das veces non era a máis importante, sendo a brevidade no ingreso o máis recomendable”.

Expuñan tamén a necesidade de que a asistencia recaese nun equipo psiquiátrico-social que actuase nos antigos dispensarios ou nos hospitais psiquiátricos, se os houbera. Advertían estes profesionais que a asistencia extrahospitalaria sería menos gravosa que a hospitalaria de antano e a dotación de suficiente persoal remunerado sería o máis aconsellable. Ademais, engadían que a existencia dun orzamento para fármacos repercutiría notablemente no sustento do doente no seu ámbito sociofamiliar.

Todas elas son reflexións feitas ao abeiro do que acontecía no sanatorio, que non era outra cousa que o aumento paulatino de persoas obrigadas a se cronificar ou asilar.

O TOLO E A SÚA RELACIÓN COA XUSTIZA

Non se poderá, en moitos dos casos, atopar unha colaboración axeitada e xusta coa administración da xustiza. Determinados internamentos por autos xudiciais non podían ser dados de alta nin desfrutar sequer dun permiso por non existir argumentos clínicos de peso para determinados xuíces, xa que segundo precisan son denegados ao “non existir a curación do doente”.

Tratábase, sen dúbida, de que determinadas autoridades xudiciais interpretaban que algún doente podería dar problemas e que a mellor solución era que quedase custodiado sen ter en conta o criterio clínico. Evitábanse así conflitos co ámbito veciñal ou familiar.

Noutros casos, o procedemento de determinados ingresos xudiciais non estaba moi claro e requiríase máis información ao respecto. Con frecuencia, resultaba que o expediente desaparecese ou se extraviase.

A todo isto engadíraselle o dilatadísimo tempo que transcorría para contestar as solicitudes que, dende o sanatorio, se lles facía chegar. Deste xeito, o enfermo que ingresaba por auto xudicial en non poucas ocasións quedaba condenado de por vida.

Repasando os autos xudiciais, neste traballo puiden atopar como delitos máis comúns dos tolos os relativos á alteración da orde pública, dun modo especial en momentos de celebración de actos litúrxicos. Tamén se recollen delitos de agresión contra a moral, ameazas contra bens, entre outros.

Xa se dicía por entón que “do cárcere sáese, do manicomio non é tan doado”.

CONCLUSIÓNS

O ano 1959 é unha data relevante no eido da psiquiatría galega. A apertura do Sanatorio Cabaleiro Goás supuxo a dotación dunha segunda institución na nosa comunidade, o que posibilitou o tratamento de moitos doentes en lista de espera e o achegamento de pacientes afastados da súa terra que ficaban noutros hospitais psiquiátricos. O sanatorio foi unha institución progresista en certa maneira. Nel os muros físicos non terían cabida coma na maioría dos sanatorios estatais. En Toén, a barreira social viría conformada de facto polo afastamento xeográfico dos núcleos urbanos máis próximos.

Ese certo aperturismo no tratamento da tolemia seguía a carecer de tendencias normalizadoras. O illamento dos doentes dos núcleos importantes da poboación seguía a garantir a tranquilidade da sociedade. Coma noutros tempos, acóchanse os leprosos, os tuberculosos e os tolos, sen que contaminen, molesten, perturben conciencias ou poñan en perigo as vidas dos cheos de razón.

Certo é que o PANAP escollera outra maneira máis axeitada e novidosa para a época, xa que por entón a psiquiatría tiña como obxectivo afastar os doentes dos confíns manicomiais.

A isto engádeselle a importante presenza das primeiras asistentes sociais no sanatorio, as cales queren afastarse do contexto benéfico asistencial das súas orixes e intervir posibilitando un rol integrador dos doentes na comunidade.

Ata primeiros dos anos 60, os campos clásicos da nosa profesión ficaban na industria e na atención aos colectivos marxinaos. A mediados dos anos 50, empeza o noso labor no eido da psiquiatría, no Cabaleiro Goás, onde as primeiras asistentes sociais desempeñarían un labor de suma importancia para dignificar a vida daqueles doentes mirados de esguello pola sociedade.

É de inesgotable xustiza lembrar a débeda humana e social que se segue a ter historicamente co tolo, un cidadán de última clase en importancia, ao que lle hai que engadir o seu sufrimento e que sexan outros os que decidan por el.

Os comezos do sanatorio supuxeron, por un lado, que aqueles “privilexiados” que puidesen ingresar en Toén tivesen un lugar onde pacificar as súas almas, pero para conseguir isto tamén terán que pagar un prezo: ser excluídos da sociedade. Deste xeito, a súa tranquilidade finará na cróni-

dade e no abandono dos seus dereitos. A algúns doentes custoulles tempo acostumar-se ás normas ríxidas da institución psiquiátrica.

Durante anos, o sanatorio non contou con psiquiatra de presenza física diaria, polo que a organización deste correrá a cargo maiormente das monxas e dos coidadores non cualificados desa época.

Os pacientes procedían de fogares humildes e as súas profesións -labregos, peóns, artesáns...-, de escasa formación académica e ingresos de carácter benéfico, obrigaban os doentes e as familias a unha continua débeda social ou, o que é o mesmo, quedaban a mercé da institución.

Domesticar e custodiar non é algo que soe moi afastado no tempo dos manicomios, para gran parte da sociedade era o que se debía facer. O tolo era sinónimo de perigo, de non poder decidir, de pechalo ou afastalo para sempre, de mangonealo ou de facelo de menos ao antollo dun.

A presenza das asistentes sociais contribuíu a que se valorasen nos doentes o desarraigamento, a marxinalidade, a dignidade ou o restablecemento de lazos sociofamiliares.

Nos primeiros anos, realizaron un labor decisivo dentro e fóra do sanatorio e achegaron unha visión máis humana no trato ao doente, cun rol informativo e educativo para as familias. Ocupáronse de que o illamento, non só xeográfico, senón social, diminuíse froito das continuas pontes sociais que elas habilitan. Deste xeito, pretendeuse que a reintegración do doente na comunidade fose factible, redobrando esforzos cos poucos recursos dispoñibles en canto a servizos e prestacións.

Foi un labor puramente comunitario, onde prevaleceron os dereitos e a dignidade do doente e no que se lle prestou atención á persoa. Foi continua a información e o apoio nas redes comunitarias, o que posibilitou un achegamento humano entre tolos e supostos cordos.

Na década dos 70, coa psiquiatría do sector e a formación de equipos interdisciplinares, o doente tivo máis facilidades para ser reintegrado na comunidade. Os tratamentos e as prestacións económicas a cargo das distintas pensións que sufragaba o Estado orixinou un aumento considerable de traballo para as asistentes sociais, o que lle sumou á súa faceta comunitaria unha importante xestión administrativa a prol de mellorar e dignificar un pouco máis a vida do tolo.

En definitiva, un longo percorrido nun eido marxinado, esquecido, infravalorado e estigmatizado, onde as melloras sociais no doente psíquico sempre foron escasas e carenciais.

Un percorrido por un traballo demasiado árido e pouco recoñecido destas mulleres, primeiras asistentes sociais do sanatorio que coincidiron

co doente nesas datas e que foron das primeiras persoas en reivindicar o dereito dos doentes á súa palabra.

A eles e a elas dedícolles este artigo como homenaxe.

luis.rodriquez.carmona@sergas.es

BIBLIOGRAFÍA

- **ACERO SÁEZ Cándida (1988).** “La investigación en trabajo social”. *Revista de la escuela de Trabajo Social*, núm. 1, 35-46. Universidade Complutense de Madrid, Madrid.
- **ACERO SÁEZ Cándida (1997).** *Estudio de las variables que influyen en el diagnóstico de las enfermedades mentales a través de las historias clínicas de un hospital psiquiátrico*. Tese de doutoramento (2004). Departamento de Psicología Social. Universidade Complutense de Madrid. Madrid.
- **AMEZCUA Manuel, GÁLVEZ TORO Alberto (2002).** “Modos de análisis en investigación cualitativa en salud”. *Revista Española de Salud Pública*, v. 76, núm. 5. Madrid.
- **CONSEGLIERI Ana, VILLASANTE Olga (2007):** “Una aproximación a la población manicomial de Leganés”. *Neuropsiquiatría de posguerra. Revista Asociación Neuropsiquiatría*, vol. XXVII núm. 99, 119-141.
- **GARCÍA ALVAREZ María Jesús (2006).** “Apuntes sobre el funcionamiento del Hospital Psiquiátrico del Rebullón”. *Frenia*, vol. 6, fascículo 1, 179-206.
- **GÓNZALEZ DURO Enrique (1992) 2.ª edición.** Memoria de un manicomio. Ediciones Libertarias-Prodhufi, SA.
- **HUERTAS GARCÍA - ALEJO Rafael (2001).** “Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos”. *Frenia*, vol. 1, fascículo 2, 7-33.
- **HUERTAS GARCÍA - ALEJO Rafael (2001).** “Historia de la psiquiatría, ¿Por qué?, ¿Para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias”. *Frenia* vol. I -1, 9-36. Departamento da Historia da Ciencia. Instituto de Historia. CSIC.
- **HUERTAS GARCÍA - ALEJO Rafael (1999).** “Salud mental y cultura”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. XIX, núm. 72, outubro/diciembre.
- **LOZANO MANEIRO Blanca (2003).** “En el aniversario de Erving Goffman”. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 102, 47-61.
- **PLUMED Javier, REY Antonio (2004).** “Las historias clínicas del Manicomio Nueva Belén”. *Frenia*, vol. IV-1.

- **VILLASANTE Olga (2007).** “Dossier: el manicomio nacional de Leganés: una aproximación histórica a partir de su archivo clínico”. *Frenia*, vol. VIII-2008, 33-68.
- **T. ANGOSTO SAURA, A. RODRIGUEZ LÓPEZ, D. SIMON LORDA (2001).** “Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría (1924-1999)”. Depósito legal OU-41/2001

A PREVENCIÓN DAS LESIÓNS E DA VIOLENCIA DENDE UNHA PERSPECTIVA MULTIDISCIPLINAR

*Susana Rodríguez Da Silva, Begoña Pico Villares, Eva Varela Leiras, Sonia Pico Villares,
Pepi Gómez Romero, M.^a Manuela Zas Castro
Grupo de Traballo sobre Prevención de Lesións
Colexio Oficial de Diplomados en Traballo Social de Galicia*

RESUMO

A prevención das lesións derivadas da violencia, dos accidentes de tráfico, da actividade laboral ou doutras múltiples causas como as debidas á práctica de actividades deportivas ou as autoinflixidas, debe abordarse, segundo recomenda a Organización Mundial da Saúde, incidindo sobre os factores de risco. Estes factores son, en gran medida, de natureza social como a conflitividade interpersoal, familiar e comunitaria ou a cultura do risco que xera condutas temerarias.

A proxección dos profesionais do traballo social nesta importante área preventiva das lesións, pódese desenvolver ben dende a propia dinámica laboral ou mediante a participación en equipos multidisciplinares xunto a outros profesionais (médicos, enfermeiros, educadores sociais, psicólogos etc).

Os traballadores sociais poden achegar a súa capacidade competencial nas intervencións sobre os factores de risco de índole social e contribúen, de xeito determinante, a frear e reducir un problema de enorme magnitude que é responsable de elevadas taxas de mortalidade e morbilidad entre a poboación, sufrimento persoal e familiar, e de grandes custos económicos. Tamén son clave na organización e xestión de servizos de atención aos afectados así como, de outros recursos específicos de apoio.

O presente artigo, logo de expoñer no punto introdutorio o concepto de lesión e a súa relevancia epidemiolóxica, aborda de forma sinxela o ámbito persoal, sociofamiliar, educativo, sanitario e económico e trata de acadar unha finalidade divulgativa mais que formativa, a cal se debe abordar mediante a profundación sistemática nas distintas áreas especializadas: autolesións, lesións por maltrato ou violencia en menores, mulleres ou maiores, por accidentes, entre outras.

PALABRAS CLAVE

Lesións, violencia, prevención, promoción, educación, equipo multidisciplinar.

ABSTRACT

The prevention of the lesions caused by violence, car crashes, work-related activities or by other different reasons - namely, sport activities or self-inflicted lesions - must be undertaken according to the recommendations of the World Health Organisation, paying special attention to risk factors. These factors are, to a great extent, of a social nature, as is attested for interpersonal, family and community conflicts, and also for the culture of risk, that gives way to temerarious behaviours.

The projection of social workers in such an important area as lesion prevention is seen at the level of work dynamics or in their participation in multidisciplinary groups, together with other professionals (doctors, nursing staff, social educators, psychologists, etc.).

Social workers provide their competence in interventions concerning social-based risk factors and they contribute decisively to reduce and bring to an end a great problem that provokes high mortality and morbidity rates, causes individuals and families to suffer and brings about high costs. They are also essential in the organisation and management of attention services for the affected persons and of other specific support resources.

Thus, in its introduction, this article defines the concept of lesion and its epidemiologic relevance. Then, it goes through the personal, social, family, educational, sanitary and economic dimensions, in a simple way - its purpose being to inform rather than to train - and focusing systematically on the different specific areas: self-inflicted lesions, lesions caused by abuse and violence against children, women and elderly persons, or lesions caused by accidents, among others.

KEY WORDS

Lesions, violence, prevention, promotion, education, multidisciplinary team.

INTRODUCCIÓN

Dende un punto de vista técnico as lesións defínense como o menoscabo orgánico que resulta da exposición dun corpo a unha enerxía mecánica, térmica, eléctrica, química ou radiante que interactúa co organismo en cantidade ou cun índice que excede o límite da tolerancia fisiolóxica, así

mesmo poden deberse á falta dun ou máis elementos vitais como afogamento por falta de aire, estrangulación, conxelación etc¹.

As lesións poden clasificarse segundo diversos criterios como a súa gravidade, tendo en conta o contorno no que se producen ou a actividade que se desenvolve no momento en que suceden ou ben o mecanismo de produción e tamén pola intención.

