

Revista Galega de **TRABALLO SOCIAL**

fervenzas —15—



Revista Galega de **TRABALLO SOCIAL**

fervenzas —15—



Xunta de Goberno

Juana Mª Tubío Ordóñez, Presidenta
Diana Parada Alvedro, Vicepresidenta
Elena Antelo García, Secretaria
Mª José Redondas Vallejo, Tesoureira
María Teresa Díaz Docampo, Vogalía
Alba Rial Moure, Vogalía
Isabel Redondo Zambrano, Vogalía

Responsable da edición**Mesa de redacción**

Diana Parada Alvedro
Mª Elena Puñal Romarís, Mª Xosé Vázquez Vázquez, Sabela Fernández Lema,
Sonia Pérez Iglesias, Pepa Vázquez Martínez, Francisco Xabier Aguiar Fernández
Colexio Oficial de Traballo Social de Galicia

Edita

Rúa Dublín, 6, baixo, porta 3

15707 Santiago de Compostela

Teléfono: 981 56 81 00 | Fax: 981 94 18 98

E-mail: fervenzas@traballosocial.org

Data da Publicación:

Xaneiro 2013

Imprime

Grafinova, S.A.

ISSN

1698-5087

ISSN electrónico

2254-7657

Dep. Legal

C-1.884/97

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

LIMIAR	Páx. 5
1.- O Traballo Social Forense. <i>Pilar Ruíz Rodríguez</i>	Páx. 7
2.- Na busca dunha inclusión social compartida. Perspectivas do Traballo Social en grupo. <i>Pepa Vázquez</i>	Páx. 23
3.- Unha aproximación ao Traballo Social e ao Dano Cerebral Adquirido. <i>M^a Eugenia Veloso Osuna</i>	Páx. 39
4.- Muller en exclusión social severa: estudo sobre percepción, valoración e propostas de mellora. <i>Lucía Rodríguez Constenla</i> <i>Elena Gil Rodríguez</i> <i>María Jesús Lence Gestoso</i> <i>Patricia Torrado Silva</i>	Páx. 55
5.- Programa integral de seguemento terapéutico en pacientes con risco de exclusión social: experiencia piloto nun centro de atención primaria. <i>Alcira Baleato Negreira</i> <i>Carmen Durán Parrondo</i>	Páx. 77
6.- Barreiras e dificultades no acceso á asistencia sanitaria da poboación inmigrante, antes e despois do RD-Ley 16/2012. O caso do Complexo Hospitalario de Ourense (CHUO). <i>Pablo Jiménez Arandia</i>	Páx. 89
EN REDE	
ALCER Coruña. Asociación para a Loita Contra as Enfermidades de Ril <i>Andrea Pardo Mesías</i>	Páx. 107
Cruz Vermella e o Programa de Familias Acolledoras <i>Mónica Devesa Fernández</i> <i>Carmen Fernández Folgueira</i> <i>Carmen Rey Naveira</i> <i>Laura Zamorano García</i> <i>Javier Ferreiro Valenzuela</i> <i>Marta Pintos Magdalena</i>	Páx. 115
ENTREVISTA	
Traballo Social e concellerías de Servizos Sociais. <i>Pepa Vázquez</i>	Páx. 121

COMENTARIO DE PUBLICACIÓN

Recensión do libro: O límite de pensarte libre.

Sabela Fernández

Páx. 127

Prevención de drogodependencias e outras condutas adictivas.

Manuel Isorna

David Saavedra Piñeiro

Páx. 131

RECENSIONES DE INVESTIGACIÓN SOCIAL

Características dos usuarios de servizos sociais para maiores e proposta dun modelo de asignación a recursos.

Patricia María Iglesias Souto

Páx. 133

ESPAZO ABERTO

Marea Laranxa.

José Antonio Ramírez Amor

Páx. 137

NORMAS DE PUBLICACIÓN DA REVISTA GALEGA DE TRABALLO SOCIAL FERVENZAS

Páx. 139

S
U
M
A
R
I
O

Estimados compañeiros/as,

Con este novo exemplar da revista Fervenzas pretendemos dar a coñecer a laboura desenvolvida por diferentes profesionais dos ámbitos xudicial, sanitario e dos servizos sociais.

Pilar Ruíz, no artigo “O traballo social forense” fai un percorrido histórico sobre a evolución da disciplina no noso país e preséntanos, entre outros contidos, as diferentes técnicas e instrumentos a empregar no traballo social forense.

Pepa Vázquez, no artigo “Na busca dunha inclusión social compartida. Perspectivas do traballo social en grupo”, introdúcenos ao traballo social en grupo a través dun pequeno marco teórico e dúas experiencias prácticas no campo da inclusión social activa.

M^a Eugenia Veloso, no artigo “Unha aproximación ao traballo social e o dano cerebral adquirido” fai un percorrido do itinerario polo que pasan as familias e as persoas con dano cerebral adquirido dende que ocorre a lesión ata a fase de estabilización e a posterior integración social.

Lucía Rodríguez e compañeiras, no artigo “Muller en exclusión social severa: estudo sobre percepción, valoración e proposta de mellora” da a coñecer a realidade da muller en situación de exclusión social e analiza as variables diferenciais respecto dos homes que poden influir neste proceso.

Alcira Baleato e Carmen Duran presentan o “Programa integral de seguimento terapéutico en pacientes con risco de exclusión social”.

Pablo Jiménez no artigo “Barreiras e dificultades no acceso á asistencia sanitaria da poboación inmigrante, antes e despois do RD-Lei 16/2012. O caso do Complexo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO)” analiza as dificultades coas que se atopa a poboación inmigrante á hora de acceder ao sistema público de saúde. Partindo dun repaso normativo profundiza na cuestión a partir das entrevistas realizadas aos profesionais do Servizo de Traballo Social do CHUO.

Na sección En Rede, coñeceremos o traballo desenvolvido pola Asociación para a Loita contra as Enfermidades de Ril, Alcer Coruña, así como, o Programa de familias acolledoras de Cruz Vermella.

Neste número Pepa Vázquez entrevista a Paz Pérez, Margarita Castejón e Ignacio Iglesias traballadores sociais con responsabilidades polí-

ticas na área de benestar social en distintas localidades da xeografía galega e dende diferentes formacións políticas.

Na sección Comentario de publicacións, Sabela Fernández preséntanos unha recensión sobre o libro *O ilimite de pensarte libre* e Manuel Isorna e David Saavedra sobre o libro *Prevención de drogodependencias e outras condutas adictivas*.

No apartado Recensión de Investigación Social, contamos coa ficha da tesis de doutoramento de Patricia Maria Iglesias, “Características dos usuarios de servizos sociais para maiores e proposta dun modelo de asignación a recursos”.

José Antonio Ramírez, en Espazo Aberto, presenta o movemento Marea Laranxa e incide na necesidade da mobilización social, tanto por parte de profesionais como da cidadanía en xeral, para frenar os recortes de dereitos sociais por parte dos gobernos.

Finalmente, agradecemos a colaboración de todas aquelas persoas que participaron na elaboración deste número.

O TRABALLO SOCIAL FORENSE

Pilar Ruiz Rodríguez

Traballadora social forense nos xulgados de La Rioja

RESUMO:

Historia e evolución do Traballo Social Forense en España. Funcións que foi desenvolvendo o/a traballador/a social nos tribunais españois. Xulgados nos que intervén. As peticións de informes sociais dos tribunais aos traballadores e traballadoras sociais doutras institucións, límites da intervención do/da traballador/a social. Técnicas e instrumentos no Traballo Social Forense en: violencia de xénero, protección de menores, menores que sufriron abusos sexuais, separacións de parella, valoración da garda e custodia compartida, incapacidade, internamento e malos tratos aos maiores. A intervención do/da traballador/a social en asuntos penais e a valoración social da imputabilidade. Para que lle pode servir un informe social a un tribunal de instrución. A autopsia social: escenario do delito de violencia familiar.

PALABRAS CLAVE:

Traballo social. Forense. Perito. Tribunais.

RESUMEN:

Historia y evolución del Trabajo Social Forense en España. Funciones que ha ido desarrollando el Trabajador Social en los Tribunales Españoles. Juzgados en los que interviene. Las peticiones de Informes Sociales de los Tribunales a los Trabajadores Sociales de otras instituciones, límites de la intervención del Trabajador Social. Técnicas e instrumentos en el Trabajo Social Forense en: Violencia de género, protección de menores, menores que han sufrido abusos sexuales, separaciones de pareja, valoración de la guarda y custodia compartida, incapacidad, internamiento y malos tratos a los ancianos. La intervención del Trabajador Social en asuntos penales y la valoración social de la imputabilidad. Para que puede servir un Informe Social a un Tribunal de Instrucción. La autopsia Social: Escenario del delito de violencia familiar.

PALABRAS CLAVE:

Trabajo Social. Forense. Perito. Tribunales.

ABSTRACT:

The history and evolution of Forensic Social Work in Spain. Functions of by the Social Worker before the Spanish Courts. Courts in which Social Workers intervene. Court's request of Social Reports to Social Workers belonging to other institutions; limits of the intervention of Social Workers. Techniques and instruments in Forensic Social Work in the areas of: gender-based violence, protection of minors, child sexual abuse, judicial separation, assessment of shared parental responsibility, legal incapacity, elder abuse and confinement. The intervention of Social Workers in criminal matters and the social assessment of imputation. Use of a Social Report in a First-instance Criminal Court. Social autopsy: the crime scene of domestic violence.

KEY WORDS:

Social Work. Forensic. Expert. Courts.

CONTEXTUALIZACIÓN:

As traballadoras e os traballadores sociais eran xa asesores nos tribunais de menores en España en 1931, Palacios (1988). Ese ano constituíuse o Consello Superior de Protección de Menores, creando catro seccións, unha delas a de Asistencia Social, que se mantivo despois da Guerra Civil española (1936-1939).

A denominación profesional era nun principio de “visitadoras sociais”. En 1971, na memoria do Ministerio de Xustiza confeccionouse o Programa de necesidades de la obra de protección de menores e entre outros puntos acórdase a creación do Corpo de Xuíces de Menores, ou de ampliación de cadro de persoal de visitadoras sociais ao servizo das Xuntas de Protección de Menores e o de creación de prazas de delegados técnicos de liberdade vixiada ao servizo dos tribunais tutelares de menores 1971 (1972, cit. en Palacios, 1988)

As/os asistentes sociais interviñan en:

- Protección de menores sendo os técnicos que asesoraban ás xuntas provinciais de protección de menores. Desenvolvían funcións de estudo, tratamento e apoio das familias e dos menores en situación de risco.
- Nos tribunais tutelares de menores realizaban funcións de protección e de reforma. Na función protectora realizaban o estudo, o tratamento, o apoio e o control das familias nas que os menores sufrían maltrato ou negligencia. Na función de reforma realizaban o estudo, o diagnóstico e a intervención educativa cos menores que cometían feitos delituosos e as súas familias e asesoraban en ambos

os casos os tribunais sobre as medidas que debían tomar. Interviñan xunto cos delegados técnicos de liberdade vixiada de menores infractores.

A partir da democracia as traballadoras e os traballadores sociais empezaron tamén a intervir noutro tipo de asuntos. O 7 de xullo de 1981 aprobouse a lei de divorcio en España xa que estivera suspendido durante a ditadura franquista. Creáronse entón os primeiros equipos técnicos para asesorar os xulgados de primeira instancia con competencia en procedementos de familia. Os equipos estaban compostos por un psicólogo e un asistente social.

Pola Lei 21/87 acordouse o traspaso das competencias en protección de menores ás comunidades autónomas. As/os asistentes sociais que traballaban nos tribunais tutelares de menores pasaron entón a formar parte dos gobernos autónomos e continuaron valorando:

As situacións de maltrato e negligencia.

Os procedementos administrativos de acollemento e adopción.

Mantivéronse dependendo do Ministerio de xustiza os xulgados de menores uniprovinciais. Estes xulgados entenden a partir dese momento só de feitos tipificados pola lei como delitos ou faltas cometidos por menores de idade. Os xulgados de menores deben ter desde entón como mínimo para asesorar o tribunal un equipo técnico composto por un/unha educador/a, un/unha psicólogo/a e un/unha traballador/a social.

No mesmo ano das transferencias de protección de menores ás comunidades autónomas, en 1987, convocáronse no estado español as primeiras oposicións libres para cubrir 25 prazas de asistentes sociais con destino a:

Xulgados de primeira instancia (familia), algunhas clínicas médico-forenses e xulgados decanos e aos xulgados de menores.

As traballadoras e traballadores sociais transferíronse ás diferentes comunidades autónomas e actualmente só seguen pertencendo ao Ministerio de Xustiza nas seguintes comunidades autónomas: Extremadura, Baleares, Castilla-León, Murcia, Baleares, Ceuta e Melilla.

Non obstante, volveuse a requiririlles ás traballadoras e aos traballadores sociais nos tribunais grazas á Lei orgánica 1/2004 de medidas de protección contra a violencia de xénero que esixiu a creación de unidades de valoración forense integral para asesorar nos casos de violencia de xénero. Estas unidades deben de ter médico forense, psicólogo/a e traballador/a social.

Non obstante, non todos os xulgados españois teñen adscrito un traballador ou traballadora social forense na súa xurisdición. No estudo titulado *Evaluación de la situación de los juzgados de violencia sobre la mujer a los tres años de su creación* realizado en 2009 polo Observatorio Contra a

Violencia Doméstica e de Xénero dependente do Consello Xeral do Poder Xudicial e publicado na rede dicíase que o 63% dos xulgados tiñan un equipo psicosocial na provincia e só o 21% deles o tiña no partido xudicial. O 11% dos xulgados tiña Unidade de Valoración Integral (UVI) dentro do seu partido xudicial. O 47% non dispuña de Unidade de Valoración Integral na provincia. O que quere dicir que o 89% dos xulgados con competencias en Violencia de Xénero carecía dunha Unidade de Valoración Integral.

SOLICITUDE DE INFORMES SOCIAIS DESDE OS TRIBUNAIS A TRABALLADORAS/ES SOCIAIS DOUTRAS INSTITUCIÓNS

As traballadoras e os traballadores sociais que desempeñen as súas funcións en concellos, protección de menores, terceira idade... teñen a obriga de auxiliar a xustiza ao igual que o resto dos cidadáns cando llo solicite o tribunal e facilitar aqueles datos dos que dispoña previamente, pero non teñen obriga cando o demande un avogado de parte.

Os tribunais poden solicitar un informe social pericial a traballadores/as sociais doutras institucións debido á falta de profesionais adscritos aos xulgados. Pero a traballadora ou o traballador social non ten a obriga de elaborar un informe dun asunto que descoñeza. O tribunal podería contratar para iso un perito xudicial solicitándollo ao Colexio Profesional de Traballadores Sociais. A traballadora ou traballador social seleccionado debería pedir unha provisión de fondos a conta da liquidación final (art. 342 da Lei de axuízamento civil), que debería ser aboado pola parte demandante, por ambas as dúas se así o decide o tribunal, ou pola administración, se as partes foran beneficiarios de xustiza gratuíta.

Non obstante, as traballadoras e traballadores sociais podemos estar interesados en entregarlle un informe social a un cliente para a súa defensa no tribunal: por exemplo nun caso de violencia de xénero ou, de violencia familiar, de imputabilidade... e poderíamos facilitarlllo ao noso cliente ou ao seu representante legal.

Tambián os avogados poden contratar un/unha traballador/a social para que elabore unha pericial de parte e así defender os intereses do seu representado, por exemplo: nos casos de contencioso pola garda dun menor nun procedemento de familia, nas oposicións en materia de protección de menores ou para atenuar a condena dunha persoa imputada...

O tribunal pode solicitarlles aos servizos sociais ou a un punto de encontro familiar a intervención para facilitar que se cumpran unhas medidas de visitas dun menor cos seus proxenitores ou familiares. Esta intervención incluso ven recollida no novo *Código da Familia Catalán*, no artigo 25/10.

As traballadoras e os traballadores sociais poden intervir: nos xulgados de menores, nos xulgados de primeira instancia (civís) e nos xulgados de instrución (penais): como peritos, pero tamén como mediadores.

Nos xulgados de primeira instancia interveñen nos procedementos de recursos contra a administración en asuntos de protección de menores: risco, desamparo e idoneidade para a adopción, en incapacidades, tutelas, en divorcios e separacións de parellas de feito contenciosas...

Nos xulgados do contencioso administrativo nos recursos de valoración do grao de dependencia.

En materia penal poden intervir nos xulgados de instrución en asuntos sobre violencia familiar: malos tratos e abusos sexuais a menores, malos tratos a persoas maiores ou de fillos a pais, estudando tanto á vítima como ao agresor, no estudo da imputabilidade (agresor).

Nos xulgados de violencia sobre a muller en materia civil e penal (avaliando á vítima, ao agresor e aos menores) e asesorando sobre as medidas que se deben tomar cos menores nas separacións que houbera denuncia de violencia de xénero.

ALGÚNS INSTRUMENTOS E TÉCNICAS PARA REALIZAR O TRABALLO SOCIAL FORENSE.

A traballadora ou o traballador social necesita coñecer as diferentes teorías científicas relacionadas cos conflitos familiares, os síntomas que poden amosar os membros do grupo familiar en situacións de violencia, os protocolos que foron elaborándose para realizar entrevistas a fillos e proxenitores en procedementos de familia contenciosos, a mulleres, menores ou persoas maiores vítimas, aos presuntos maltratadores. Ademais de investigar e ir elaborando protocolos e cuestionarios para estudar estes conflitos nos tribunais e axudar a rebaixar as tensións nas que os individuos se ven inmersos:

Violencia de xénero

Para o estudo das mulleres vítimas de violencia de xénero, Walker (1979) desenvolveu a teoría do Ciclo da violencia.

Para poder recoller a información da muller pódenos axudar o protocolo de entrevistas para mulleres vítimas elaborado por Echeburúa (1994) e cuestionarios traducidos por Villavicencio de Walker (1999).