De acordo con este último criterio fálase de lesións non intencionais e intencionais.

As primeiras son aquelas debidas, sobre todo, aos traumatismos causados polo tránsito, envelenamentos, afogamentos, caídas e queimaduras; este tipo representan un 68% do total das lesións e obedecen a un conxunto de circunstancias e factores sociais, educativos, ambientais, económicos, culturais, políticos, xurídicos e urbanísticos.

Xunto a elas, as lesións intencionais ou causadas pola violencia, entendidas como a ameaza intencional ou o uso da forza física contra un mesmo, outra persoa, un grupo ou da comunidade, que representan o 32% restante e poden subdividirse en violencia autoinflixida, aquela que unha persoa se ocasiona así mesma como o suicidio ou a autolesión; a violencia interpersoal, imposta por un individuo ou un grupo pequeno de individuos como a violencia familiar, a de xénero e a violencia comunitaria e a violencia colectiva, provocada por grupos máis grandes, como os continxentes políticos organizados, tropas irregulares e organizacións terroristas e que se subdivide en violencia social, política e económica². Aínda que as lesións e a violencia son a causa dun 32% máis de mortes que as causadas polo VIH-sida, o paludismo e a tuberculose xuntos³, o orzamento destinado a combatelas é escasamente unha décima parte das sumas asignadas a loita contra estas tres enfermidades⁴.

As lesións e a violencia son a causa duns 5,8 cinco millóns de mortes cada ano, representan o 10% da mortalidade rexistrada no mundo, a cuarta parte destas mortes débense a suicidios e homicidios e as causadas polo

¹ BAKER, SP (1992) et al. *The injury fact book*. Second Edition. New York, Oxford University Press.

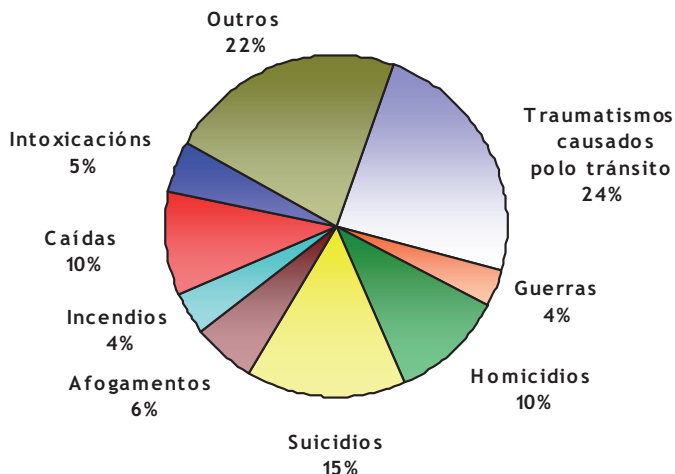
² ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DA SAÚDE (2003) *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C., Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DA SAÚDE. (2010) *Traumatismo y violencia. Datos del departamento de prevención de la violencia y los traumatismos y discapacidad* <http://www.who.int/features/factfiles/injuries/es/index.html#>. Data de acceso: agosto de 2011.

⁴ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DA SAÚDE. BOLETÍN (2008) *Llaman a la acción sobre violencia y lesiones*. http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora16_jul08.htm. Data de acceso: agosto de 2011.

tráfico representan outra cuarta parte (gráfico n.º 1). Na categoría “outros” inclúense as asfixias, os atragoamentos, as mordeduras de animais venenosos ou non, a hipotermia e a hipertermia, así como as mortes a consecuencia de desastres.

Gráfico nº 1. CAUSAS DAS DEFUNCIONS POR LESIÓNS E VIOLENCIA



Fte.: Causas de morte 2008. Táboas resumo da OMS 2011. Elaboración propia

Nos últimos anos obsérvase un aumento relativo da mortalidade a causa das lesións e a violencia, especialmente as relacionadas co tránsito e os homicidios (cadro n.º 1) o que se traduce nunha alteración da orde das causas principais de morte no ámbito mundial que se explica por diversos motivos como poden ser os avances científicos, a maior hixiene e benestar, entre outros, que fan posible unha mellor calidade de vida e da atención sanitaria; pero tamén a causas directamente relacionadas coas lesións e a violencia como o feito de que o aumento do número de vehículos como consecuencia do desenvolvemento económico non sempre vai acompañado de estratexias de seguridade viaria, polo que se refire ás lesións relacionadas co tránsito. Do mesmo xeito, o aumento de homicidios e suicidios explícase principalmente polo aumento das diferenzas sociais e económicas consecuencia dun rápido desenvolvemento económico.

Cadro n.º 1: causas principais de defunción nos anos 2004 e 2008 e a súa previsión para o ano 2030

ANO 2004		ANO 2008		ANO 2030	
N.º	CAUSA	N.º	CAUSA	N.º	CAUSA
1	Cardiopatía isquémica	1	Cardiopatía isquémica	1	Cardiopatia isquémica
2	Enfermidade cerebrovascular	2	Enfermidade cerebrovascular	2	Enfermidade cerebrovascular
3	Infeccións das vías respiratorias inferiores	3	Infeccións das vías respiratorias inferiores	3	Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica
4	Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica	4	Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica	4	Infeccións das vías respiratorias inferiores
5	Enfermidades diarreicas	5	Enfermidades diarreicas	5	Traumatismos causados polo tránsito
6	VIH e SIDA	6	VIH e SIDA	6	Cancro de traquea, bronquios e pulmón
7	Tuberculose	7	Cancro de traquea, bronquios e pulmón	7	<i>Diabetes mellitus</i>
8	Cancro de traquea, bronquios e pulmón	8	Tuberculose	8	Cardiopatía hipertensiva
9	Traumatismos causados polo tránsito	9	<i>Diabetes mellitus</i>	9	Cancro de estómago
10	Prematuridade e baixo peso ao nacer	10	Traumatismos causados polo tránsito	10	VIH e SIDA
11	Infeccións e outras causas neonatais	11	Cardiopatía hipertensiva	11	Nefrites e nefrose
12	<i>Diabetes mellitus</i>	12	Prematuridade e baixo peso ao nacer	12	Suicidio
13	Malaria	13	Cirrose hepática	13	Cancro hepático
14	Cardiopatía hipertensiva	14	Infeccións e outras causas neonatais	14	Cancro colorrectal
15	Asfixia ou traumatismo no nacemento	15	Malaria	15	Cancro de esófago
16	Suicidio	16	Asfixia ou traumatismo no nacemento	16	Homicidio
17	Cancro de estómago	17	Suicidio	17	Alzheimer e outras demencias
18	Cirrose hepática	18	Nefrite e nefrose	18	Cirrose hepática
19	Nefrite e nefrose	19	Cancro de fígado	19	Cancro de mama

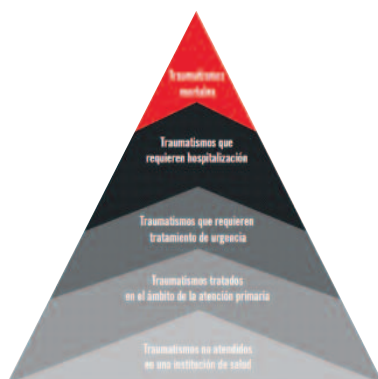
Fonte: Táboas resumo das causas de morte da OMS. Elaboración propia

Así mesmo, cos datos obtidos no ano 2004 prevese que as tres causas principais de defunción a consecuencia das lesións e a violencia no mundo, accidentes de circulación, homicidio e suicidio, seguirán incrementándose, converténdose no 2030 na quinta, duodécima e décimo sexta causa de morte respectivamente.

Non obstante, os datos recollidos en 2008 e, recentemente publicados, evidencian que estas previsións non se están a cumprir, xa que a incidencia destas causas de morte diminuíu, e na actualidade é a causa décima, décimo sétima e vixésimo terceira respectivamente, entre as principais causas de morte no mundo.

Tal diminución, e a falta de novos estudos que afonden na súa explicación, débese moi probablemente ás medidas de prevención que se foron poñendo en práctica e que, de seguir nesta liña, revelaríanse como adecuadas para conseguir a diminución non só do número de mortes senón tamén, das demais secuelas derivadas das lesións e da violencia, xa que pese á súa relevancia, as vítimas mortais só representan unha pequena parte dos miles de millóns de persoas que se ven afectadas polas lesións ou a violencia, as vítimas que han de ser ingresadas en servizos de urxencia, hospitalizadas, tratadas por xeneralistas ou coidadas á marxe da atención institucionalizada.

Esta realidade acostuma a ilustrarse graficamente a través dunha pirámide cuxa forma varía duns países a outros por diversos motivos como a gravidade das lesións, a accesibilidade aos servizos de atención sanitaria, razóns culturais, o nivel socioeconómico ou a dispoñibilidade de datos, pero que en xeral, responde a un esquema na que a cúspide da pirámide representa o número de persoas mortas a consecuencia das lesións ou da violencia e a base aquelas que non reciben atención sanitaria.



Traumatismos mortais

Traumatismos que requiren hospitalización

Traumatismos que requiren tratamento de urxencia

Traumatismos tratados no ámbito da atención primaria

Traumatismos non atendidos nunha institución de saúde

Fonte: Guyer B. and Gallagher S. An Approach to the Epidemiology of Childhood Injuries.
Ped. Clin. 1985

De igual xeito que as vítimas mortais ou con consecuencias para a saúde varían duns países a outros, dentro de cada país algunhas persoas son máis vulnerables que outras, algunhas variables como a idade o sexo, a rexión ou os ingresos son determinantes na magnitude do problema.

Ademais de procurar a adaptación das persoas ao medio co fin de evitar e corrixir as disfuncións sociais, o traballo social debe, na actualidade, propoñerse cooperar na organización dos grupos humanos para transformar situacións problemáticas e mellorar a calidade de vida das persoas e debe facilitar o desenvolvemento das capacidades dos individuos para afrontar as dificultades, e articular os actores cos sistemas que facilitan o acceso a recursos e servizos⁵.

Se se ten en conta que as lesións e a violencia son un grave problema sociosanitario que hoxe en día, a diferenza da consideración tradicional como feitos aleatorios e inevitables, se consideran en boa parte previsibles, o papel dos traballadores sociais na planificación e desenvolvemento de medidas eficaces para previlas é innegable, aínda que este é un tema complexo que interesa a diversas disciplinas e que debe ser abordado dende un enfoque multidisciplinar e integrador que faga posible unha aproximación rigorosa que permita compartir os coñecementos propios das diversas disciplinas e as experiencias dos seus profesionais, cunha vision máis integradora, útil, realista e práctica que garanta unha mellor calidade na proposta de medidas preventivas e de control das lesións.

ÁMBITO PERSOAL

Este ámbito fai referencia ao propio individuo quen en moitas ocasións é o responsable directo do acto preventivo da lesión ou accidente. Nunha situación de risco, unha persoa se non toma as medidas adecuadas pode acabar padecendo unha lesión ou sufrindo accidente e, como consecuencia, terá que afrontar a recuperación e superar as secuelas físicas e psicolóxicas.

A recuperación física vai en correlación coa gravidade da lesión e da capacidade de recuperación do suxeito, xa que, debido á diversidade das lesións e das persoas, non todos os procesos adoitan ser iguais. Por outro lado, no ámbito psicolóxico a recuperación depende tamén da propia persoa e do enfrontamento ante a nova situación que lle tocar vivir. A autoestima e o estado de ánimo van estar en mans de diversos factores como poden ser o contorno social e familiar, a capacidade persoal de superación vital e os motivos e causas que provocan a lesión.

Certas medidas poden previr as lesións e a violencia, como, por exemplo, a utilización de cintos de seguridade, cascos e límites obrigato-

⁵ KISNERMAN. N. (2005) *Pensar el Trabajo Social*. Ed: Lumen Books.

rios de alcoholemia para previr lesións no tránsito ou a modificación dos elementos perigosos no fogar para previr caídas das persoas maiores⁶. A aplicación das ditas medidas de seguridade debe ser realizada finalmente polo individuo para evitar de maneira anticipada a posibilidade de sufrir unha lesión ou accidente.

A consecuencia dun traumatismo ou accidente o individuo pode pasar a unha situación de dependencia⁷. En moitas ocasións, esta situación comporta a necesidade de axuda de terceira persoa ou axuda técnica para o desempeño das actividades básicas da vida diaria. Dependendo da gravidade da lesión e do tempo de recuperación desta pode provocar cambios na vida cotiá da persoa que a padece así como das persoas que conviven con ela.

As estratexias de prevención deben promover a educación e capacitación individual para aumentar a concienciación⁸. É necesario mentalizar a persoa dos beneficios que lle reporta previr unha lesión ou accidente, **é fundamental para lograr unha diminución destas**. A motivación cara ao cambio dos hábitos prexudiciais facilita que un se faga responsable e se implique conscientemente na súa propia prevención.

ÁMBITO FAMILIAR E SOCIAL

A familia é a estrutura social básica que se configura polo interxogo de roles diferenciados. É o modelo natural da situación de integración grupal e constitúe así o núcleo básico no que crece e se desenvolve o individuo. Na nosa cultura segue xogando un papel de grande importancia ao longo de toda a súa vida.

O papel da familia é determinante no desenvolvemento e crecemento dos individuos como seres autónomos e responsables, é nela onde adquirimos xa dende pequenos elementos de “protección e prevención”, que nos fan menos vulnerables ás presións externas e aos factores de risco⁹.

Na prevención no ámbito familiar podemos distinguir dous modelos diferenciados que comezan xa dende que nacemos.

⁶ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DA SAÚDE (2007) *Prevención de lesiones y violencia*. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789275328644_spa.pdf. Data de acceso: setembro de 2011.

⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DA SAÚDE (2004) *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito* http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/summary_es.pdf. Data de acceso: setembro de 2011.

⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DA SAÚDE (2010) *Caídas. Nota descriptiva n°344*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>. Data de acceso: outubro de 2011.