Haberá que ir recollendo nas entrevistas os síntomas que manifesten as mulleres que poidan ser compatibles con ter sido vítima de violencia de xénero: vergoña, medo e ansiedade. Y os síntomas do estrés postraumático (DSM IV R, 2003): A reexperimentación do maltrato, a evitación de calque-

ra cousa que lle recorde a violencia que sufriu e o atoparse nun estado de hiperalerta. Este trastorno que segundo Leonore Walter é máis complexo e ela chamoulle, Síndrome da muller maltratada porque inclúe ademais: rabia, depresión, culpa, baixa autoestima, rancor, queixas somáticas, disfuncións sexuais, condutas aditivas e dificultades para establecer relacións, Bosch e Ferrer (2002). Como posibles secuelas físicas poderémos atopar as derivadas do maltrato: cicatrices, accidentes, queimaduras de cigarro, rotura de ósos, dentes, discapacidades e agrávanse os problemas que tiña anteriormente: diabetes, hipertensión... (Villavicencio, 1999). No caso de que nolo indique deberemos profundar nos detalles de como sucederon os acontecementos que provocaron os traumatismos. Desenvolvéronse incluso criterios para avaliar a credibilidade do testemuño da vítima xa que nos atopamos nun contexto xudicial no que en moitas ocasións non hai testemuñas e a declaración da vítima é a única proba (Juárez, 2007), e é contraditoria coa do agresor.

A muller pode amosar síntomas de problemas sanitarios, segundo se recolle no traballo titulado: *La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres*, publicado polo Instituto da Muller (2001, cit. en Aretio, 2004) derivados da tensión continuada na que viviu: baixo sistema inmunitario, dificultades respiratorias e cardíacas, dores de cabeza e lombo, insomnio, pesadelos, problemas relacionados coa alimentación (anemia, anorexia, bulimia, diarreas) e como consecuencia unha maior inxestión de psicofármacos, analxésicos, consumo de tabaco, alcohol e outras drogas. En canto á súa saúde sexual, a consecuencia das relacións sexuais impostas prodúcese unha perda do desexo sexual, problemas xinecolóxicos como trastornos menstruais, infeccións recorrentes, ETS, problemas urinarios. De saúde reprodutiva como embarazos non desexados e abortos. Durante o embarazo: hemorraxias vaxinais, infeccións e anemia, parto prematuro, baixo peso da criatura ao nacer. Polo que para realizar o estudo é necesario recoller este tipo de información ou incluso solicitar o historial médico da vítima.

En ocasións, atopámonos con mulleres en procedementos de familia (divorcio ou custodia de menores) que relatan unha relación de acoso e maltrato psicolóxico da que elas non son conscientes. Podendo persistir ese tipo de relación despois do divorcio a través dos fillos. É interesante, estudar *El acoso moral: el maltrato psicológico en la vida cotidiana* de Hirigoyen, (1999) para entender ese tipo de relación e a situación na que se atopa a muller e o home no momento da separación.

Para o estudo dos presuntos maltratadores pode ser de interese coñecer as dúas tipoloxías que descubriron Jacobson e Gottman (2001) aos que denominaron “cobra” e “pitbull”. Os cobra teñen unha tendencia antisocial e potencialmente delituosa. Son máis violentos coas persoas do seu contorno (amigos, parentes, compañeiros de traballo...). Teñen menos dependencia emocional das súas vítimas que os pitbull, non son especialmente celo-

sos, gústalles incitar para que ela os abandone. Os pitbull pola súa parte son máis inseguros e teñen medo de ser abandonados.

Tamén é necesario entender a distorsión cognitiva que teñen os agresores en canto a percibir á muller como un ser inferior e a xustificación da violencia na relación de parella, para isto Echeburúa e Fernández (Echeburúa e Corral, 1998), desenvolveron dous cuestionarios, un sobre a distorsión do pensamento sobre a muller e outro sobre a violencia, que poden ser de utilidade en algún caso, pero que por ser moi explícitas as preguntas dos ditos cuestionarios na maioría das ocasións, nos tribunais os presuntos agresores non responden ao que pensan e manipúlanas. Estes cuestionarios foron desenvolvidos para aplicarse nun contexto terapéutico. Poden eliminarse as preguntas máis evidentes antes de pasalo. Tamén pode ser útil o elaborado por Ramírez (2000). *Creencias aprendidas sobre la superioridad del hombre* para traballar con homes agresores en parella.

Para o estudo da violencia de xénero, o Ministerio de Xustiza español desenvolveu tamén unha *Guía y Valoración Integral Forense de la Violencia de Género* coordinada polo Médico Forense Sr. Cobo, (2006).

Tamén necesitaremos coñecer os factores que fan que se desencadee a violencia de xénero. A valoración do risco é moi útil nos tribunais, xa que tras a detención dunha persoa que cometeu un feito delituoso de violencia de xénero, o estudo do risco pode indicar que o máis axeitado para este suxeito sexa unha medida de afastamento da vítima ou incluso a prisión preventiva. Serve tamén para asesorar a xuíz sobre o tipo de condena máis adecuada para o suxeito e cando xa está cumprindo condena no sistema penal, para establecer os permisos.

Os factores de risco de violencia intrafamiliar segundo Hotaling e Sugarman (1986, cit. en Andrés Pueyo, 2009) entre outros son:

- Ser vítima de violencia na infancia ou adolescencia.
- Consumo de alcohol.
- Ser testemuña de violencia cara aos outros membros da familia de neno.
- Desemprego.
- Baixo nivel de ingresos.
- Baixo nivel educativo.
- Falta de asertividade

En canto a instrumentos desenvolvidos para realizar a valoración de risco están:

- El DA (Danger Assessment Tool) é un instrumento deseñado para valorar o risco de asasinato da muller nas relacións de parella. Creouno Campbell (2004, cit. en Andrés Pueyo, 2009) e consta dun listado composto por 20 factores de risco que se analiza despois de entrevistar a vítima.
- Valoración do risco de violencia coa axuda do protocolo S.A.R.A de Kropp, Hart, Webster e Eaves adaptado por Andrés e López (2005).

Menores

En canto aos malos tratos e á negligencia nos menores pode servirnos de guía as indicacións sobre as necesidades infantís que Barudy e Dantagnan (2005) estudaron que deben ter cubertas os menores, ou os estudos desenvolvidos sobre os factores de maltrato infantil que aconsellarían a declaración de desamparo dun menor ou os criterios para decidir a separación definitiva dun menor da súa familia de Paul e Arrubarrena (2001).

E para o estudo da declaración do menor vítima de abuso sexual Steller e Koehnken, (1994) desenvolveron o *Análisis de la Validez de la Declaración o SVA* (Statement Validity Assessment) que comprende:

- Unha entrevista ao menor realizada mediante un protocolo por exemplo con: Protocolo del Estado de Michigan, (1998) ou Protocolo de NICHD, (2007). Gravada en audio ou vídeo.
- A Análise de Contido Baseado en Criterios (CBCA) que axuda a examinar o contido da declaración do/a neno/a transcrita.
- A lista de validez na que se analizan criterios externos á declaración do menor como a motivación do menor e da súa contorna, a compatibilidade con outras declaracións... trataríase da avaliación global.

Sería aconsellable que a dita valoración se realizara de maneira interdisciplinar por un psicólogo e un traballador social. Contando durante o proceso e na valoración final co asesoramento dun médico forense como se propón no protocolo de intervención de *Trabajo Social y Psicología en la Administración de Justicia Costarricense* elaborado por Aguilar e outros (2006).

Familia

Para o estudo dos asuntos do xulgado de familia pode sernos útil:

- Ter formación sistémica para interpretar o conflito familiar.
- Psicoloxía evolutiva e do menor.
- Entrevistas protocolizadas para pais/nais e menores.
- Entrevistas familiares con técnicas sistémicas:

- Dos menores con cada pai/nai.
- Visitas a domicilio e observación do menor coa familia extensa.

Algúns cuestionarios para menores:

- Escala de crenzas infantís sobre o divorcio parental.
- Relacións parento-filiares valoradas polos/as fillos/as.
- Lista de preferencias infantís. Versións traducidas e modificadas por Marta Ramírez da Escola de Kurdek e Berg (1987, op. cit. en Ramírez, 2003).

Garda e custodia compartida

Actualmente unha das demandas máis habituais aos equipos psicosociais nos tribunais de familia é a conveniencia de establecer a garda e custodia compartida en asuntos contenciosos, nos que os pais/nais non chegan a acordos sobre o tipo de custodia. É necesario, polo tanto, investigar criterios científicos que deben darse nas familias para poder establecer a garda e custodia compartida sen que iso supoña poñer en risco o menor.

En comunidades autónomas como Aragón, Cataluña e Valencia lexislouse respecto a esta materia e a garda e custodia compartida será a preferente para que a ditasen os tribunais nos casos de divorcio e separación de parellas de feito.

O traballador social Alcázar (2011) está investigando actualmente os criterios que terían que darse nunha familia e habería que estudar na pericial para aconsellar ao tribunal a garda compartida. Os que propón, que foron recollidos de diferentes estudos sobre a materia son os seguintes:

- Corresponsabilidade dos pais.
- Baixo nivel do conflito.
- Implicación de ambos os dous na crianza.
- Proximidade dos domicilios.
- Vontade dos menores (ter presente a posibilidade de manipulación).
- Proposta dun plan realista por parte de quen fai a demanda da garda compartida.