⁹ MAESTROS SAN CAMILO A.C. (2008) *La familia y el enfermo*. www.scrib.com/doc/6826710/la-familia-y-el-enfermo. Data de acceso: outubro de 2011

É a infancia a etapa da vida na que os seres humanos inician a aprendizaxe da súa adaptación ao medio no que deberán vivir, e fano da man dos seus pais ou coidadores os cales, ao mesmo tempo que lles aprenden, toman as precaucións necesarias para previr o dano que puidera xurdir no contorno.

As lesións máis frecuentes coas que nos encontramos son caídas, queimaduras, afogamentos, accidentes de tráfico etc.

A prevención por parte da familia comeza por manter un contorno seguro, xa que todas estas lesións son perfectamente evitables, e, ao mesmo tempo, por ir dándolle ao seu fillo unha autonomía progresiva e unha responsabilidade cada vez maior, para evitar de forma segura os riscos cos que diariamente se atopan.

A familia prové tamén outro tipo de prevención, consistente en proporcionarlle ao menor as ferramentas necesarias para poder defenderse do engano e das presións que exerce o seu contorno: información e conceptos adecuados sobre as diferentes condutas de risco (consumo de alcohol e outras drogas, sexualidade etc.)

Estas ferramentas baséanse principalmente na transmisión de valores, principios e normas para que cada un dos seus membros poidan madurar e medrar sans¹⁰.

No ámbito social cabe destacar os diferentes programas de prevención levados a cabo por diversas institucións e organismos, que comezan xa na escola e continúan durante a nosa etapa adulta.

Observamos que é na escola onde se comeza a abordar a prevención de diversas problemáticas como pode ser a violencia de xénero, o acoso, a obesidade, o consumo de diferentes substancias, a condución temeraria etc.

Os ditos programas están orientados a que as persoas poidan ter estilos de vida saudables, promóvese así a saúde e redúcese o risco de enfermidade.

Dende o punto de vista social, unha sociedade con avances cualitativos e cuantitativos no que a indicadores de saúde se refire implica un benestar dos seus membros e unha maior calidade de vida.

Así, todos os programas de prevención levados a cabo no ámbito social están orientados para que a xente poida aumentar o control sobre a súa propia saúde e melloralas, co que se pode alcanzar así un estado adecuado de benestar físico, mental e social e son capaces de identificar e rea-

¹⁰ REDASISTENCIAL. *Prevención en la familia*. www.prevencciónen familia.com. Data de acceso: agosto de 2011.

lizar as súas aspiracións, satisfacer as súas necesidades e de cambiar ou adaptarse ao seu contorno¹¹.

ÁMBITO EDUCATIVO

A formación é un aspecto esencial e fundamental na tarefa da prevención de lesións e da evitación da violencia.

A prevención apunta a identificar os xeitos de evitar que as persoas cometan actos violentos e de impedir que ocorran sucesos xeradores de lesións, isto acádase mediante a eliminación e a redución das causas subxacentes e os factores de risco. A prevención eficaz salva vidas, reduce discapacidades e outras consecuencias na saúde e na sociedade¹².

A educación xoga un papel fundamental na prevención primaria:

- ✓ Evitando que se produzan ou desencadeen situacións xeradoras de lesións e
- ✓ Promovendo comportamentos e actitudes saudables.

As estratexias que apostan pola prevención primaria sosteñen que, a pesar de que os seus efectos non son inmediatos, conseguen asentar coñcementos e valores baseados no respecto, a equidade, a ruptura de estereotipos etc., que levan a un cambio de actitudes e comportamentos no conxunto da poboación. Dende o ámbito da educación débense implantar programas que teñan como obxectivo a prevención de lesións e a violencia mediante a promoción.

Podemos definir promoción como o acto de espertar a conciencia sobre un problema co obxecto de influír nas políticas, os programas e os recursos que atinxen a ese problema¹³.

O esforzo educativo debe dirixirse en dúas direccións:

- ✓ Por unha banda, dirixido á sociedade en xeral, e dentro desta, dependendo de cada actuación a un ou varios segmentos da poboación.

¹¹ UNICEF. *Para la vida prevención de lesiones*. www.unicef.org/spanish/ffl/12/key_messages.htm. Data de acceso: setembro de 2011.

¹² ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DA SAÚDE (2007) *Prevención de lesiones y violencia. Guía para los ministerios de salud*. Washington, D.C. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789275328644_spa.pdf. Data de acceso: 05 de agosto de 2011.

¹³ MENA PONCE, A.; MOLINA GONZALEZ, A. (2005) *Análisis de las campañas de prevención de la violencia contra la mujer en España*. Ayuntamiento de Valencia. [http://www.valencia.es/mujer/mujer.nsf/0/02786D44FC3CC715C1257404002C24BA/\\$FILE/17894744.pdf](http://www.valencia.es/mujer/mujer.nsf/0/02786D44FC3CC715C1257404002C24BA/$FILE/17894744.pdf) Data de acceso: 25 de setembro de 2011

- ✓ Por outra, dirixido ao colectivo de profesionais dos diferentes sectores que desenvolverán o seu labor na prevención de lesións e violencia.

FORMACIÓN PARA A SOCIEDADE

Unha ferramenta moi útil son as campañas de prevención, orientadas a educar e concienciar á cidadanía. Estas, poden dirixirse a un grupo determinado da poboación pero dalgún xeito poden chegar a unha gran porcentaxe da poboación.

EXEMPLOS CAMPAÑAS PREVENCIÓN



Plan estival 2011 Prevención de lesións graves no medio acuático
Non deixes que o teu fogar sexa un lugar perigoso para eles.
Non te descoides
Evita os accidentes polo que máis queiras
Ante o maltrato, todas e todos a unha.

As campañas de promoción patrocinadas polos gobernos deben informar as persoas sobre os problemas principais relacionados coas lesións e a violencia e as formas en que estes problemas poden preverse, por exemplo, programas de educación destinados a cambiar condutas de risco¹⁴.

¹⁴ MINISTERIO DE SANIDADE, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDADE (2007) *Accidentes infantiles. Campaña de prevención de 2007*. <http://www.msps.es/campannas/campanas07/home.htm>. Data de acceso: 01 de outubro de 2011.

MINISTERIO DE SANIDADE, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDADE (2011) *Plan estival 2011. Prevención de lesiones graves en el medio acuático*.

<http://www.msps.es/campannas/campanas11/home.htm>. Data de acceso: 01 de outubro de 2011.

Cadro n.º 2: exemplos de intervencións educativas segundo o tipo de lesións.

TIPOS DE LESIÓNS	ÁREAS	INTERVENCIÓN EDUCATIVA
LESIÓNS INTENCIONAIS	Maltrato menores	Programas de capacitación para pais e nais
		Programas de capacitación sobre técnicas para desenvolverse na vida
	Violencia na xente nova	Incentivos educativos para estudantes en risco da escola secundaria
	Violencia de xénero	Programas escolares para previr a violencia nas relacións de noivado
	Abuso de persoas maiores	Programas que fomenten as redes sociais das persoas de idade avanzada
	Violencia autoinflixida	Intervencións escolares centradas no manexo da crise, elevación da autoestima e capacidade para afrontar problemas
		Prevención e tratamento da depresión
LESIÓNS NON INTENCIONAIS	Todo tipo de violencia	Campañas multimedia orientadas a modificar as normas culturais
		Redución da demanda e dispoñibilidade de armas de fogo
	Accidentes de tráfico	Campañas uso cintos de seguridade
	Envenenamento	Programas sobre métodos de almacenaxe tanto da natureza dos recipientes coma o lugar onde deben gardarse
	Incendios	Como facer uso de produtos como estufas, queroseno, utensilios de cociña...
	Afogamento	Ensinanza da natación
	Caídas	Programas educativos para fomentar o uso de dispositivos de seguridade para previr caídas

Fonte: Organización Panamerica da Saúde 2007. Elaboración propia

FORMACIÓN PARA PROFESIONAIS

Ademais da cidadanía en xeral, a formación en prevención debe dirixirse tamén aos profesionais dos distintos ámbitos e sectores. A prevención de lesións require persoal capacitado e ben informado, así como estruturas de apoio e redes eficientes.

Para desenvolver as capacidades dos recursos humanos é esencial un adestramento axeitado. Isto aplícaselles a todos os individuos dende os membros do persoal de saúde ata os encargados de desenvolver políticas ata o máis alto nivel. O obxectivo é contar con profesionais que proveñen de diferentes áreas (educación, saúde, ámbito social...) que traballen na área da prevención das lesións e a violencia cunha base común de coñecementos e capacitación, xa que ata o momento non se tratou esta área de xeito sistemático.

Debería facerse fincapé en:

- ✓ Capacitación para a prevención de lesións e a violencia, tanto en institucións académicas como no ámbito laboral.
- ✓ O desenvolvemento de aptitudes técnicas e profesionais, elaborando sistemas de vixilancia, investigación, comunicacións...

A prevención da violencia e as lesións non pode articularse a cargo dunha única institución que traballe de xeito illado, se non que é primordial unha resposta coordinada que involucre a gran variedade de sectores, en función da natureza do problema¹⁵.

ÁMBITO SANITARIO:

As lesións representan unha porcentaxe elevada da mortalidade xeral da poboación no ámbito mundial, como pon de manifesto o dato de que no ano 2008 o 9.01% das mortes fosen debidas ás lesións (táboa n.º 1), apréciase ademais unha desigual persistencia en razón do xénero xa que o 11.5% da mortalidade nos homes son debidas a lesións, mentres que nas mulleres supoñen un 6.1%.

Os accidentes e as lesións son dúas circunstancias ás que, probablemente, deban enfrontarse todas as persoas ao longo da súa vida. Saber como actuar correctamente ante estas situacións e tamén como poder previlas é de grande importancia xa que poden evitar que a persoa sufra secuelas importantes ou incluso evitar a morte¹⁶.

No ámbito sanitario diferéncianse dous campos, o da prevención e o do tratamento. O obxectivo sanitario principal debe estar dirixido á prevención da violencia e as lesións antes que ao tratamento das súas secuelas.

Os servizos sanitarios poden ter un papel importante á hora de transmitir os coñecementos básicos na prevención de lesións. É necesario un esforzo para fomentar a capacidade dos profesionais no seu control e prevención¹⁷.

Dentro do campo do tratamento hai que ter en conta que non todos os países do mundo contan cun sistema público sanitario como existe na actualidade en España e nas súas comunidades autónomas. O Sistema

¹⁵ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DA SAÚDE (2007) *Prevención de lesiones y violencia. Guía para los ministerios de salud*. Washington, D.C. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789275328644_spa.pdf. Data de acceso: 05 de agosto de 2011.

¹⁶ XUNTA DE CASTELA E LEÓN(2008). *Consejos sobre primeros auxilios*. <http://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/consejos-primeros-auxilios>. Data de acceso: 31 de agosto de 2011.

¹⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011). *Capacity building*. http://www.who.int/violence_injury_prevention/capacitybuilding/en/. Data de acceso: 04 de setembro de 2011.

Público Nacional de Saúde en España é universal pero, cada comunidade ten transferidas as competencias sanitarias e na actualidade existe algunha diferenza nas políticas sanitarias entre as distintas comunidades.

Cando unha persoa sofre unha lesión acode a un centro sanitario, ben sexa centro de saúde, hospital ou outro tipo de centros relacionados. Calcúlase que por cada morte debida a lesións ou violencia se producen dúas de hospitalizacións, centos de visitas aos servizos de emerxencias e miles de consultas médicas.

Táboa n.º 1: frecuencia absoluta das causas de morte por lesións no mundo no ano 2008 segundo o xénero

TIPO	CAUSA	MULLERES	HOMES	TOTAL
Lesións non intencionais	Accidentes de tráfico	286171	922519	1208691
	Envenenamentos	80293	172166	252459
	Caídas	222987	287363	510349
	Queimaduras	112235	82992	195227
	Afogamentos	90111	215818	305929
	Outras lesións	441759	704227	1145987
	TOTAL	1233581	2385085	3618666
Lesións intencionais	Lesións auto-inflixidas	275527	506487	782014
	Violencia	90931	444450	535380
	Guerra e conflitos civís	25633	156162	181795
	Outras lesións	1896	9292	11188
	TOTAL	393961	1116391	1510352
MORTES POR LESIÓN		1627542	3501476	5129018
TOTAL DE MORTES		26478857	30409432	56888289

Fonte: Táboas resumo das causas de morte da OMS. Elaboración propia

Toda persoa que sofre unha lesión demanda unha serie de servizos e atencións sanitarias xa que necesita melloras para a súa recuperación ou adaptacións cara á nova situación que comezará a vivir.

En todo o proceso de recuperación implícanse distintos ámbitos de intervencións e, á súa vez, a unha ampla diversidade de profesionais que interveñen nelas. Algúns destes profesionais estarán interrelacionados e terán que realizar traballos en coordinación e colaboración entre os distintos equipos implicados, en moitas ocasións serán equipos multidisciplinares.

Para a comunidade, as lesións e a violencia teñen repercusións médicas, sociais e financeiras máis amplas, que requiren unha resposta coordinada.

Para iso o sector da saúde debería facilitar as intervencións multisectoriais xa que forman parte esencial da recuperación e das vivencias da persoa lesionada.

Dadas as tendencias actuais, espérase que a carga de lesións e violencia no mundo aumente durante as seguintes décadas. Coa actual situación económica mundial de crise, os gobernos buscan recortar gastos en todos os ámbitos sociais e institucionais e entre eles, como non podía ser excepción, o ámbito sanitario.

Na actualidade o gasto sanitario é moi elevado o que unido a débeda sanitaria existente está a influír e a repercutir na duración do tempo de recuperación e na atención dada ás persoas que padecen enfermidades ou lesións.

Para o individuo, o tratamento das lesións e a violencia implica atención médica inmediata, así como rehabilitación psicolóxica, social e física. Neste sentido a recuperación da persoa prodúcese máis a longo prazo que a curto; pero, pola contra, a atención sanitaria vai en sentido inverso xa que a estadía ou os tratamentos médicos intentan reducirse a un curto período de tempo.