Incapacidade, internamento e malos tratos aos anciáns

As traballadoras e os traballadores sociais dos diferentes servizos sociais asesoran en moitas ocasións aos tribunais nos procedementos de incapacidade e internamento. Son profesionais que demandan procede-

mentos de incapacidade e internamento ás fiscalías e de internamento urxente aos tribunais en situacións de risco vital para as persoas. Tamén lle solicitan en ocasións ao Tribunal a remoción dun titor cando quen posúe a tutela non exerce a súa función de maneira adecuada.

Existen diferentes protocolos para solicitar a incapacidade a través das fiscalías. Ante os tribunais pódese solicitar o internamento xudicial ou medidas sobre o patrimonio dun presunto incapaz como Medida cautelar (artigo 762 CC).

Para determinar a incapacidade o tribunal apoiase no artigo 200 do CC: *“Son causas de incapacitación las enfermedades ou deficiencias persistentes de carácter físico ou psíquico, que lle impiden á persoa gobernarse por si mesmas”*. Polo que os informes periciais irán encamiñados a demostrar esas causas. Hai cuestionarios e escalas que poderemos utilizar para reforzar o noso estudo:

- Actividades básicas para a vida cotiá: Test Bartel e Test Lawton Bordy.
- Escala sobre a carga do coidador. Escala Zarit.
- Deterioro cognitivo: Minimental test ou test de Pfeiffer.
- Alimentación. Mini Nutricional Assessment.
- Protocolo de entrevista para a sondaxe de maltrato a unha persoa maior Canadian Task Force e American Medical Asociación. Recollido no protocolo do Servicio Riojano de Salud (Aretio, 2004).

A INTERVENCIÓN DO TRABALLO SOCIAL EN ASUNTOS PENAIS. A VALORACIÓN SOCIAL DA IMPUTABILIDADE.

A imputabilidade consiste nun determinado grao de normalidade nas facultades psíquicas da persoa, que lle permite coñecer que o seu comportamento é ilegal e actuar de acordo coa dita comprensión (Charco, 2010).

Conceptos básicos para entender a imputabilidade.

Definición de delito: delito é toda acción, típica, antixurídica, culpable e punible.

- Acción: acto humano u omisión.
- Típica e antixurídica: tipificada polas leis penais de cada país. Contraria a dereito.
- Culpable: ten que referirse a un suxeito imputable. Capaz.
- Imputabilidade: é a capacidade que ten o suxeito para poder actuar no campo do dereito penal (un menor o un alleado non teñen capacidade. Non son responsables).

—Punible: a pena como característica do delito.

Responsabilidade criminal:

Todos os caracteres do delito teñen que concorrer para que xurda a responsabilidade penal. Existen unhas causas eximentes da responsabilidade criminal que son as chamadas causas de imputabilidade e outras atenuantes que fan que diminúa a imputabilidade.

As causas que eximen da responsabilidade criminal veñen recollidas no art. 20 do *Código Penal*:

- 1.- O que ao tempo de cometer a infracción penal, a causa de calquera anomalía ou alteración psíquica, non poida comprender a ilicitude do feito ou actuar conforme a esa comprensión.
- 2.- O que ao tempo de cometer a infracción penal se atope en estado de intoxicación plena polo consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, substancias psicotrópicas ou outras que produzan efectos análogos...
- 3.- O que, por sufrir alteracións na percepción desde o nacemento ou desde a infancia, teña alterada gravemente a conciencia da realidade.
- 4.- O que obre en defensa da persoa ou dereitos propios ou alleos...
- 5.- O que, en estado de necesidade, para evitar un mal propio ou alleo lesione un ben xurídico doutra persoa ou infrinja un deber...
- 6.- O que obre impulsado por medo insuperable.
- 7.- O que obre en cumprimento dun deber ou no exercicio lexítimo dun dereito, oficio ou cargo.

Nos supostos dos tres primeiros números non se lles condena e se aplica, no seu caso, as medidas de seguridade previstas no *Código Penal*.

As circunstancias que atenúan veñen recollidas no artigo 21 do *Código Penal*:

“Son circunstancias atenuantes as do capítulo anterior (art. 20) cando non concorran todos os requisitos necesarios para eximir a responsabilidade”.

O Traballo Social pode intervir durante a instrución do caso como perito. O informe social pode ser necesario:

- Para valorar aspectos sociais que poden influír nas imputabilidades.
- Para axustar as medidas rehabilitadoras a impoñer na sentenza.

Matesanz e Ruiz (2011) realizaron un estudo sobre Traballo Social e imputabilidade no que se estudaron 14 sentencias (1 do Tribunal Supremo, 8 de audiencias provinciais e 5 de xulgados do penal) nas que a traballadora ou traballador social interveu na instrución como perito, ben de maneira individual ou en equipo e o seu pericial influíu no tribunal á hora de apreciar algún grao de imputabilidade. E chegaron á conclusión de que o informe social lle pode servir ao tribunal:

- Para entender por que se produce o feito delituoso
- En que contexto se produce.

A proposta de medida rehabilitadora facilita o individualizar a pena, xa que pon á disposición do tribunal os recursos do individuo e da súa comunidade para establecer a medida concreta que se debe aplicar en cada individuo.

O traballo interinstitucional entre traballadores/as sociais na fase de instrución facilítalle ao tribunal os datos sobre violencia que se recollen noutros servizos. Para que isto sexa posible, as traballadoras e os traballadores sociais de atención primaria e especializados deben de recoller no seu expediente a historia de violencia familiar, se a houbese, aínda que a vítima non desexa denunciar.

A AUTOPSIA SOCIAL. ESTUDO SOCIAL POSMORTEM. O ESCENARIO DO DELITO DE VIOLENCIA FAMILIAR.

O traballador social Garzón (2011) refire que da mesma maneira que na investigación dun delito se estuda o escenario onde se cometeu e recóllense as probas que se utilizarán posteriormente para poder acusar unha persoa, o que se chama escenario posdelito, nas mortes como consecuencia da violencia intrafamiliar existe tamén un escenario de produción do delito que pode ser estudado a través dun proceso de abstracción sociolóxica. A este estudo chámasele: a autopsia social.

Intervín como perito nalgúns casos nos que un membro da familia falecera, onde o seu agresor era outro membro do núcleo familiar, para realizar o que para min era un estudo da imputabilidade pero que segundo Garzón sería una autopsia social e segundo a traballadora social González (2011) de Arxentina sería un estudo posmortem. González está sendo requirida actualmente polos Tribunais de Salta para investigar nos casos que ocorreu un asasinato. Na súa exposición no I Encuentro Trabajo Social Forense de Costa Rica sinalou que desenvolveu técnicas para investigar as relacións da vítima antes da súa morte e que eses datos lle serven en ocasións ao tribunal para coñecer a causa da morte e a atopar o asasino.

Con base nestas reflexións e ás intervencións que tiven neste tipo de casos propoño que se recolla:

- Estudo dos compoñentes do grupo familiar (a súa historia e a súa situación antes do falecemento).
- Estudo da vítima. Como non podemos contar coa versión da vítima, podemos inferila en parte estudando os documentos (fotografías, correos electrónicos, mensaxes telefónicas, documentos oficiais...) e os testemuños de familiares, amigos, compañeiros, veciños...).
- Estudo dos factores socio-culturais, laborais e económicos que puideron actuar como estresores.
- Estudo das relacións familiares, a súas pautas de interacción, para iso aplicaremos a teoría de sistemas. A familia é un grupo natural que no curso do tempo elaborou pautas de interacción. Estas constitúen a estrutura familiar que rexe o funcionamento dos membros da familia e define a súa gama de condutas.

As familias son sistemas multi-individuais, pero son pola súa vez sub-sistemas de unidades máis vastas: a familia extensa, a comunidade cultural, a sociedade como un todo. A interacción con estas unidades máis vastas xeran boa parte dos problemas nos que se ve inmerso o individuo.

As interdependencias afectivas, económicas, de vivenda, permisos de residencia, laborais, de intención de cambio de custodia dos fillos, de roles asignados, empoderamento da vítima de violencia de xénero, entre outros datos poden servir para interpretar a violencia con consecuencia de morte que nun momento determinado un membro pode exercer contra outro e interpretar a responsabilidade do agresor.