ÁMBITO ECONÓMICO:

A prevención da violencia e das lesións, require, en xeral, a intervención de distintos sectores nos que os aspectos económico, social, legal e ambiental están interrelacionados.

A prevención, dende o punto de vista económico, pode analizarse dende unha dobre perspectiva, por unha banda pode verse como un gasto e, por outra, como un investimento.

A sociedade actual está acostumada a interpretar a prevención como un gasto, pola visión xeneralizada das empresas, da sanidade e da propia lexislación onde prevalece o enfoque de custo económico.

É necesario a “reeducación” ou cambio de visión en relación coa perspectiva de análise respecto da prevención, variación que deberá tamén reflectirse na linguaxe mesma e pasarase a empregar o termo investimento no lugar do termo gasto.

É certo que a prevención das lesións e da violencia require de numerosos recursos persoais e materias que representan un importante montante económico, pero este debe de valorarse non en termos absolutos senón con relación ao custo que representan a recuperación e rehabilitación das persoas que sofren lesións ou violencia, pois os custos derivados das lesións e da violencia son unha importante carga para as economías dos distintos países que atinxe aos seus sistemas de saúde e ao ámbito laboral, xudicial e social.

Xunto ao custo económico, nas políticas sociais e sanitarias dos distintos gobernos tamén se debe ter en conta o custo persoal, familiar e social que representan hoxe en día as lesións e a violencia, de modo que toda medida que de forma eficaz e eficiente se tome cara á súa prevención ten que considerarse como un investimento que nun prazo curto de tempo comezará a producir beneficios

CONCLUSIÓN:

As lesións e a violencia son o efecto dun proceso no que interactúan determinados axentes causais e factores de risco, que conduce á aparición dun dano. Este proceso é susceptible de ser intervido e modificado nas distintas etapas do seu desenvolvemento¹⁸. Cada unha destas etapas correspóndese cun nivel de actuación distinto e así podemos falar de prevención primaria, secundaria e terciaria¹⁹.

A prevención primaria oríentase a toda a poboación, é de carácter inespecífico. Engloba o conxunto de medidas encamiñadas a evitar que se produza a lesión ou a violencia mediante o control dos axentes causais e os factores de risco, sendo o seu obxectivo diminuír a incidencia mediante programas comunitarios xerais e de carácter integral. Dentro deste primeiro nivel de prevención inclúense os programas de desenvolvemento comunitario, fomento da participación, traballo con asociacións, escolas de

¹⁸ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2003) *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C., Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud

¹⁹ ZURRO, M. (1999) *Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica*. Ed Harcourt Brace de España S.A

país, formación de profesionais e programas de sensibilización entre outros.

A prevención secundaria engloba as medidas orientadas a deter ou retardar o progreso da lesión ou violencia, unha vez que xa se está producindo. O seu obxectivo é reducir a prevalencia. Trataríase de intervir con grupos de risco, mediante a detección e o diagnóstico precoces e un tratamento eficaz, cando sexa pertinente. Neste punto desde a perspectiva do traballo social debe considerarse principalmente ás persoas que presentan algún tipo de problemática psicosocial susceptible de empeorar ou cronificarse, como poden ser entre outros inmigrantes con problemas de integración, persoas de baixo nivel cultural ou de recursos escasos.

Finalmente, a prevención terciaria abarca as medidas orientadas a evitar, retardar ou reducir as secuelas da lesión ou violencia. O seu obxectivo é mellorar no posible a situación que se produciu, por exemplo, ensinando autocoidados e técnicas de enfrontamento a nova situación. Búscase minimizar os efectos adversos ocasionados, facilitar a adaptación das persoas á situación resultante e contribuír a previr ou a reducir ao máximo que se reproduzan.

Diversos organismos e expertos destacan que a prevención das lesións e a violencia débese abordar a nivel social, comunitario e familiar e que a actuación para ser máis eficaz debería ter un carácter multidisciplinar. Os traballadores sociais como profesionais da acción social están capacitados para detectar e recoñecer as distintas problemáticas sociais; intervir nas situacións de crise que viven persoas, familias, grupos, organizacións e comunidades; participar na formulación das políticas sociais; promover a creación de novos recursos que satisfagan novas necesidades e deseñar estratexias de intervención orientadas a modificar a realidade evitando disfuncións que doutra forma poderíanse chegar a producir²⁰.

BIBLIOGRAFÍA:

- BAKER, SP (1992) et al. *The injury fact book*. Second Edition. New York, Oxford University Press.
- KISNERMAN. N. (2005) *Pensar el Trabajo Social*. Ed Lumen Books.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2003) *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C., Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- ZURRO, M. (1999) *Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica*. Ed Harcourt Brace de España S.A

²⁰ COLEXIO OFICIAL DE TRABALLO SOCIAL DE GALICIA *Profesión: Funciones* http://traballosocial.org/web/index.php?option=com_content&view=article&id=53&Itemid=146&lang=gl
Data de acceso: decembro de 2011

WEBGRAFIA:

- COLEXIO OFICIAL DE TRABALLO SOCIAL DE GALICIA *Profesión: Funciones* http://traballosocial.org/web/index.php?option=com_content&view=article&id=53&Itemid=146&lang=gl Data de acceso: decembro de 2011
- INSTITUTO UNIVERSITARIO DE TECNOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN INDUSTRIAL (2010) *Costos de los accidentes*. <http://www.slideshare.net/uzzi28/presentacion-de-costos-de-los-accidentes>. Data de acceso: setembro de 2011.
- ISTAS. *Impacto económico de los accidentes y las enfermedades de trabajo*. <http://www.istas.net/web/index.asp?idpagina=1954>. Data de acceso: agosto de 2011.
- JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN (2008). *Consejos sobre primeros auxilios*. <http://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/consejos-primeros-auxilios>. Data de acceso: agosto de 2011.
- MAESTROS SAN CAMILO A.C. (2008) *La familia y el enfermo*. www.scrib.com/doc/6826710/la-familia-y-el-enfermo. Data de acceso: outubro de 2011
- MENA PONCE, A.; MOLINA GONZALEZ, A. (2005) *Análisis de las campañas de prevención de la violencia contra la mujer en España. Ayuntamiento de Valencia*. [http://www.valencia.es/mujer/mujer.nsf/0/02786D44FC3CC715C1257404002C24BA/\\$FILE/17894744.pdf](http://www.valencia.es/mujer/mujer.nsf/0/02786D44FC3CC715C1257404002C24BA/$FILE/17894744.pdf). Data de acceso: setembro de 2011.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. NTP 594 (2009) *La gestión integral de los accidentes de trabajo (III): Costes de los accidentes*. http://www.prl.ceoe.es/resources/image/021_Informe_Fuentes_Secundarias_Costes%20no%20prevencion_1.pdf. Data de acceso: agosto de 2011.
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (2007) *Accidentes infantiles. Campaña de prevención de 2007*. <http://www.msps.es/campanas/campanas07/home.htm>. Data de acceso: 01 de outubro de 2011.
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (2011) *Plan estival 2011. Prevención de lesiones graves en el medio acuático*. <http://www.msps.es/campanas/campanas11/home.htm>. Data de acceso: 01 de outubro de 2011.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2004) *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito* http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/summary_es.pdf. Data de acceso: setembro de 2011.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2004) *Un informe de la OMS revela los costos económicos de la violencia interpersonal*. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr40/es/>. Data de acceso: setembro de 2011.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2007) *Prevención de lesiones y violencia. Guía para los ministerios de salud*. Washington, D.C.

- http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789275328644_spa.pdf.
Data de acceso: 05 de agosto de 2011.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (2010) *Caidas. Nota descriptiva n°344*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>. Data de acceso: Outubro de 2011.
 - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2010) *Traumatismo y violencia. Datos del departamento de prevención de la violencia y los traumatismos y discapacidad*<http://www.who.int/features/factfiles/injuries/es/index.html#>. Data de acceso: agosto de 2011.
 - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. BOLETIN (2008). *Llaman a la acción sobre violencia y lesiones*. http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora16_jul08.htm. Data de acceso: agosto de 2011.
 - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2007) *Prevención de lesiones y violencia*. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789275328644_spa.pdf. Data de acceso: setembro de 2011.
 - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2007) *Prevención de lesiones y violencia. Guía para los ministerios de salud*. Washington, D.C. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789275328644_spa.pdf. Data de acceso: 05 de agosto de 2011.
 - RED ASISTENCIAL *Prevención en la familia*. www.prevenzionenfamilia.com. Data de acceso: agosto de 2011.
 - UNICEF. *Para la vida prevención de lesiones*. www.unicef.org/spanish/ffl/12/key_messages.htm. Data de acceso: setembro de 2011
 - WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011). *Capacity building*. http://www.who.int/violence_injury_prevention/capacitybuilding/en/. Data de acceso: 04 de setembro de 2011.

POR QUÉ É IMPORTANTE ADHERIRNOS A UN ESTILO BIBLIOGRÁFICO?: O MANUAL DA APA

Francisco Xabier Aguiar Fernández. Traballador social

RESUMO

Estúdanse certos aspectos conceptuais sobre a bibliografía e reflexiónase sobre a importancia de adoptar un estilo bibliográfico na elaboración dos nosos artigos e manuscritos científicos. Posteriormente, explórase o manual de estilo da American Psychological Association (APA) indicando o beneficio do seu uso nas ciencias sociais. Finalmente, sinálanse algunhas cuestións básicas para a realización de citacións e a construción de referencias bibliográficas no estilo APA.

PALABRAS CLAVE:

Bibliografía - estilo - manual - APA.

RESUMEN

Se estudian ciertos aspectos conceptuales sobre la bibliografía y se reflexiona sobre la importancia de adoptar un estilo bibliográfico en la elaboración de nuestros artículos y manuscritos científicos. Posteriormente, se explora el manual de estilo de la American Psychological Association (APA) indicando el beneficio de su uso en las ciencias sociales. Finalmente, se señalan algunas cuestiones básicas para la realización de citas y construcción de referencias bibliográficas en el estilo APA.

PALABRAS CLAVE:

Bibliografía - estilo - manual - APA.

ABSTRACT

First, some conceptual aspects about bibliographie are studied and we reflect about the importance to adopt a bibliographie style in scientific

articles. Subsequently the style manual of the American Psychological Association (APA) is introduced as a good choice for the social sciences. Finally, we show some general aspects to cite and make reference lists in the APA style.

KEY WORDS:

Bibliographie - style - manual - APA.

INTRODUCCIÓN

A palabra bibliografía provén do grego *bíblion* que significa libro e *graphéin* que significa escribir, é dicir; podería transcribirse como “escritura de libros”. O diccionario da Real Academia Galega¹ defínea con dúas acepcións. A primeira, como estudo que trata de todo o relativo ao aspecto material e de edición dos libros; a segunda, máis acaída co aspecto que nos ocupa, como a relación ordenada dos libros ou traballos publicados sobre unha determinada materia ou por un autor. Nas bibliografías adoita ofrecerse información sobre o autor, título da obra, data e lugar de publicación, editorial ou o estilo, tamaño e outras características da publicación. Como paso previo á súa realización, débese ter escollido a norma ou estilo bibliográfico que se empregará, porque diso depende en boa medida os datos, a orde e a súa forma.

Existe unha grande diversidade de estilos ou normas bibliográficas. Cada revista científica decide cal é o seu estilo, non só para as citas, senon tamén para a forma de redactar os artigos científicos, a presentación ou a organización do contido. Entre eles, a norma ISO 690:1987 (UNE 50-104-94) é o marco internacional de referencia, ao establecer un conxunto de pautas básicas para a presentación das citas bibliográficas de documentos impresos e publicados. Sobre a base desta norma, diversas institucións, universidades, sociedades científicas ou consellos editoriais, teñen creado os seus propios estilos de descrición bibliográfica.

O sistema de citación que numerosos investigadores elixen para a presentación dos orixinais é o de autor-ano. Este sistema é moi recomendado por determinados manuais de estilo das universidades norteamericanas ou de ámbito anglosaxón, sobre todo para a maioría das ciencias naturais e sociais, principalmente pola distinción que permite entre citas, notas e referencias bibliográficas.

Entre a variedade de estilos existentes, podemos destacar os seguintes:

¹ Real Academia Galega (1997): *Diccionario da Real Academia Galega*. Vigo: Ed. Xerais de Galicia.

- *Estilo Chicago*: É un dos máis antigos e máis coñecidos. O manual publicouse por primeira vez en 1903 coa intención de unificar os criterios de citas bibliográficas dos investigadores. É usado principalmente nas materias de historia, ciencias sociais, arte, musicoloxía e literatura.
- *Estilo Turabian*: É un estilo creado por Kate Turabian en 1937 que simplifica o “Chicago”. Contempla menos casuística e é usado principalmente en disciplinas de Humanidades.
- *Estilo Harvard referencing*: máis que un estilo, é unha forma de realizar as citas en contexto. Este formato é o preferido por moitos estilos científicos como o MLA, APA, Chicago, British Standard Institutions e o Council Science Editors. Empregado na física, ciencias naturais e incluso nas ciencias sociais.
- *Estilo Vancouver*: Baséase en grande parte no estilo da *National Library of Medicine*, sendo de uso habitual na ciencia da medicina
- *Estilo MLA*: desenvolto pola Modern Language Association (MLA). Utilízase con frecuencia na realización de informes e traballos de investigación. Bastante popular nas humanidades.
- *Estilo APA*: creado pola American Psychological Association (APA). Establece o formato para todo tipo de citas e documentos e conta con grande popularidade nas ciencias sociais e do comportamento.

Aínda que os datos requeridos e a súa orde poden diferir segundo a norma bibliográfica seleccionada, xeralmente existen un grupo de datos comúns aos diferentes estilos. Con todo, os manuais de estilo non deben converterse nalgo constrinxente, senon en instrumentos para consultar cando se estime pertinente. Ademais, existen instrucións normalizadoras que están por enriba dos manuais, como as guías propias de teses e disertacións das universidades, as instrucións particulares dos profesores ou requerimentos específicos de revistas, ponenciais ou congresos.