AS NOVAS TECNOLOXÍAS

Como se foi vendo, as traballadoras e os traballadores sociais forenses intervimos sós ou en equipos interdisciplinares, en diferentes tipos de xulgados e en diferentes lugares xeográficos. Sempre botei en falta o traballo social en equipo, porque o consideraba enriquecedor e irremprazable. As novas tecnoloxías ofrécennos a posibilidade de compartir as nosas experiencias, aclarar dúbidas, debater, investigar, medrar... Por iso impulsei a creación dun foro de debate chamado Trabajo Social Pericial que se atopa aloxado dentro da Red Iris en: <http://www.rediris.es/list/info/tspericial.html>. Lugar no que ademais se foron colgando diferentes documentos elaborados por traballadores sociais tanto de España como de Sudamérica, e aproveito esta publicación para convidar a todos os colegas que estean interesados en ir descubrindo este campo profesional.

pilar.ruiz.rodriguez@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, I.; Chacón, L.; González, R.; Jiménez, S.; Loaiza, M.; Meza, L.; Mora, N.; Murillo, F. e Ortiz, J. (2007). *La Intervención de Trabajo Social y Psicología en la Administración de Justicia Costarricense. Poder Judicial*. Recuperado o 15 de agosto de 2012 de: http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/4269719?client_size=1276x600.
- Alcazar, R. (2001). *Instrumento de Evaluación de Custodia Compartida*. (En estudio). Recuperado o 14 de agosto de 2012 de: http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/4269719?&&client_size=1259x600
- Aretio, A. (2004). (Coord) *Programa integral de detección y abordaje de la violencia doméstica desde el sistema sanitario público*. Gobierno de La Rioja.
- Andrés-Pueyo, A. (2009). La predicción de la violencia contra la pareja. En E. Echeburúa, J. Fernández-Montalvo e P. Corral. *Predicción del riesgo de homicidio y de violencia grave en la relación de pareja*. Valencia: Reina Sofía.
- Barudy, J. e Dantagnan M. (2005). *Las necesidades infantiles en Los buenos tratos a la infancia*. Barcelona: Gedisa.
- Bosch, E. e Ferrer, V. (2002). *La voz de las visibles. Las víctimas de un mal amor que mata*. Cátedra.
- Charco, M.^a L. (2010). *Curso sobre violencia de género*. Cáceres: Ministerio de Justicia.
- Cobo, P. Coord. (2006). *Guía y Manual de Valoración Integral Forense de la Violencia de Género*. Madrid: Ministerio de Justicia.
- DSM-IV-TR (2003). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (Texto revisado). Barcelona: Edición Española. Masson.
- Echeburúa, E. e de Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid. Siglo XXI.
- Garzón, R. D. (2011). *La escalada de la violencia conyugal. Edité par l'auteur. Montreal*. Recuperado de www.actiweb.es/rugarzon.
- González, S. (2011, outubro). *I Encuentro de Trabajo Social Forense en Costa Rica*. Recuperado o 15 de agosto de 2012, de <http://www.poderjudicial.go.cr:81/prensa/boletin.php?b=55#>
- Hirigoyen, M. F. (1999). *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Barcelona: Paidós.
- Jacobson, N. ye Gottman, J. (2001). *Hombres que agreden a sus mujeres*. Barcelona: Paidós.
- Juarez, J. R.; Mateu, A. e Sala, E. (2007). Criterios de evaluación de la credibilidad en las denuncias de Violencia de Género. Presentado en el III

Congreso de Psicología Jurídica y Forense. Universidad de Oviedo. Recuperado o 14 de agosto de 2012, de: <http://www.recercat.net/bitstream/handle/2072/182690/SC-3-143-07-cas.pdf?sequence=1>

- Kropp, P. R.; Hart, S. D.; Webster, C. D. e Eaves, D. (Adaptación de Andrés, A. e López, S.). (2005). *Manual para la valoración del riesgo de violencia contra la pareja*. S.A.R.A. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Matesanz, R. e Ruiz, P. (2011). *Trabajador Social e Imputabilidad*. *Red Iris*. Recuperado el 14 de agosto de 2012, de: <http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d4271685/Trabajo%20Social%20Forense%20e%20Imputabilidad.pdf>.
- Michigan. Grupo de Trabajo del Gobernador para la Justicia del Menor y Agencia para la Independencia de la Familia del Estado de Michigan. (1998). *Protocolo de Entrevista Forense*. Traducción de Eugenia Cabañas en lista de Psi-Forense. Mayo 2003. Recuperado o 14 de agosto de 2012, de: <http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d368331/Protocolo%20Entrevista%20Forense.pdf>
- NICHD, *Protocolo para las entrevistas en la investigación de víctimas de abusos sexuales* (revisión 2007) de Lamb, Orbach, Hershkowitz, Esplin e Horowitz (traducido por C. Omaña e J. L. González) (Unidade Técnica da Policía Xudicial da Garda Civil, marzo de 2008). Recuperado o 14 de agosto de 2012, de: <http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d907469/PROTOCOLO%20DEL%20NICHD%20Revision%202007.pdf>
- Paúl de, J. e Arrubarrena, M. I. (2001). *Manual de Protección Infantil*. Barcelona: Masson.
- Palacios, J. (1988). *La Enseñanza en las Instituciones Españolas para la "Reforma" de Menores (IX). Los intentos de modernización en la obra tutelar*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Ramírez, F. A. (2000). *Violencia masculina en el hogar. Alternativas y soluciones*. México: Pax.
- Ramírez, M. (2003). *Cuando los padres se separan*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Steller, M. e Koehnken, G. (1994). Análisis de las declaraciones basado en criterios. En D. Raskin. *Métodos psicológicos en la investigación y pruebas criminales*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Villavicencio, P. (1999). *Curso sobre La intervención de los profesionales de los Servicios Sociales básicos en la detección, tratamiento y derivación de las mujeres que sufren violencia doméstica*. Logroño: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Walker, L. (1979). *The Battered Women*. Nueva Cork. Harper and Row Publishers. (Traducción M. R. Cordero). Recuperado o 14 de agosto de 2012 <http://webs.uvigo.es/pmayer/06/arch/profesorado/feli/agredidas.doc>

NA BUSCA DUNHA INCLUSIÓN SOCIAL COMPARTIDA. Perspectivas do Traballo Social en Grupo

Pepa Vázquez
Traballadora Social

RESUMO

Este artigo, mostra o marco do traballo social en grupos, cunha pequena perspectiva teórica e dúas experiencias prácticas no campo da inclusión social activa, ao longo de 10 anos de traballo. Ofrécese demais unha reflexión final sobre o encaixe desta perspectiva no traballo social comunitario.

PALABRAS CLAVE

Grupos, empoderamento, experiencias, comunidade, inclusión activa.

RESUMEN

Este artículo, muestra el marco del trabajo social en grupos, con una pequeña perspectiva teórica y dos experiencias prácticas en el campo de la inclusión social activa, a lo largo de 10 años de trabajo. Se ofrece además una reflexión final sobre lo encaje de esta perspectiva en el trabajo social comunitario.

PALABRAS CLAVE

Grupos, empoderamento, experiencias, comunidad, inclusión activa.

ABSTRACT

This article provides a general overview of the framework of group social work, as well as a brief theoretical approach and two practical cases in the area of active social inclusion corresponding to 10 years of work. It also offers a final consideration about the way in which this approach fits into community social work.

KEY WORDS

Groups, empowerment, experiences, community, active inclusion.

Recoñecementos

Este traballo non sería posible sen Silvia Gálvez, Geli Rodiño e Marcos Cardoso, cada un no seu momento contribuíu de forma que se puidera levar a cabo esta práctica e tamén na elaboración do artigo.

Igualmente M.^a José Andión, Silvia Rodríguez, Beatriz Leclere, Lisa Dacosta, entre outras compañeiras de profesión que de xeito claro proxectan un “que facer” e un “non facer” neste noso traballo tan complexo e incomprendido.

Franciso X. Aguiar, que é o meu editor, débolle horas de supervisión.

Evidentemente, ás persoas participantes, algunhas dende o anónimo, outras dende a primeira liña, como Virginia Ojea, Miguel Luque, Teresa Patiño, Rafael Costa, M.^a Dolores Pintos, Ángel Darrosa e Toño Ramírez, que cren en si mesmos a maior parte do seu tempo, que sentiron a forza do grupo e que puxeron o seu esforzo sen obter case nada a cambio.

A todos eles, moitas grazas

Contacto coa autora: pepa1@cgtrabajosocial.es
<http://supervisionsocial.blogspot.com>

O ALCANCE DO TRABALLO EN GRUPO NOS PROCESOS DE INCLUSIÓN

Conceptos básicos sobre inclusión social.

Hoxe en día está amplamente aceptado que o concepto de pobreza non reflicte claramente a realidade coa que nos atopamos os profesionais dos servizos sociais. O concepto de pobreza estaba fundamentado en criterios de tipo económico, aínda que é certo que progresivamente foron tomando forma as outras dimensións implicadas.

A exclusión social é un concepto máis integrador, na medida en que supón a existencia dun conxunto de factores non económicos presentes na nosa sociedade que enmarcan, sen dúbida a natureza complexa do fenómeno. Gil Villa (2002), entende que desde o enfoque da complexidade non existe unha exclusión, senón varias, que non son facilmente identificables e que incluso é unha realidade con aspectos excluíntes e incluíntes. Desbota polo tanto os enfoques baseados na dualización (incluído-excluído, dentro-fóra), considera que son enfoques simples que non toman en consideración a complexidade do contexto e propón un enfoque que considere

as características peculiares de cada exclusión dentro do contexto no que se sitúa.

Na actualidade, estase xerando nalgúns persoas que gozaban de boas condicións de vida, unha sensación de incerteza, producida por situacións coxunturais ou estruturais que lles fan “entrar” en situacións de exclusión e de falta de recursos para sobrevivir. Cando falamos de incerteza referímonos á sensación de inseguridade que sofre gran parte da poboación segundo a cal, un feito desequilibrador na súa vida pode levar á exclusión social. Non nos é alleo que cada vez medra máis a sensación de vulnerabilidade froito da precarización nas condicións de traballo, da debilitación dos lazos familiares e/ou comunitarios, das dificultades de acceso á vivenda e deficiencias de habitabilidade en edificios e vivendas, sen esquecer o discurso mediático e político de “crise” entre outras.

Na necesidade de recoñecer as dimensións afectadas nos procesos de exclusión resulta interesante a achega de Patrocínio de las Heras (1997), cando partindo dunha definición de pobreza avanza na liña de entender o carácter multidimensional do fenómeno. Desde o seu punto de vista, a pobreza non debe entenderse como unha cuestión económico-monetarista, senón relacionada cos dereitos das persoas. Requírese ter en consideración unha serie de prerequisites para o seu estudo: a) partir de que é un fenómeno social e, polo tanto, non é propio dos “suxeitos afectados senón dos mecanismos e estruturas que os producen; b) considerar que é un fenómeno social relativo referido tanto á satisfacción das necesidades básicas como á carencia de determinadas capacidades que poden requirir o uso de certos bens para poder estar capacitado ou participar na interacción social (refírese á posibilidade de participar, como un dereito, elementos básicos da sociedade de benestar) ; e c) pensar no seu carácter relacional, remítenos á súa natureza multidimensional. *“O que está en xogo son os dereitos sociais e a posibilidade-imposibilidade, capacidade-incapacidade dunha serie de persoas para poder exercerlos”.*

Afirma Patrocínio que este fenómeno funde as súas raíces na propia “entraña” da sociedade baseada nun concepto utilitarista da persoa e unha filosofía da desigualdade. A intervención social debe considerar esta multidimensionalidade e dirixir tamén a súa acción a mudar os mecanismos sociais que producen desigualdade e xeran pobreza. Nesta mesma liña o CES (1997) fai referencia ao cambio de noción de pobreza a exclusión social por parte da Unión Europea, sinalando “o carácter multidimensional dos mecanismos polos que as persoas e grupos se ven excluídos da participación nos intercambios, prácticas e dereitos sociais que constitúen a integración social. O concepto de exclusión social engloba causas e efectos da pobreza”.

Neste percorrido, non se pode deixar de nomear a Tezanos (1999), polo seu traballo no campo que nos ocupa, cando nos di que os excluídos son todas aquelas persoas que dalgún xeito se atopan fóra das oportunida-

des vitais que definen unha cidadanía social plena, na sociedade dos nosos días. Asistimos ao respecto na nosa sociedade a un aumento importante das desigualdades relacionadas co predominio político de enfoques pouco sensibles á solidariedade social que están en consonancia coa lóxica dos novos modelos produtivos emerxentes. Recoñécese como as transformacións sociais, o desenvolvemento tecnolóxico están xerando procesos de exclusión cara a unha sociedade cada vez máis polarizada. Tezanos entende que o fenómeno da exclusión é de natureza estrutural e que o seu carácter multidimensional conduce a que certos individuos se atopen en situacións que non lle permiten ser considerados como membros de pleno dereito da sociedade.

Recollendo as distintas achegas dos autores nomeados anteriormente, desde a miña perspectiva tanto os enfoques estruturalistas como liberais deixan pouca marxe de manobra ás persoas inmersas nos procesos de “exclusión-inclusión” e incluso aos profesionais da intervención social. Admitindo a complexidade e multidimensionalidade do fenómeno, é preciso situarse ante as **persoas non como obxectos de intervención senón suxeitos de acción.**

Os factores estruturais que condicionan os procesos de inclusión social, preséntanse a miúdo como inabarcables para os suxeitos que sofren exclusión social e para os propios profesionais que traballan con estes suxeitos. Deste xeito, traballador/a social e usuario/a están condenados a manter unha relación de poder asimétrica na que se poñen de manifesto, por parte do/a traballador/a social, as esixencias das institucións precisas para que as persoas consigan a “inclusión social”, e por parte dos usuarios/as, a obriga de ter que seguir as indicacións profesionais sinaladas baixo a ameaza de perder dereitos “graciables” ou ser condenado á “desaparición social”.

Deste xeito, tanto o profesional como o usuario están, polo tanto, imbuídos nunha dinámica institucional perversa desde a cal resulta complicado establecer unha verdadeira relación de colaboración e confianza. Con esta perspectiva resulta imprescindible para o Traballo Social deseñar encares de intervención que faciliten a complementariedade do binomio traballador/a social-usuario/a. Particularmente, son partidaria de abandonar o enfoque clínico e asumir a achega freiriana dunha “acción social dialóxica e transformadora”.

Desde este orzamento de partida, a nosa acción na loita contra os procesos de exclusión ten que partir da análise dos factores de exclusión presentes na realidade, pero esta análise é compartida entre profesional e usuarios/as a través do diálogo igualitario que ten por obxecto a transformación persoal e social.

Nesta modalidade de intervención os/as usuarios/as son suxeitos de acción que xunto con outros e outras interpretan a realidade social e desenhán accións de cambio. É recomendable traballar dende os niveis de intervención grupal e comunitario xa que se entende que unha acción transformadora ten que ser unha acción participada.

Trazos da exclusión social

Natividad de la Red (1993) faínos unha achega que está hoxe en día de moita actualidade, na liña de que aínda que hai uns anos algunhas características da pobreza tradicional ligadas as políticas de corte asistencialista parecían atenuarse, mentres se descoidaban os fenómenos estruturais que producen desigualdade. Un dos efectos desta realidade sobre as políticas actuais en momentos de crise é a volta a modelos xustamente asistencialistas, xa que non se actuou sobre as causas nin no fortalecemento do capital humano das persoas en situación de exclusión.

Deste xeito, o desemprego segue sendo dos factores máis influíntes nos procesos de exclusión, xa que incide no illamento e na fraxilización das relacións e vinculacións sociais. Recóllese a achega de Castel (1997) cando expón a idea da exclusión como un proceso de “desafiliación” que se mostraría en dous eixos:

- O eixo da integración laboral-económica (desemprego, traballo precario...).
- O eixo da inserción social-familiar-relacional (familia, amigos...).

Así pois, a orixe da exclusión pode estar nun ou outro eixo e afectar-se mutuamente chegando a unha situación de exclusión extrema. Como xa é coñecido, neste proceso Castel diferencia tres zonas: a) a zona de integración, caracterizada por que os suxeitos posúen traballo estable, unha inscrición relacional sólida, quedan fóra do ámbito da intervención social e en todo caso poden ter problemas de orde psicolóxica (falaríamos aquí de pobreza integrada); b) a zona de vulnerabilidade, é unha zona de inestabilidade xeral, precariedade laboral e fraxilidade dos soportes familiares e sociais; e, c) a zona de marxinalidade ou exclusión, caracterizada pola falta de traballo, o illamento social e/ou por ser beneficiarios de prestacións sociais.

A zona de vulnerabilidade funcionaría como unha especie de acordeón e dependendo das crises estruturais alimentaría á zona de integración ou á de exclusión.

Esta análise non é nova, e mantense na actualidade incluso dende posicións que tradicionalmente non foron consideradas vangardistas como pode ser o informe Foessa de Cáritas (2012), na que ademais de recoller todo o exposto manteñen as liñas de traballo en tres eixos, asistencia, promoción e a transformación, nesta última vincúlanse estas experiencias.

Dúas experiencias de traballo con grupos

O contexto no que se desenvolveron foi o Equipo Municipal de Inclusión Social do Concello de Pontevedra (2002-2011), formado por unha educadora social e unha traballadora social durante 5 anos, e posteriormente por unha segunda traballadora social, este aumento de persoal fixo posible que despois de 3 anos de rodaxe en equipo, puideramos plasmar a segunda experiencia, deseñando o Club da Boa Vida que agora é a Asociación Filantrópica, Inclusión Social Activa Boa Vida. Obviamente o equipo levaba adiante un plan de traballo completo na execución do I e II Plan galego de inclusión social.

Grupo de Busca Activa de Emprego

A primeira experiencia, **Grupo de Busca Activa de Emprego** (BAE en diante) parte do traballo coordinado que se realizou durante 4 anos (2003-2006) coa Unidade de Día de Drogodependencias do mesmo concello; a decisión técnica co apoio político correspondente, permitiulle unir os nosos esforzos para poder deseñar accións sociais que posibilitasen a incorporación social daquelas persoas que acudían a ambos os servizos que na súa maioría eran beneficiarias de prestacións sociais económicas.

Os grupos previos estiveron centrados na formación destas persoas para a adquisición de habilidades para a busca de emprego. Partíamos entón de considerar que era preciso traballar as competencias sociais das persoas para que elas mesmas procurasen un emprego. A nosa intervención baseouse fundamentalmente na inserción laboral como medio para acadar a inserción social.

Durante este tempo tamén se desenvolveu o proxecto GOSEL (grupo de orientación e inserción social e laboral) que tiña como obxectivo fundamental a xeración de alternativas viables de autoemprego no eido da economía social que “rompera” a frustración que a moitas persoas lles provocaban as constantes expulsións do mercado laboral convencional.

Nestes anos de intensa actividade deseñamos o grupo de busca activa de emprego (BAE) que é coma o colofón dos grupos previos e que, en poucas palabras, representa un intento de incorporar a “dimensión social” aos procesos de busca de emprego, este intento non deu os froitos que se esperaba, no ámbito da inclusión social, transformouse nun club de emprego que se conseguía o obxectivo de practicar a busca de emprego en grupo e iniciarse no mercado laboral.

O BAE xurde, pois, a partir dos clásicos cursos de técnicas de busca de emprego nos que, normalmente, a aprendizaxe se ensina no “ambiente artificial” da aula, detectamos a necesidade de pór en práctica os contidos traballados, xa que as características da poboación en exclusión ou en risco de exclusión, levan a que moitas veces as persoas non se impliquen poste-

riormente en procesos de busca, polo cal se fai preciso un seguimento das aprendizaxes e prácticas realizadas.