A CREACIÓN DA BIBLIOGRAFÍA

En primeiro lugar resulta pertinente facer unha distinción conceptual entre *referencia bibliográfica*, *cita bibliográfica* e *bibliografía*, xa que a primeira alude única e exclusivamente aos documentos que foron citados no transcurso do traballo, a cita bibliográfica especifica con precisión os datos dun texto que avalan a fidelidade a unha fonte determinada, e a bibliografía reúne os documentos que se citaron e todos aqueles que, aínda non sendo utilizados nen citados, son considerados importantes para a investigación que se aborda no traballo. Martínez de Sousa (2000: 74) refírese á pertinencia desta aclaración sinalando que as referencias proporcionan os datos das fontes; as citas bibliográficas colocan estes datos, referi-

dos a unha cita concreta feita no texto, e a bibliografía é o conxunto de referencias en forma de listaxe, sexa total (colocada ao final do traballo) ou por conxuntos parciais (ao final de cada parte ou unidade considerada).

O primeiro paso no proceso bibliográfico é o momento no que se consulta unha fonte e se decide tirar algunha idea, texto ou tipo de información dela. Neste mesmo intre, débese anotar ou tomar os datos requeridos segundo o tipo de fonte do que se trate. Ter establecido o estilo que se empregará para a realización da bibliografía é unha decisión sumamente importante, porque dela dependen en boa medida os datos e xeito no que se deben tomar. Cómpre ter especial precaución no momento en que capturamos estes datos, sobre todo no caso dos recursos obtidos en internet. Do contrario, correríamos o risco de perder a referencia do documento consultado e que posteriormente non sexa doado realocalizalo, coa perda de tempo e esforzo que isto supón.

Unha vez que se conforme a referencia bibliográfica de cada fonte consultada, deberá acotarse no texto a orde segundo as orientacións de estilo empregada. Na actualidade, existen multitude de xestores bibliográficos que permiten organizar as fontes de información consultadas e interactuar con procesadores de texto, como Word e OpenOffice Writer, para xerar de xeito automático a cita e a bibliografía no corpo do traballo. Os xestores bibliográficos son aplicacións informáticas destinadas ao manexo de bases de datos de referencias bibliográficas obtidas a partires de distintas fontes de información (Scopus, Medline, catálogos, sitios web...), capaces de crear, manter, organizar e dar forma ás referencias segundo diferentes estilos de citación. Existe unha grande variedade destes programas: Procite, Reference Manager, Bibus, Endnote ou Zotero, entre outros moitos. A selección dun ou outro xestor depende de distintos factores como a tarefa a realizar ou as facilidades de acceso a internet que ofrezca.

O MANUAL DE PUBLICACIÓN DA APA

Desde a súa creación en 1929, o Manual de Publicación da American Psychological Association (APA), foi concebido como un instrumento que presenta unha serie de recomendacións para axudar aos escritores na preparación e presentación de distintos traballos científicos. Foi creado por un grupo de psicólogos, antropólogos e administradores de empresas que trataron de establecer un simple conxunto de procedementos ou regras de estilo. En consecuencia, non se creou coa finalidade de prescribir normas, senon de ofrecerlles aos autores unha serie de recursos estilísticos, textuais, gramaticais e procedimentais, que podían contribuir á comunicación. Según se recolle no propio manual (APA, 2009), este foi creado para establecer un estándar apropiado e guías de uso, facilitar a redacción de traballos académicos e promover a investigación nas ramas das ciencias sociais, psicoloxía e educación, entre outras.

O estilo APA, ao igual que os outros estilos de redacción, componse de normas ou directrices que sinalan un editorial para garantir a presentación clara e consistente de material escrito. Trátase dun uso uniforme de elementos tales como: a selección das partidas, o ton e a duración; puntuación e abreviaturas; presentación dos números e as estatísticas; construción e cita de táboas e figuras; cita de referencias, e moitos outros elementos que forman parte dun manuscrito (APA, 2011). Por razóns éticas e didácticas, este manual recomenda que se inclúa a maior cantidade de información posible dos responsables da fonte. No primeiro caso, para respetar os dereitos de propiedade do autor ou o editor, entre outros; no segundo, para facilitarlle o labor de comprensión ao lector e mediar efectivamente se este desexa recurrir á fonte citada para corroborar a veracidade dos datos, profundizar nalgún aspecto, contactar co autor ou a editorial, ou consultar a fonte orixinal.

A 6ª edición do Manual de Publicación da APA, actualmente vixente, foi publicada por primeira vez en xullo de 2009, sendo despois revisada e reaxustado nunha versión final no 2010. É un texto moi completo que contén varios cambios significativos con respecto ás versións anteriores, encamiñados a simplificar o proceso de redacción, engadindo exemplos de novas fontes, incluíndo tecnoloxías de internet como podcast e información de apoio con foros de discusión e tutoriais. Inclúe a maioría dos documentos, tanto impresos, audiovisuais como multimedia que un escritor pode utilizar no proceso de documentación. Seguindo de xeito riguroso as indicacións da 6ª edición da APA, contribúese a mellorar significativamente a comunicación co lector (APA, 2010).

POR QUE ADOPTAR AS DIRECTRICES E RECOMENDACIÓNS DO MANUAL DE PUBLICACIÓN DA APA?

O estilo APA constitúe unha forma sinxela de codificar a información en escritos científicos e aumenta a facilidade de lectura e comprensión do tema. Úsase para ensaios, artigos de investigación e teses. Nos últimos anos, a comunidade científica, predominantemente das ciencias sociais e comportamentais (psicoloxía, educación, pedagogía e didáctica, lingüística, socioloxía e traballo social, entre outras), mostraron un maior interese por coñecer e aplicar as normas que propón a APA. Actualmente, máis dun milleiro de revistas científicas de todo o mundo empregan este manual de publicación como guía de estilo. Ademais, en moitos eventos solicítase aos interesados presentar as súas comunicacións ou ponencias tomando como referencia o manual da APA. Ao mesmo tempo, é común nas universidades na realización de proxectos, informes ou traballos de grao e posgrao ou teses doctorais. Neste sentido, o seu interese toma máis relevancia nun momento no que o panorama universitario abre máis posibilidades e establece novas esixencias e retos para a investigación no traballo social. Así, por exemplo, nas normas de publicación da revista *Portularia*², recóllese

que ésta adopta e adhírese ás normas establecidas pola APA lembrando que “o cumprimento dos requisitos establecidos pola APA facilita a indización da revista nas principais bases de datos da especialidade, co que isto supón de beneficio para os autores e os seus centros pola maior difusión que adquiren os traballos publicados” (Portularia, 2011).

Sen embargo, a pesares de que no ámbito das ciencias sociais a maioría das publicacións seguen este manual, o seu coñecemento non se atopa suficientemente difundido entre o noso colectivo profesional. Ademais, podemos advertir con facilidade que en moitos casos non hai unha correspondencia entre as normas e o xeito no que se utilizan: atópanse problemas recurrentes na presentación das citas, hai falta de información nas referencias, non se indican con precisión as fontes, entre outros moitos problemas. Isto débese en parte a que o manual da APA é moi pouco accesible para os autores. En ocasións só se atopa a versión inglesa ou versións desactualizadas.

ASPECTOS XERAIS SOBRE AS CITACIÓNS E AS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS NO ESTILO APA.

As citas bibliográficas van referenciando, ao longo do texto, o autor/data (e nalguns casos autor/ data e páxina), dos artigos, libros ou páxinas web empregados no artigo.

Calquera artigo debe incluír no texto as referencias de todas as publicacións consultadas na investigación. Deste xeito, permítese que o lector identifique axiña a fonte precisa da información. Cando se cite, no texto débese incorporar sempre o autor, o ano (e no seu caso a páxina específica) do texto citado. A referencia completa (autor (es), ano, título, edición, lugar de edición) darase na listaxe de referencias bibliográficas que vai ao final do traballo. Esta, ten como obxectivo primordial ofrecerlle dun xeito preciso ao lector toda a información necesaria sobre as distintas fontes empregadas. O manual da APA diferencia entre o termo de “bibliografía” e o de “referencias ou listaxe de referencias”. Como xa se avanzou anteriormente, no primeiro caso, inclúense todas as obras ou publicacións que podan servir para profundizar no texto ou que o autor recomenda. Pola contra, o termo “referencias” ou “listaxe de referencias”, só inclúe ás fontes utilizadas na elaboración do noso traballo. O estilo APA require referencias, e isto implica que todas as referencias citadas no texto deben estar incluídas na listaxe de referencias e que todas as referencias deben corresponder ás citadas no texto.

² Revista de Traballo Social da Universidade de Huelva (2011). A revista édítase desde o ano 2001 de xeito ininterrompido con carácter bisemestral e actualmente é unha das mellores indexadas no noso eido de investigación.

A listaxe de referencias segue unha orde alfabética e as obras dun mesmo autor ordéanse cronoloxicamente. Todas as seccións de cada referencia van sucedidas por un punto, co obxecto de indicar unidades de significación. As referencias no estilo APA contemplan, entre outros, os seguintes elementos xerais: autor, data da publicación, título, cidade de publicación e editorial. Sen embargo, hai que ter en conta que a expresión destes elementos varía dependendo do tipo de publicación do que se trate (libro, artigo en publicación periódica, documentos de internet...).

Existen diversos tutoriais e artigos traducidos ao español (Figuerola, 2010; Zavala, 2009), algúns accesibles de xeito sinxelo na rede³, que describen con exemplos moi ilustrativos a correcta citación e realización de referencias bibliográficas co estilo APA.

CONCLUSIONS

Con frecuencia obsérvase no ámbito do traballo social certo descoñecemento nos aspectos formais das nosas publicacións. Neste sentido, cómpre que tomemos maior consciencia de que a adhesión a un estilo de citación e construción de referencias bibliográficas cientificamente recoñecido, e o seu correcto emprego, contribúe a que os nosos artigos e traballos científicos sexan máis rigorosos, comprensibles e poidan ser difundidos máis facilmente entre a comunidade científica.

Debemos ter presente incluír nos nosos traballos a maior cantidade de información posible dos responsables das fontes que empregamos mediante un axeitado sistema de citacións e construción de referencias bibliográficas. Deste xeito, estaremos contribuíndo ao respecto dos dereitos de propiedade dos autores que citamos, ao tempo que lle facilitamos a comprensión e consulta das fontes orixinais ao noso lector.

O interese das ciencias sociais polo coñecemento e aplicación do manual de estilo da APA foi en aumento nos últimos anos. Cada vez máis revistas deste ámbito, incluídas as de traballo social, guíanse ou inspíranse neste manual que constitúe unha proposta estilística que facilita a preparación de artigos e traballos científicos. Este manual non está concebido como un documento que resolva todos os problemas aos que potencialmente podamos enfrontarnos neste cometido, pero facilita en grande parte a súa estruturación, comprensión e codificación de cara a súa divulgación científica.

³ Recoméndase a obtención de información actualizada sobre o manual da APA, en especial de todo o relacionado coas citas e referencias bibliográficas no seguinte enderezo electrónico <http://www.apastyle.org>.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: author.
- American Psychological Association (2011). *What is APA style?*. Recuperado de <http://www.apastyle.org/learn/faqs/what-is-apa-style.aspx>
- Figueroa, N. (2010). *Manual de estilo de publicaciones. American Psychological Association*. Recuperado de <http://bibliotecahnodavidmediavilla.org/pdfs/>
- Martínez de Sousa, J. (2000). *Manual de estilo de la lengua española*. Gijón: Trea.
- Zavala, S. (2009). *Guía a la redacción en el estilo APA, sexta edición*. Lima. Recuperado de http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/pdf/guia_apa_6ta.pdf.

CONFEDERACIÓN GALEGA DE PERSOAS CON DISCAPACIDADE (COGAMI)

PRESENTACIÓN DA ENTIDADE

A Confederación Galega de Persoas con Discapacidade (COGAMI) é unha entidade sen ánimo de lucro, declarada de utilidade pública e constituída por 51 asociacións, o que a converte na entidade máis representativa das persoas con discapacidade en Galicia.

Na actualidade, COGAMI está constituída por un total de 16 membros directos: catro federacións provinciais (nas que están integradas outras asociacións), dúas entidades autonómicas e 10 asociacións comarcais.

COGAMI é unha das entidades fundadoras do Comité de Representantes de Persoas con Discapacidade de Galicia (CERMI Galicia) e tamén da Rede Galega contra a Pobreza (EAPN-Galicia). No ámbito estatal, é membro de COCEMFE (Confederación Coordinadora Estatal de Persoas con Discapacidad Física y Orgánica de España).

COGAMI préstalle servizos a máis de 60.000 persoas ao ano, ademais de xestionar directamente 15 iniciativas empresariais de economía social que forman parte do Grupo COGAMI, que emprega a máis de 500 persoas con discapacidade.

Moitos dos servizos que presta COGAMI, así como algunhas das súas iniciativas empresariais, xurdiron a partir de proxectos europeos de diferentes iniciativas nas que a nosa entidade participa dende hai máis dunha década.

MISIÓN

Conseguir a plena inclusión das persoas con discapacidade en todos os ámbitos da sociedade, a través da defensa e promoción dos seus dereitos, da reivindicación do cambio social, da potenciación do asociacionismo e da prestación de servizos que satisfagan as súas necesidades e expectativas.

VISIÓN

Un movemento asociativo consolidado e amplamente recoñecido pola sociedade en xeral, polos seus valores e liderado na busca de novas metodoloxías de traballo coas persoas con discapacidade e na prestación de servizos de excelencia dirixidos a estas.