A metodoloxía definida no proxecto tivo un marcado carácter flexible, no que o deseño das sesións foi aberto permitíndonos ir planificando e avaliando sesión a sesión e adaptándonos aos emerxentes do grupo, partimos deste deseño tipo:

5´	15´	25´	15´	25´	5´
Presentación	Tema central	Informacións	Descanso	Programación semanal	Despedida

Realizamos un deseño dos contidos que consideramos debían ser tratados no grupo como temas centrais de traballo, propios da práctica da busca de emprego, a entrevista, o currículo etc. Iniciamos a primeira sesión cunha definición do grupo para darlle sentido e aclaramos os obxectivos e as actividades que se ían perseguir con base na idea de: “todos/as estamos buscando traballo” e “que podemos facer?” Ademais de repasar as técnicas de busca de emprego coa exposición de casos reais, tamén se traballou o autoconecemento, a autoestima e o stres como eixes fundamentais nunha busca de emprego exitosa.

Os obxectivos definidos inicialmente pretendían á creación dun espazo de traballo semanal que facilitase o coñecemento mutuo das persoas participantes, a partir do que se fosen xerando tarefas individuais e de grupo que desen acceso á información laboral útil.

As persoas que desexasen participar no grupo debían comprometerse a asistir todas as semanas durante tres meses a unha sesión de hora e media, e a ir realizando as tarefas de busca de emprego que decidiran. Preferentemente accederon a este grupo aqueles que xa tiñan feito cursos de técnicas de busca de emprego e ou un mínimo proceso de orientación laboral. O número de participantes estivo entre 5 e 15.

Realizamos as sesións coa presenza de dous traballadores sociais, con roles definidos en cada planificación, ben de guía ou de rexistro.

Deseñamos os nosos instrumentos adaptándoos ás nosas necesidades, o diario de campo, follas de rexistro de actividade individualizada, rexistro de asistencia, planificación e avaliación que se cubriron sempre antes e despois de cada sesión, e un cuestionario de avaliación final dos participantes.

A técnica máis utilizada foi a escoita activa engadindo unha moderación participativa, tamén as de presentación, cohesión de grupo, exposicións, propias de todo traballo en grupo.

Realizamos a **avaliación** das 11 sesións realizadas, dende a perspectiva dos técnicos e dende as persoas participantes.

Dende o punto de vista técnico, no ámbito cualitativo, pasaron polo grupo un total de 14 persoas, das que 9 aproveitaron todo o programa. A medida de asistencia a sesións foi de 7 persoas, sendo a sesión na que menos persoas acudiron 5 e na que máis de 11, as razóns da diversa asistencia foron todas diferentes, dende o inicio da actividade laboral, ate o abandono por non considerar de axuda o grupo para a busca de emprego.

A valoración profesional que facemos da asistencia non pode ser positiva, gustaríanos mellorar os niveis de asistencia, xa que é un dos hándicaps da poboación participante. Igualmente pensamos que se poderían mellorar estes tres aspectos:

- Selección dos participantes.
- Percepción da busca de emprego.
- Cohesión de grupo.

Sen esquecer, obviamente, que a heteroxenidade forma parte das características de calquera grupo humano, tamén aquí se fai patente é constitúe tanto unha dificultade á hora de explicar contidos ou traballar con habilidades, como un reto á hora de compartir a idiosincrasia particular e as cuestións comúns.

Un dos instrumentos de avaliación utilizados que nos permitiu coñecer a evolución individual de cada un/unha dos integrantes é as follas de rexistro de actividade individualizada. Este instrumento é un documento onde están rexistradas todas as tarefas que as persoas participantes programaban dunha semana para a outra e o resultado da execución destas. Os froitos do dito traballo individual permite extraer temas centrais que logo foron debatidos no grupo.

Evidentemente, non se pretende detallar toda a produción que realizaron os compoñentes do grupo, cuestión que se entregou por escrito, en entrevista individual a cada persoa participante, no que se contabilizaron os logros e se fixeron as recomendacións oportunas.

En termos xerais, as persoas asistentes estiveron satisfeitas co resultado da súa participación no grupo, puntuaron por riba da media. As temáticas peor valoradas foron o obxectivo profesional e a chamada telefónica, podería ser no primeiro caso por algunha dificultade na comprensión do termo e no segundo porque efectivamente botan en falta máis práctica. En xeral, as puntuación son moi altas.

Como resultados cualitativos, ademais dos transversais de asistencia, imaxe persoal, puntualidade etc. pódense destacar os seguintes relacionados coa busca de emprego:

- O 100% dos participantes do grupo realizou programacións de tarefas semanais para a busca de emprego.
- O 100% dos participantes no grupo foron quen de axustar a programación a cada realidade persoal.
- Todos/as executaron algunha tarefa das programadas para a semana.
- As tarefas máis realizadas foron:
 - Ler o xornal.
 - Ir ao SEPE periodicamente.
 - Facer e completar o currículo.
 - Chamadas telefónicas e entrevistas de traballo.
 - Elaboración de listados de empresas.

Realízase, tamén, unha avaliación que ten por obxecto coñecer que contidos foron mellor asimilados polos compoñentes do grupo. Os resultados foron os seguintes:

- Todos/as utilizan unha axenda ou caderno para a busca de emprego.
- Teñen claro o seu obxectivo profesional.
- Practicamente todos/as saberían realizar unha chamada telefónica.
- Todos/as fixeron e repasaron o seu currículo.
- A maioría busca emprego e mira o xornal diariamente.

Da perspectiva das persoas participantes, obtida polos cuestionarios finais, destacamos aquí, cuestións que nos chamaron a atención para ter en conta nas nosas programacións e que normalmente non se deseñan, como por exemplo a necesidade de que o espazo fose distendido e incluso divertido, “sentimos cando un profesional cre no que fai”, “seguridade no grupo”, “ser tratados como adultos sen ser xulgados” “ser aceptados”... poder ter no grupo un espazo de expresión de sentimentos, pensamentos, acordos e desacordos... necesitamos identidade de grupo que recolla os momentos bos e non tan bos polos que pasan os seus integrantes.

Tamén con referencia aos obxectivos programados, recolleemos aquí textualmente as impresións das persoas participantes:

- “Sinto que non estou soa na busca”.

- “Foi estupendo, fixen un grande esforzo”.
- “Axudoume a poñer en común como se ten que buscar e a comentar entre todos os plans”.
- “Deume máis confianza en min mesma”.
- Foi un xeito de “acompañarse mutuamente”.

Valoraban positivamente o grupo como espazo de encontro e como un mecanismo que pode axudar a autodisciplinarse.

A actividade do grupo foi complementada pola xeración dun novo programa experimental: a Aula Aberta de Emprego, este espazo nace pola necesidade expresada de moitas persoas, que non tiñan posibilidade de acceder á información e medios para a busca de emprego, e pola apertura e flexibilidade que os profesionais tiñamos para crear instrumentos e técnicas axeitados ao que vai acontecendo no desenvolvemento da vida do colectivo que atendiamos; mantívose ate o peche do servizo.

O Club da Boa Vida

A segunda **experiencia Club da Boa Vida** nace en xaneiro do 2010, froito do traballo previo, e co club de emprego xa consolidado, volvemos a atoparnos cun grupo de persoas que ou ben non buscaban traballo (despois de asumir que non tiñan espazo no mercado laboral e de buscar sen obter resultados) ou a súa empregabilidade era nula, pero o seu nivel de habilidades era medio, polo que outros grupos en funcionamento non cubrían as necesidades de ocupación do tempo libre, mantemento das habilidades adquiridas, e de relacións humanas (autoapoio).

A partir desta necesidade deseñei o Club da Boa Vida que, de entrada, provocou o sorriso naqueles que lían o cartel e preguntaban en que consistía a actividade, tratábase diso, de provocar benestar, empezando polo sorriso, e practicando habilidades conxuntamente.

Con máis intuición e memoria do estudado, que referentes teóricos definidos iniciamos o camiño cun breve proxecto que lle deu marco á actividade.

A miña opción, á hora de planificar a actividade, foi non dar “charlas”, nin facer “dinámicas de grupos”, quería que a xente compartira o seu saber e así multiplicar os coñecementos, e a partir das prácticas individuais crear coñecemento de grupo.

Se a flexibilidade foi un dos elementos guía na **metodoloxía** do BAE, pódese dicir que no Club da Boa Vida foi a guía principal, tiñamos unha soa profesional para levar un grupo aberto no que practicar as habilidades sociais, nunha sesión semanal de hora e media de duración.

O deseño das sesións fíxose conxuntamente coas persoas participantes dando como claves a aprendizaxe, e a participación totalmente voluntaria, con incorporación e abandono en función do cumprimento das expectativas persoais, comunicándoo previamente.