VALORES

En termos xerais, COGAMI adhírese á Declaración Universal dos Dereitos Humanos, á Carta de Dereitos Sociais da UE, ás Normas Unificadas de Igualdade e á Convención da ONU sobre os Dereitos das Persoas con Discapacidade. Ademais, fai os seus seguintes valores:

- ♦ A defensa dos dereitos das persoas con discapacidade, evitando mensaxes sentimentalistas e asistenciais.
- ♦ A solidariedade, implicación social e cooperación, como medio de defensa dos intereses sociais por riba dos particulares.
- ♦ A mellora continua e a innovación como un medio de acadar a eficiencia
- ♦ A transparencia de funcionamento e xestión.
- ♦ A democracia interna como garante da participación igualitaria de todas e todos os membros.
- ♦ Profesionalidade e orientación ás persoas usuarias.

Neste ano 2011, COGAMI consegue o **SELO COMPROMISO COA EXCELENCIA 300+EFQM**, un recoñecemento que reflicte que a confederación ten un modelo de xestión da calidade comprometido coa busca da excelencia na xestión da entidade e no desenvolvemento dos servizos que ofrece.

A confederación e as súas entidades membros desenvolven na súa misión a mellora da calidade de vida das persoas con discapacidade prestando e desenvolvendo servizos a través das seguintes áreas de actividade: dinamización asociativa, accesibilidade, formación e emprego, lecer, traballo social, comunicación e relacións institucionais, proxectos e calidade, xestión económica, centros de día, grupo empresarial COGAMI.

ÁREA DE TRABALLO SOCIAL

O Departamento de Traballo Social está formado por profesionais deste eido en toda Galicia que teñen como obxectivo darlles resposta axeitada ás necesidades das persoas con discapacidade e, se é o caso, ás súas familias.

O principio básico do noso traballo é conseguir que as persoas adquiriesen progresivamente as capacidades necesarias para levar a cabo o seu proxecto vital.

Traballamos seguindo o modelo habilitador que incorpora criterios e valores da entidade en relación coas persoas con discapacidade, cos seus dereitos e cos apoios que estas precisan.

Ofrecemos información, asesoramento, orientación, formación e apoio para poder acceder aos recursos sociais existentes así como atención psicosocial ás persoas con discapacidade e ás súas familias.

Os nosos paradigmas de atención ás persoas con discapacidade son: prevención, normalización, integración, participación, autodeterminación.

Pódesnos atopar en www.cogami.es, en Facebook, no noso blog <http://cogami.blogspot.com>, en Twitter http://twitter.com/#!/COGA-MI_Galicia e en calquera das nosas oficinas das sete cidades galegas.

ENTREVISTA A JUANA M.^a TUBÍO ORDÓÑEZ, NOVA PRESIDENTA DO COLEXIO OFICIAL DE TRABALLO SOCIAL DE GALICIA.



O pasado mes de novembro de 2011 produciuse un relevo na Xunta de Goberno do Colexio. Como resultado, Juana M.^a Tubío é a nova presidenta desta Xunta de Goberno e, desde Fervenzas, queremos achegarvos un pequeno perfil que permitirá presentarvos o novo equipo e os seus plans de futuro máis inmediatos, de aí que consideráramos acaída esta entrevista neste espazo da revista.

Juana M.^a Tubío diplomouse en Traballo Social pola Escola Universitaria de Santiago de Compostela no ano 1991. Durante estes vinte anos, formouse e especializouse en distintos ámbitos do traballo social, servizos sociais comunitarios, saúde, voluntariado etc. Ao longo da súa traxectoria profesional, desenvolveu diferentes postos de traballo no sector público e privado, participou en proxectos de investigación como entrevistadora-enquisadora en estudos sobre a pobreza e, nos últimos anos, especializouse no traballo social no terceiro sector, onde leva traballando máis de 14 anos.

-Antes de nada, darche a benvida a ti e todo o equipo. Como te sentes persoalmente con este novo reto?

Darche as grazas pola túa acollida. Persoalmente, síntome con ilusión e con moitas ganas de traballar porque toda a Xunta de Goberno conforma-

mos un equipo de persoas comprometidas co Colexio, cun alto grao de implicación e responsabilidade, pero non podemos obviar o panorama xeral que nos toca vivir neste intre e que nos obriga a ter os pés na terra.

-Cales son para ti neste momento as fortalezas desta nova Xunta de Goberno?

Eu diría que as fortalezas desta Xunta de Goberno é, por unha banda, a diversidade de perspectivas que temos cada persoa polos diferentes ámbitos de traballo, as ganas de traballar e que haxa representación de cada provincia. Por outra banda, para min é unha fortaleza poder contar con dúas persoas que formaron parte da anterior Xunta de Goberno.

-Que liñas de traballo prioritarias tendes pensado levar a cabo esta Xunta de Goberno durante os vindeiros catro anos?

Imos continuar co impulso da nosa profesión dentro da sociedade, o traballo social como axente de intervención social, de cambio e de superación. A nosa capacidade de análise da realidade e de planificación da intervención en todos aqueles campos e temas onde as persoas e as comunidades son protagonistas (saúde, educación, emprego, xustiza, medio rural, vivenda, medio ambiente...) tense que reflectir nun Colexio dinámico, transparente, coñecedor das diferentes realidades. Máis ca nunca, nesta época de crise o labor do traballo social como motor de cambio é crucial, polo que máis ca nunca a unión é fundamental e facer achegas desde a proactividade como colectivo.

Reivindicamos un sistema público e universal de servizos sociais. Apostamos por un Colexio que responda ás necesidades da colexiación e á participación activa. Debemos traballar desde unha planificación eficaz e eficiente tendo en conta o panorama social actual.

Continuaremos traballando en catro liñas básicas de actuación:

DEFENSA DA PROFESIÓN

- Impulsar estratexias que favorezan o recoñecemento profesional nos numerosos ámbitos nos que se desenvolve a nosa profesión.
- Potenciar a figura das traballadoras e traballadores sociais nos ámbitos público e privado dos servizos sociais, da educación, da sanidade etc.
- Defender as funcións propias da profesión, loitar contra o intrusismo profesional, cos instrumentos legais dos que se dispón.

- Participar activamente en foros e iniciativas de carácter profesional relacionadas cos ámbitos de desenvolvemento profesional.
- Manter a presenza activa nos medios de comunicación cando xurdan temas de interese social e para a difusión da actividade colexial.
- Establecer liñas de negociación e colaboración cos axentes sociais (sindicatos, sector empresarial etc) e institucións públicas que representan os ámbitos laborais máis significativos da nosa profesión (consellerías, Fegamp, deputacións, consorcio etc.), co obxectivo de participar activamente en: promover un sistema de garantías nos procesos de provisión dos postos de traballo, auspiciados no principio de igualdade, mérito e capacidade, participando activamente no control e vixilancia destes e promovendo a presenza do Colexio en todos os procesos selectivos.
- Defender os procedementos que supoñan a mellora e a calidade da profesión no ámbito da Administración pública, nos procesos de funcionarización do persoal laboral e nos de promoción e carreira profesional, así como no terceiro sector e no sector privado.
- Promover a presenza de profesionais que desexen participar como relatores ou docentes en eventos relacionados co traballo social, celebrados tanto en Galicia coma no resto do Estado e no eido internacional, apoiando a participación con medios materiais e técnicos.

FUNCIONAMENTO DO COLEXIO

- Crear foros (virtuais/en liña e presenciais) de participación por sectores con reunións que teñan como eixe a temática que formulemos as persoas colexiadas para a busca de solucións conxuntas.
- Fornecer e incrementar a capacidade de xestión do Colexio, ofrecendo servizos eficaces, eficientes e de calidade, que dean resposta ás demandas das persoas colexiadas de xeito individual ou colectivo.
- Impulsar activamente o funcionamento de grupos de traballo, no que as persoas colexiadas deben adquirir un compromiso real e efectivo á hora de recoller as demandas e de achegar propostas de solución ás diferentes necesidades da profesión.
- Rendibilizar, canalizar e poñer en valor o traballo realizado polos grupos de traballo.
- Manter continuamente informadas as persoas colexiadas, a través da páxina web do Colexio e doutras canles de comunicación, de

todas as xestións e actividades que se van desenvolver e dos resultados destas.

- Lograr un achegamento aos traballadores e traballadoras sociais dos diferentes sectores para establecer unha análise das necesidades destas, para canalizar as demandas ao Colexio e para facer visible o labor realizado destes profesionais.
- Desenvolver con dilixencia as funcións propias do Colexio.
- Axeitar os estatutos á realidade actual.
- Detectar boas prácticas profesionais para difundir entre as persoas colexiadas e no eido institucional.
- Aumentar os beneficios sociais para as persoas colexiadas.

FORMACIÓN

- Crear na páxina web do COTSG un espazo que recolla as peticións de formación por parte das traballadoras e traballadores sociais, de xeito que se planifique e coordine a formación segundo os requirimentos e as áreas propostas, con contidos e carga lectiva abundosa: igualdade, educación familiar, orientación laboral, dependencia, saúde, educación...
- Empregar as novas tecnoloxías para a formación, así como a medida de descentralización e achegamento da formación, a través das aulas multimedia de Galicia, proposta que debe aceptar esta entidade.
- Buscar validacións da formación que se oferte a través destas canles:
- Celebrar convenios de colaboración con diferentes organismos públicos (escolas universitarias, administracións públicas...).
- Contactar coas diferentes administracións para que homologuen a formación do Colexio nos procesos selectivos.
- Establecer unha canle de colaboración permanente coas escolas universitarias de Traballo Social de Santiago de Compostela e Ourense.

RELACIÓNS EXTERNAS

- Crear e manter liñas abertas de diálogo e de negociación coas diferentes institucións que son un referente nas políticas sociais e/ou no ámbito social (administracións, universidades, asociacións, enti-

dades privadas e de iniciativa social, outros colexios profesionais...), co fin de fornecer a nosa profesión.

- Establecer convenios con institucións públicas, privadas ou de iniciativa social, relacionados cos asuntos profesionais: formación, capacitación, investigación, xestión, organización de congresos e xornadas etc.

-Cales considerades que son neste momento os problemas e as dificultades máis importantes aos que se enfronta o colexio profesional e cales deben ser as estratexias que se han emprender para facerlles fronte?

Neste momento, os problemas e as dificultades máis importantes ás que nos enfrontamos como colexio profesional é a diminución dos orzamentos destinados a servizos sociais en xeral, polo que repercute nunha diminución dos dereitos sociais adquiridos ata entón pola cidadanía en xeral; pero esta diminución tamén afecta directamente a dotación de recursos e funcionamento do Colexio en si. Outra das preocupacións é a privatización da xestión de servizos da Administración sen uns mínimos de calidade que garantan os dereitos da cidadanía, sen a vixilancia e os controis que debe ter a propia Administración, pero tamén os dereitos laborais das profesionais do traballo social, o que potencia a precariedade dos postos de traballo. Non se pode poñer como escusa que estamos en crise para que se saque a concurso servizos onde o prezo á baixa prime sobre a calidade da prestación dos servizos. Para evitar isto, é moi importante ter presenza nos ámbitos públicos onde se toman as decisións, debemos estar onde se negocian os convenios colectivos; por iso, é fundamental potenciar as relacións cos axentes sindicais... Máis ca nunca a proactividade ten que caracterizar a nosa acción de cara á busca de solucións.

Tampouco podemos esquecer a directiva de servizos que pode traer cambios en todas as profesións colexiadas, polo que temos que estar moi atentos a todas as transformacións que poidan producirse.

A actual situación na que se está a cuestionar a solvencia e a continuidade dos principais sistemas de protección social como servizos sociais, sanidade ou educación colocan a moitos profesionais do traballo social nunha situación de gran preocupación e incerteza. Cal cres que é o papel do Colexio Profesional de Traballo Social ante esta ameaza?

O papel do Colexio debe ser a defensa do Sistema Público de Protección Social que, como moi ben dis, podemos resumir nos catro piares do benestar social: sanidade, educación, pensións e servizos sociais. Non nos cabe a menor dúbida de que as ameazas poden converterse en oportu-

nidades; para isto, é preciso deseñar estratexias de accións conxuntas coa implicación activa e con achegas construtivas de todas as persoas que formamos o Colexio de cara a estudar as alternativas posibles neste momento de grandes cambios. Non sería posible afrontar este novo escenario que se nos presenta sen a implicación de toda a colexiación.

Como cres que o Colexio lles pode facer chegar aos responsables das políticas sociais no noso país esta preocupación ou as propostas desde a nosa profesión?

Forma parte das nosas liñas básicas de traballo crear e manter liñas abertas de diálogo e de negociación cos responsables das políticas sociais, temos solicitadas e xa celebradas reunións con diferentes representantes institucionais e imos continuar con este labor. Tamén lles hai que facer chegar ás persoas responsables das políticas sociais -e, de feito, estámolo facendo- as propostas e as preocupacións da colexiación, a través de achegas e medidas concretas no que respecta ao desenvolvemento das funcións propias do traballo social nos distintos ámbitos de exercicio, sempre dentro das competencias que temos como colexio. Así mesmo, hai propostas e achegas que podemos ir facendo cada unha e cada un de nós nos ámbitos que nos compete, que son moi eficaces de cara á concienciación das persoas responsables das políticas sociais.

Cal sería no momento actual a mensaxe que che gustaría facerlles chegar ás colexiadas e colexiados?

No momento actual, a mensaxe á colexiación é aproveitar esta situación para unírnos arredor da defensa dos piares do sistema de benestar como sistema que garante os dereitos e a xustiza social e arredor da defensa da nosa profesión como traballadoras e traballadores sociais, a través da participación activa no deseño de propostas proactivas concretas de actuación como colectivo.

COMENTARIO DE PUBLICACIÓN

MANUAL ORIENTATIVO DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE AGRESIONES A TRABAJADORES/AS SOCIALES

Colexio Oficial de Traballadores Sociais de Madrid

Coordinador do traballo: José Ignacio Santás García

Grupo de traballo formado por: José Luis Gil Bermejo, Leonor Hernando Cárdena, Rosario Luis Yagüe López, José Antonio Ranz Martín e Raúl Soto Esteban

ISBN: 978-84-614-4644-5

Ano: 2010

Edith Pita Hermida. Traballadora social e xerontóloga

O Manual orientativo de prevención e actuación ante agresións a traballadores/as sociais foi elaborado por varios profesionais e editado polo Colexio Oficial de Traballadores Sociais de Madrid no ano 2010.

O obxecto da presente publicación é de carácter preventivo e informativo e pretende ser un instrumento de referencia e apoio a profesionais e institucións. O manual emprega a definición de agresión e relaciónaa co concepto de violencia no lugar de traballo.

Comeza definindo a agresión, tanto psíquica como física e detalla os factores de risco que se poden atopar, ademais das secuelas que poden provocar no traballador/a social.

Entre os factores que dificultan as tarefas de prevención e perpetúan a violencia na relación entre cidadán e profesional destacan: a normalización dos actos violentos na atención ao público (xa que é común asumir a violencia como algo inherente ao desempeño da profesión), a consideración de que é innecesario establecer plans preventivos (xa que, con frecuencia, se cre que a agresión é algo que pode suceder en calquera momento) e o gran número de agresións, tanto psicolóxicas como físicas, que non se denuncian.

De seguido, describe a persoa agresora, menciona as características que pode reunir unha persoa potencialmente agresora.

Outro punto tratado neste manual son algunhas pautas que podemos empregar para xerar un clima en que os encontros coas persoas ás que atendemos se leve a cabo nas mellores condicións posibles. Entre outros menciona: buscar as mellores condicións de seguridade cando se prevexa que pode existir un conflito, facilitar información clara e concreta, empregar unha linguaxe accesible etc.

No caso de perigo de agresión indícanos algúns pasos que hai que seguir, ademais de especificar que é o que se debe e o que non se debe facer ante unha agresión, distingue o que debemos facer de xeito preventivo, no caso de perigo de agresión e no caso de que se produza a agresión.

Posteriormente céntrase nas institucións nas que traballamos (sinálanse algunhas das medidas que se deberían articular dentro dos regulamentos e lexislación vixente), no feito da denuncia (explicase quen debe poñer a denuncia e menciónanse diversas recomendacións) e na Administración e outras instrucións.

Finalmente expón o papel do Colexio de Traballadores/as Sociais de Madrid ante agresións a compañeiros/as, dende o punto de vista preventivo e de apoio colexial. E, como anexos, por unha banda amosa un protocolo de actuación ante agresións a traballadores/as sociais e, por outra, un formulario de rexistro colexial de situacións conflitivas e a tipoloxía penal das situacións conflitivas.

RECENSIÓN DE INVESTIGACIÓN SOCIAL I

TÍTULO: Transformación nas esferas da vida das coidadoras e coidadores familiares ou da súa contorna de persoas en situación de dependencia con grao II e III en Galicia.

AUTORA: M.^a Purificación García Álvarez, diplomada en Traballo Social, licenciada en Socioloxía, doutora en Ciencias Políticas e Sociais, profesora titular da E.U. de Traballo Social de Santiago.

NATUREZA DO TRABALLO: tese

ANO DE REFERENCIA: 2011

DIRECTOR DA TESE: Julio Cabrera Varela

ACCESIBILIDADE AO DOCUMENTO: biblioteca na E.U. de Traballo Social de Santiago e biblioteca da Universidade de Santiago de Compostela.

PALABRAS CLAVE: coidadoras/es familiares, motivos, aspectos socio-emocionais e repercusións vivenciadas.

RESUMO

Análise en profundidade das coidadoras e os coidadores familiares ou do contorno das persoas en situación de dependencia, asimilable ao grao II e III, afincados en Galicia no ano 2009.

Os eixos centrais do estudo son as razóns e motivos que levan as persoas coidadoras a efectuar as diferentes actividades de atención, a percepción que teñen de si mesmos e as repercusións que o acto de coidar lles xera. Así mesmo, invéstíganse os tipos de resposta vivenciadas ao longo do proceso de atención, o grao de utilización e de gozo dos distintos apoios secundarios que reciben, así como, a valoración da mellora da calidade de vida tanto deles mesmos, como das persoas ás que atenden.

Como colofón da investigación preséntanse unha serie de propostas dirixidas a obter unha maior calidade de vida das persoas coidadoras no exercicio do seu rol.

MÉTODO

Investigación cualitativa e cuantitativa centrada en coñecer as transformacións que experimenta a persoa responsable do coidado desde que asume o papel de coidador.

Na primeira fase, recorreuse á metodoloxía estrutural ou cualitativa mediante entrevistas en profundidade. Técnica que nos permitiu a análise globalizante do discurso das coidadoras e os coidadores, aprofundando nos puntos ou variables que se consideraron importantes e que se traballaron posteriormente na fase cuantitativa.

Na segunda fase efectuáronse enquisas personalizadas ás persoas coidadoras, que foron seleccionadas e entrevistadas polas traballadoras e traballadores sociais dos servizos sociais comunitarios.

CONCLUSIÓN

A maioría das persoas coidadoras en Galicia pertencen ao sexo feminino (7 de cada 10 son mulleres). O seu perfil máis habitual é o da muller en singular, de mediana idade, filla da persoa atendida, coa que sempre mantivo unha relación de grande intimidade, que a coidou e segue facéndoo de *motu proprio*.

O perfil demográfico dos receptores de coidados no fogar familiar galego é o de mulleres viúvas de avanzada idade (máis de 80 anos), mentres que nos homes, adoita tratarse de casados e con idades comprendidas entre os 65 e 80 anos. En ambos os sexos, a situación de dependencia está relacionada maioritariamente cos procesos dexenerativos, o envellecemento ou as enfermidades crónicas.

A asunción de todo tipo de responsabilidades relacionadas co coidado, trae consigo a experimentación de variacións no seu estilo e forma de vida, transformación nas obrigacións e nas preferencias, vivencias de fortes cambios emocionais e de sentimentos atopados, especialmente cando se contraponen o desexo de coidar e o esgotamento ou a sobrecarga.

Unha vez analizadas as formas de evasión máis utilizadas polos propios coidadores, trázanse novas propostas que amortezan o impacto e as consecuencias derivadas da acción de coidar, mellorando a súa calidade de vida e, con iso, o da propia persoa atendida.

RECENSIÓN DE INVESTIGACIÓN SOCIAL II

TÍTULO: Ansiedade, depresión e obsesión ante a morte en estudantes universitarios

AUTOR: Francisco Xabier Aguiar Fernández. Diplomado en Traballo Social. Licenciado en Socioloxía. Doutor pola Universidade de Vigo.

NATUREZA DO TRABALLO: Tese de doutoramento.

DIRECTORES: Drs. Antonio López Castedo e Encarnación Sueiro Dominguez.

ANO DE REFERENCIA: 2010

ACCESIBILIDADE AO DOCUMENTO: Biblioteca da Universidade de Vigo. Ficha Teseo.

PALABRAS CLAVE: Ansiedade, depresión, obsesión, morte, educación para a morte.

RESUMO

Na actualidade unha das principais características da sociedade occidental é a de ocultar e desnaturalizar a existencia da morte, tratándoa como un acontecemento social tabú. Esta realidade refléxase tamén nos distintos estamentos educativos, onde as cuestións relacionadas coa morte apenas se investigan e non se ensina a atoparlle un sentido aséptico e autodidáctico.

A interpretación, significado e actitudes ante a morte poden variar moito dependendo das persoas e de múltiples variables, sendo importantes tanto as formas desa manifestación como o feito da súa existencia. A súa perspectiva suscita cognicións e emocións moi variadas, a maioría negativas na súa natureza. As actitudes negativas asóciáanse con diversos estados de emoción, principalmente o medo e ansiedade. Entre éstas, quizáis a máis estudada é a ansiedade ante a morte, entendida como un estado emocional desagradable producido pola contemplación da morte propia. Nos últimos anos, dúas emocións apareceron en consideración: a depresión e a obsesión ante a morte, constituíndo xunto a ansiedade unha tríada que algúns autores consideran nun mesmo concepto xeral interrelacionado de *malestar ante a morte* (death distress).

Dacordo con estas premisas, e partindo desta conceptualización do malestar ante a morte, propúxose unha investigación onde se analizou a

ansiedade, depresión e obsesión ante a morte nunha mostra de estudantes universitarios. Os nosos fins foron, desde logo, teóricos: coñecer e comprender mellor ao ser humano a través da significación e repercusión que ten a morte na súa existencia, as actitudes ante a morte, a súa evolución e as causas da súa modificación. Pero tamén pragmáticos ou aplicados, profundizando no coñecemento da tríada ansiedade, depresión e obsesión ante a morte no período evolutivo da xuventude - adultez emerxente, determinando se existen diferenzas significativas en función de variables como a idade, sexo, ámbito de estudos realizados, lugar de residencia, clase social, práctica relixiosa, experiencia vicaria e experiencia persoal coa morte; e elaborando algúns presupostos que contribúan a comprender mellor o proceso da morte e a súa asimilación a través da educación.

METODO

Mostra

A mostra foi de 1.022 suxeitos de idades comprendidas entre os 18 e os 25 anos estudantes universitarios de distintas facultades da Universidade de Vigo. A idade media foi de 20,8 anos cunha desviación típica de 2,11. En canto á distribución segundo o sexo, predominou o número de mulleres 722 (70,6%), sobre o dos homes 300 (29,4 %).

Materiais

- *Cuestionario estruturado* para a recollida de variables sociodemográficas e das variables relativas á experiencia coa morte (experiencia vicaria e experiencia persoal coa morte.).
- *Escala de Ansiedade ante a Morte (Death Anxiety Scale; DAS)*. Creada por Templer no 1970. Adaptación española de Sánchez e Ramos (1980).
- *Escala Revisada de Depresión ante a Morte (Death Revised Depression Scale; DDS-R)*. Creada por Templer et al. (2001-2002). Adaptación española: Tomás-Sábado e Gómez-Benito (2003).
- *Escala de Obsesión ante a Morte (Death Obsession Scale; DOS)*. Autor: Abdel-Khalek (1998a). Adaptación española: Tomás-Sábado e Gómez-Benito (2002-2003).

Procedemento

A participación no estudo foi voluntaria. Co obxectivo de evitar un posible factor de sesgo, seguiu-se un protocolo no relativo á súa presentación aos estudantes. Contouse coa colaboración do profesorado do Departamento de Análise e Intervención Psicosocioeducativa (AIPSE) da Facultade de Ciencias da Educación da Universidade de Vigo.

O proceso de cálculo realizouse aplicando o programa de análise estatística S.P.S.S. 18 para Windows.

Deseño

Estudo de tipo transversal cun dobre nivel de análise descritiva e analítica. Utilizáronse dous tipos de deseños segundo a análise levada a cabo nas distintas variables: deseño experimental multigrupo dunha soa variable e deseño factorial.

PRINCIPAIS CONCLUSIÓNS

1. A idade inflúe significativamente na depresión ante a morte, sendo esta maior nos suxeitos de menor idade. Constátanse puntuacións máis altas con respecto a outras cohortes de maior idade en mostras españolas.
2. O sexo inflúe significativamente na ansiedade e na depresión ante a morte, sendo maior entre as mulleres.
3. O ámbito de estudos inflúe significativamente nas tres medidas, obténdose puntuacións maiores nos estudantes do ámbito xurídico - social, dentro do cal se atopaban os estudantes de traballo social.
4. A práctica da relixión inflúe significativamente nas tres medidas, sendo maior entre os suxeitos que practican.
5. Non se puideron constatar influencias significativas con respecto ás variables lugar de procedencia, clase social, experiencia persoal coa morte e experiencia vicaria en ningunha das tres escalas.
6. As propiedades psicométricas das escalas DAS, DDS-R e DOS resultaron moi satisfactorias e o rendemento no noso medio moi similar ao documentado noutros países e con mostras españolas. As tres escalas posúen validez factorial e estrutura multidimensional satisfactoria, coherente e considerablemente semellante ás obtidas por outros autores. As probas utilizadas reuniron os requisitos mínimos para seren empregados con certas garantías na investigación científica e posibilitar o desenvolvemento dunha

liña de investigación de indubidable interese e posibilidades para clínicos e teóricos.

7. A nosa investigación dá soporte á teoría do “malestar ante a morte”, como construto interrelacionado composto pola ansiedade, depresión e obsesión ante a morte. A nivel conceptual, e con respecto a esta tríada, cómpre seguir realizando investigacións que nos permitan esclarecermos a relación entre estas tres estruturas.
8. Consideramos a xuventude como unha etapa vital de especial interese para a realización de estudos que midan as actitudes ante a morte, pois nestas idades consolídase a identidade e os xóvenes reflicten todos os cambios estruturais e conxunturais que se producen na sociedade.
9. A sociedade actual cobre a morte cun manto de asepsia que non facilita a opción persoal. Cremos que a morte ten un valor formativo extraordinario. A pesares disto, estanse desperdiciando e minusvalorando estas posibilidades, polo que confiamos en que o interese pola Educación para a Morte se desenvolva no conxunto do currículo educativo.

Tomando como referencia estas conclusións, o traballo finaliza cun capítulo que contén unha proposta educativa. Na mesma, establécense as liñas, obxectivos e contidos básicos para o impulso de programas de educación para a morte en estudantes universitarios, convencidos do interese e potencialidade que estes teñen para intensificar a conciencia cognitiva e a comprensión de cuestións relacionadas coa morte; axudar aos xóvenes a explorar as súas actitudes, sentementos, preocupacións e malestar; e facilitar a súa aceptación e afrontamento.

MEDIACIÓN E TRABALLO SOCIAL

*Ana Martín Muñoz. Mediadora en conflitos. Avogada. Traballadora social.
Vogal da Xunta Directiva do Grupo de Mediación do Iltre. Colexio de Avogados de Granada.
www.puntodemediacion.com*

A mediación como método alternativo de resolución de conflitos (ADR) pode ser definida, dun xeito amplo, como aquela metodoloxía levada a cabo mediante un procedemento estruturado, por un profesional capacitado especificamente para o efecto, imparcial, neutral e sen capacidade de decisión, que ten por obxecto a xestión e resolución de conflitos, facilitando a negociación e a comunicación entre as partes implicadas.