A estrutura do traballo do grupo quedou definida despois de dúas sesións nas que decidimos deseñar dous tipos de sesións na **sesión tipo “planificación”** dedicaríamos a primeira parte ao traballo “intelectual” de pensar e planificar a seguinte sesión, en función dos temas que o grupo sentise a necesidade de coñecer, para o descanso, contamos con cafeteira e lavadoiro da Unidade de Día de Drogodependencia; as persoas participantes achegaron enxoval e acordaron poñer cada un, cando puidera, 50 céntimos, para a compra do café, infusións, e azucre, este espazo xestionárono eles cun responsable de referencia. A segunda parte da sesión sería de xogos de mesa (xadrez e parchís) e calceta, coa idea de crear un espazo de distensión natural e de aprendizaxe, ademais de crear algo físico dende o grupo, intentaríamos facer un *patchwork* de cores.

A sesión **tipo “grupo”** tería un tema central de traballo elixido e preparado na sesión anterior cunha persoa que o guiaría que, en principio, sería a traballadora social con un dos participantes, despois do descanso faríamos igualmente xogos de mesa e calceta.

Ao igual que no BAE, tanto os instrumentos de rexistro como as técnicas utilizadas foron adaptadas ás temáticas tratadas, levouse a cabo un rexistro das sesións en diario de campo, e as correspondentes follas de planificación e avaliación, ademais de ensinar a realizar actas das sesións a tres participantes, creouse tamén un arquivo do grupo no que as persoas que se ían incorporando podían consultar o traballo feito previamente e valorar se desexaban incorporarse ao grupo. As técnicas de dirección de asembleas participativas e educación popular foron a base sobre a que se sustentou o grupo, sen esquecer o traballo en rede, no que tanto institucións como empresas participaron.

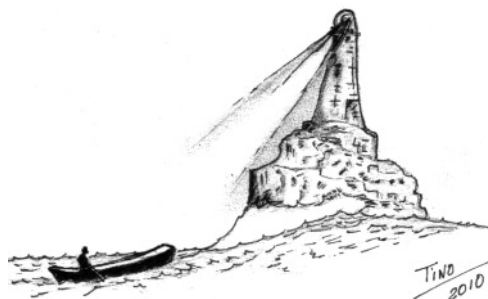
A complexidade deste traballo e a falta de referentes fai que **avaliación e resultados** deste sexa tamén complexa e non encaixable nas clásicas avaliacións como a que reflectimos no BAE, evidentemente usamos tres cuestionarios de avaliación e as persoas participantes mostraron un alto grado de satisfacción coa súa participación no grupo; ante esta complexidade espero que os elementos que recollo como resultados sexan de utilidade ás traballadoras e traballadores sociais que neste momento teñen que reinventar a súa tarefa diaria e se animen a quitarlle o po aos coñecementos do traballo social con grupos.

Un dos resultados das 38 sesións do 2011 e das 32 do 2010, foi que 10 das, 37 persoas que pasaron polo grupo recuperaron ou adquiriron unha autoestima que lles permitiu definirse a si mesmos individual e colectivamente; ademais do traballo no grupo a EAPN (Rede Galega de Loita Contra

a Pobreza) e a Fundación Emaus (moitas das persoas participantes neste grupo formaran parte anteriormente do proxecto TESELA), influíron decisivamente neste proceso, convidáronnos ás I Xornadas de participación de persoas en situación de pobreza e exclusión, e máis tarde ao I Congreso de participación cidadá de persoas en risco de pobreza e exclusión social, un en Santiago e outro en Madrid, á volta de ambos os encontros, os participantes conectaron como enchufe que da luz ao noso traballo no grupo Boa Vida, coa conciencia da propia situación e das posibilidades que isto lle daba en conexión con outros “pobres do mundo”. Con esta toma de conciencia empezan algúns participantes a sentir a necesidade de organizarse fóra da institución municipal.

O nome do grupo resultou ser identificativo na súa evolución. As persoas participantes sentíanse a gusto co nome, aínda que por momentos se lles antollara “pouco serio”, pero ao mesmo tempo si que “agarraron” a idea de estamos “mal” pero queremos vivir “ben”, dez meses despois de ter iniciado a andadura traballamos sobre a identidade do grupo quedando definido despois de 4 sesións e case un ano de traballo en equipo:

Somos un grupo de persoas, agradables con “problemas de todo tipo”, con “dificultades”, en situación de “vulnerabilidade social”, que nos reunimos para levar a vida mellor (opinar, acompañar, aprender, axudar, reivindicar, “ser referente”) coa idea de darlle participación e esperanza a todo o que queira formar parte do grupo.



Nese contexto xorde a idea da imaxe corporativa e un participante fai un faro que entre todos modificamos.

Quero destacar dúas cuestións que as persoas participantes sinalaron como importantes nos cuestionarios de avaliación, a actitude e o compromiso profesional e que no noso equipo tamén valoramos como claves do éxito da intervención psicosocial:

A actitude da profesional que ten que ver co respecto e a crenza profunda de que as persoas queren mellorar a súa situación; traballar dende esa posición, fixo que se visibilizarán as súas fortalezas e se mobili-

zarán automaticamente, buscaron eles mesmos a información, preguntaron con respecto, aprenderon a facerse cargo da súa propia participación, e do espazo como algo propio.

Esta actitude permitiu que montasen o seu blog, o seu facebook, e a gaceta mensual, como ferramentas propias para acadar esa inclusión activa tan desexada, dende os profesionais e tan incomprendida dende as persoas excluídas. Igualmente permitiu que traballasen en cuestións que eu non compartía na súa totalidade, como foron as clases de debuxo ou os contidos dalgunhas gacetes.

O compromiso coa intervención social; directamente relacionado coa actitude, pero dende un punto de vista máis profundo, no que unha vez que a semente está posta hai que regala e coidala independentemente da climatoloxía pasaxeira.

Conecto isto cos actuais tempos de crise de valores para que podamos seguir vendo o bosque, para que as árbores non nos impidan ver o bosque. As profesionais da intervención social somos bosque, e o asistencialismo só é unha póla dunha das nosas árbores, a participación e o empoderamento son a maioría das árbores do noso bosque esa é a nosa misión, darlles poder e participación ás persoas pobres e excluídas, a min só me queda agradecerlles a todas as que pasaron polo Equipo Municipal de Inclusión Social a oportunidade de aprender con elas.

A comunicación de peche do servizo en novembro do 2010, fixo que a actividade do grupo cambiase, xa que a maioría das persoas participantes querían “facer algo”, ao respecto, fortalecidos polo proceso de participación, a impotencia ante o que eles consideraban unha inxustiza, (perder un servizo que lles era moi útil) ese “facer algo”, transformouse nunha campaña pública:



Neste marco revisaron o nome, xa que presentarse publicamente como “grupo boa vida”, dáballes pouca formalidade, o nome tiña que indicar algo máis, e as persoas que viaxaron a Madrid propuxeron “inclusión social”, pero aínda quedaba algo pendente, eles querían que se vira que

eran suxeitos activos do grupo e que no nome se vira o que pretendían, polo tanto incluímos “activa”.

Así o novo nome (Boa Vida Inclusión Social Activa) identifica claramente que é un grupo que busca unha vida boa incluídos na sociedade dun xeito activo. O que encaixaba perfectamente cos sinais de identidade traballados os meses anteriores.

Sabemos que para que un grupo se consolide precisa ter un obxectivo común, unha loita e un éxito no seu haber, o que foi un “problema” nun primeiro momento converteuse nunha “loita ganada” cando as autoridades políticas municipais e o Defensor do Pobo déronlle a razón. E o servizo continuou 6 meses máis.

Así, a partir de pequenas accións, como un sorriso, foi crescendo no grupo a conciencia de que a súa forza está en actuar en colectivo e non individualmente, e de que as formas e os contidos, teñen moita relación, incluso o recoñecemento da situación de exclusión deixou de ser algo “doloroso”, para pasar a ser un sinal de identidade e un estandarte polo que loitar.

Cando se remata este artigo o grupo leva 9 meses traballando como asociación ao mesmo tempo que o Equipo Municipal de Inclusión Social clausurado.

CONCLUSIÓNS

Ao revisar documentos teóricos ao respecto do traballo con grupos, conecto estas experiencias coa pedagogía de Paulo Freire (1986) cando nos di que na medida en que a persoa se integra nas condicións do seu contexto de vida e reflexiona sobre ela, achega respostas aos desafíos que se lle presentan, crea cultura e integra activamente o seu propio proceso de cambio, e con Patricia Schorne (2005) cando sinala que o traballador social ten como función “concientizar” ensinando aos grupos a organizarse, espertar neles o desexo de elaborar o seu propio camiño para enfrontar os seus problemas e non esperar que a solución chegue do “estado providencia”. Sen a perspectiva de grupo é imposible avanzar cara unha integración “real”.

Das tres traxectorias dun proxecto educativo, que sinalan na obra “como animar un grupo”, A. Beauchamp, R. Graveline e C. Quiviger, (1985) (centrados na información e os coñecementos, nas actitudes ou no saber facer) o grupo Boa Vida Inclusión Social Activa partiu das actitudes, do saber vivir ou saber ser, para ir aprofundando no saber facer. A combinación destas dúas liñas fai que o percorrido deste grupo sexa rico en creatividade e que os froitos futuros sexan sorprendentes sempre coa seguridade de ter traballado sobre as actitudes e o saber vivir.

Cada grupo, cada profesional, cada institución é cada momento histórico é único e irrepetible, por iso son das que pensa que non hai experiencias trasladables nin repetibles, o que si temos como profesionais