Traballo social e conflito constitúen un binomio inseparable, tanto dende o punto de vista macrosocial, polo que se refire aos conflitos con fundamento na inxustiza social e as estruturas que a perpetúan, como dende o punto de vista microsocial, en relación aos conflitos inherentes á interacción das persoas co seu ámbito. O Traballo social intervén tanto nuns e outros desenvolvendo unha función correctora e superadora dos desaxustes que implican os ditos conflitos.

Na abordaxe profesional dos conflitos adóitase distinguir entre resolución e xestión destes. A resolución atende fundamentalmente o seu aspecto estático, considéraos como unha situación e resalta o papel dos acordos na súa solución. A xestión, en cambio, destaca a dimensión evolutiva que presentan os conflitos considerados como procesos e fai máis fincapé no manexo de dinámicas ou modelos construtivos no seu desenvolvemento e superación, que na adopción de acordos.

Tanto a intervención en traballo social como en mediación perseguen, entre os seus fins, promover o cambio a partir da superación dos conflitos nas relacións humanas mediante a autodeterminación. Non obstante, este punto de encontro non debe inducir a erróneas confusións entre ambos os dous tipos de intervención. Ademais, aínda que este cambio contribúe a mellorar o nivel de benestar e calidade de vida das persoas, no caso do traballo social esta melloría constitúe un obxectivo primordial da súa intervención, mentres que no caso da mediación é un efecto colateral á súa.

Entre as dificultades coas que tropeza a mediación para o seu recoñecemento e consolidación como método específico de resolución de conflitos podemos sinalar dúas. Unha, nun ámbito moi básico, é o descoñecemento xeneralizado do significado técnico da mediación en conflitos fronte á súa arraigada acepción común e outra, nun ámbito máis especializado, é a confusión simplista de que é obxecto con outras intervencións profesio-

nais levadas a cabo desde o ámbito do traballo social, así como tamén dende a avogacía e a psicoloxía.

Polo que se refire á primeira dificultade, a incorporación da mediación ao panorama profesional actual supón a introdución dunha acepción técnica e especializada dun termo moi estendido na linguaxe corrente¹ (mediación en materia de seguros, inmobiliaria, financeira, mediación informal²...), de aí a necesidade de diferenciar a mediación como intervención profesional específica daquela outra mediación levada a cabo de forma espontánea por persoas (profesionais ou non) con actitudes e aptitudes conciliadoras.

A mediación informal existiu sempre e ten un valor inestimable para a vertebración da paz social, tanto como vía natural de resolución dos conflitos sociais, como recurso preventivo da súa cronificación; pero esta mediación non ten nada que ver coa mediación técnica, que, de xeito formal e estruturado, levan a cabo os mediadores profesionais.

En canto á segunda dificultade antes referida, é frecuente escoitar as/os profesionais do traballo social dicir que a mediación é cosubstancial ás súas intervencións e, efectivamente, a mediación constitúe unha das funcións do traballo social (art. 2 do Código deontolóxico); agora ben, como exercen os traballadores sociais esta función?

Co fin de incrementar o benestar e promoción das persoas, o traballo social desenvolveu esta función mediadora fundamentalmente de dúas maneiras:

- 1) Nos procesos de inserción e integración social, mediante a intermediación entre os que se atopan en situación de dificultade e as institucións ou as organizacións sociais; e entre organizacións e institucións de apoio a persoas con necesidades.
- 2) Mediante o emprego de técnicas de mediación con aqueles cos que establece unha relación de axuda para a busca de solucións ás diferentes situacións-problema en que se atopan.

Á vista do anterior, podemos concluír que o contido desta función se sitúa máis na acepción coloquial do termo mediación que no seu significado técnico-especializado en materia de resolución de conflitos.

¹ Segundo acepción común do *Diccionario de RÁEA*, mediación significa “acción e efecto de mediar” e mediar: “chegar á metade de algo. 2. Interceder, pregar por alguén. 3. Interpoñerse entre dous ou máis que disputan ou contenden, procurando reconciliarlos e unilos en amizade”.

² Os exemplos desta mediación son tan variados e frecuentes como presentes na vida social: o pai que media nun conflito entre os seus fillos, a amiga nun conflito na cuadrilla, o párroco nun conflito da comunidade, unha empregada entre compañeiros de traballo, un médico na súa consulta, unha mestra na súa aula...

Efectivamente, por un lado, e tecnicamente falando, mediación e intermediación non son termos sinónimos, pois constitúen metodoloxías diferentes e, por outro, non se pode confundir o método coas técnicas.

Polo tanto, os traballadores sociais só estarán a levar a cabo mediación profesional cando o obxecto da súa intervención sexa especificamente mediar nun conflito, para o que deberán contar coa cualificación necesaria para o efecto e desenvolver a dita intervención conforme aos obxectivos, principios, deontoloxía, metodoloxía e técnicas propios da mediación. O emprego illado de técnicas de mediación no contexto de calquera outra intervención non a converterá en mediación, pois non son elas senón o método no que as conxugan e o obxectivo que nos propoñemos con este os que definen e determinan as nosas intervencións, diferenciando unhas doutras.

A mediación supón un novo espazo de intervención en conflitos sociais, teñan ou non transcendencia xurídica, desenvólvanse no ámbito familiar, escolar, comunitario, laboral, intercultural, sanitario, penal, organizacional... Neste sentido entendo que a mediación é un recurso social, xudicial e político de carácter transversal, que presenta un incuestionable e enorme potencial, aínda que aínda se atope en fase iniciática de implantación.

Con independencia do ámbito de aplicación da mediación, a súa metodoloxía é esencialmente a mesma, a salvo, como en calquera área de coñecemento, a necesaria especialización que esixe a actual complexidade da realidade social³.

A mediación constitúe unha actividade profesional demandada e imposta pola complexidade, versatilidade e vasteza que presenta a conflictividade do noso tempo. As súas maiores fortalezas residen nas seguintes notas definitorias:

- 1) Tratarse dunha intervención interdisciplinar, polo que permite un tratamento dos conflitos máis completo e eficaz que dende unha soa perspectiva ou ámbito profesional.
- 2) Ter un alcance concreto e preciso, o que se traduce na súa curta duración, fronte a procesos máis longos de maior profundidade na súa acción transformativa.
- 3) O seu carácter flexible e ausente de formalismos, o que minimiza o impacto de estratexias procesuais na esencia do conflito.
- 4) Propiciar “solucións á medida”, o que xustifica un elevado nivel de satisfacción para as partes implicadas e a súa durabilidade.

³ De igual modo se impón a especialización na medicina, o dereito, o traballo social ou calquera outra disciplina.

- 5) Favorecer solucións non só dende a legalidade das normas senón dende a xustiza *inter partes*.
- 6) Resultar especialmente eficaz naqueles conflitos nos que os seus protagonistas haberán de seguir mantendo relación entre si.

En conclusión, a mediación supón un novo recurso especializado para as profesións sociais que traballan a xestión e resolución de conflitos, que como toda especialización esixe a inescusable cualificación competencial para o seu exercicio e, como todo recurso novo, esixe velar polas necesarias garantías para poder concorrer como verdadeira alternativa entre os recursos tradicionais xa existentes.

“CONDICIÓN 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* editase 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.- *Recensión de Investigación Social* (incluíra fichas-resumo de teses ou tesinas) 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 tesina), palabras clave, síntese do contido, método e principais conclusións.
- 6.- *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 necesi-

ten 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/a autor/a (se é moi común pódese engadir o segundo). O/s apelido/s poden presentarse dentro ou fora dun paréntese, según como o pida o texto.

Exemplos: (Piñeiro, 2011) ou Piñeiro (2011)

- ❖ Outra posibilidade é citar o/a autor/a e o ano da obra fora 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 poden presentarse de dúas formas:**

a) **Cita literal corta**: incorpórase no texto entre comiñas.

Exemplos: (Piñeiro, 2011:35) ou Piñeiro (2011:35)

b) **Cita literal larga**: se destacan no texto sen o uso de comiñas. Se pon nun bloque nunha línea nova e sangrada toda a cita

❖ **Cando hai máis dun/ha autor/a**

- a) Cando son **dous autores** se pon o 1º apelido dos dous seguido de coma e ano (e número de páxina se a cita é literal).
- b) Se son **3, 4 ou 5 os autores**, a 1ª vez se poñen todos, e nas seguintes ocasións que se citen ponse o 1º e “et al.”.
- c) Se son **6 autores ou máis**, no texto se pon o 1º autor/a e “et al”.

❖ **Autor citado por outro autor**

Segue as pautas anteriores engadindo ao inicio o 1º apelido do autor citado inicialmente, seguido de: citado en.

Exemplo: (Piñeiro, citado en Ibañez, 2008:10)

A BIBLIOGRAFIA TEN QUE ELABORARSE SEGÚN AS NORMAS SEGUINTE:

LIBRO

- 1) **Primeiro apelido** do/a autor/a separado por unha coma da **inicial do nome**. Se o 1º apelido é moi común pódese engadir o segundo (pauta que rixe en calquer tipo de referencia).

Se son varios autores se separan por **comas** e o último se une coa conxunción **e**.

Se os autores son **máis de 6** consígnanse os 6 primeiros seguido dos termos **e outros** ou **et al**, que inclúe aos demais.

Se se trata dunha obra colectiva a cargo dun **coordinador/a**, **director/a**, **compilador/a**, indicárase entre paréntese abreviado despois dos nomes.

Cando non figura o/a autor/a e o libro é editado por unha institución/organismo indicárase o nome desta como autor. Os libros neste caso ordéanse alfabeticamente pola primeira palabra significativa do nome da institución.

Se no libro non figuran os apelidos e nome do/a autor/a, colócase o título na posición do/a autor/a. Os libros neste caso ordéanse alfabeticamente pola primeira palabra significativa do título.

- 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.)

Se se fai referencia a varias obras dun/ha mesmo/a autor/a ordéanse por orde cronolóxica, da máis antiga a máis recente, e se son do mesmo ano, empregaranse letras minúsculas para diferencialas despois do ano; ambos datos van entre paréntese.

- 3) **Título e subtítulo** en cursiva seguido de punto.
- 4) Cando se considere oportuno indicárase o número da **edición** entre paréntese despois do título. Se a obra está editada en varios volumes, e se considera unha información relevante a efectos de localización, indicárase o número do volume correspondente despois do título, entre paréntese.
- 5) **Lugar da edición** seguido de dous puntos.
- 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.

Exemplo:

Piñeiro, J. (2007). *O poder do pensamento*. Lugo: Terra

CAPÍTULO DUN LIBRO

- 1) **Primeiro apelido e inicial do nome** do 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 procede (Coord., Dir., Comp.,....)
- 5) **Título do libro** en cursiva.
- 6) **Páxinas** nas que se localiza o capítulo entre paréntese e seguido de punto.
- 7) Se procede o **número do volume** entre paréntese.
- 8) **Lugar** seguido de dous puntos e **Editorial**.

Exemplo:

Piñeiro, J. (2003). A forza do pensamento positivo. En C. Torrejón (Coord.) *A incertidumbre do futuro*. (40-55). Lugo: Terra

ARTIGO DE REVISTA

- 1) **Primeiro apelido e inicial do nome** do autor/es seguido do **ano** da publicación e referencia temporal entre paréntese, seguido de punto.
- 2) **Título** do artigo seguido de punto.
- 3) **Nome** completo da **revista** en cursiva seguido de coma.
- 4) **Número** do **volume** en cursiva. 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

Exemplo:

Piñeiro, J. (2003, 1º semestre). A mocidade da sociedade actual. *Revista de pensamento filosófico*, 15, 40-55.

MATERIAL DE CONGRESOS, XORNADAS, SEMINARIOS...

- 1) **Primeiro apelido e inicial do nome** do autor/es.
- 2) **Ano e o mes** 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) **Cidade** de celebración

Exemplo:

Piñeiro, J. (2005, febreiro). O cambio na mocidade. Comunicación presentada ao *I Congreso Internacional de Xóvenes Pensadores*. Lugo

TEXTOS NORMATIVOS RECOLLIDOS EN DIARIOS OU BOLETÍNS OFICIAIS

- 1) **Autoría:** nome da institución/organismo que dicta a norma.
- 2) **Ano** de publicación seguido de coma, **día e mes** entre paréntese, seguido de punto.
- 3) **Título literal** da norma seguido de punto.
- 4) **Nome da publicación**, seguido de coma, **e o número** da mesma en cursiva.

Exemplo:

Presidencia da Xunta de Galicia (2011, 13 de xullo). Lei 3/2011, do 30 de xuño, de apoio á familia e á convivencia de Galicia. *Diario Oficial de Galicia*, 134.

ARTIGO EN SOPORTE ELECTRÓNICO

- 1) **Primeiro apelido e inicial do nome** do autor/es..
- 2) **Ano** entre paréntese e punto.
- 3) **Título do artigo** presentado e punto.
- 4) **Título** da publicación en cursiva.
- 5) Indícase o **Tipo de soporte** entre corchetes, seguido de punto
- 6) **Lugar**, seguido de dous puntos e **editorial**.

Exemplo:

Piñeiro, J. (2003). A mocidade da sociedade actual. *Pensamento en acción* [CD-ROM]. Lugo: Terra

MATERIAL ELECTRÓNICO: PÁXINA WEB

- 1) **Apelido e inicial do nome** do 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 el** (día, mes e ano). Este dato no é obrigatorio pero si convinte no caso de que o texto non teña o ano de publicación

5) **Dirección URL** subliñada.

Exemplos:

Piñeiro, J. (2011). *Novas tecnoloxías e mocidade*. Recuperado de <http://www.jonenesactualidad.es>

Para mais información consultar: www.apastyle.org.

A PRESENTACIÓN DE TRABALLOS PARA O RESTO DAS SECCIÓN 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

Subvencionada por:

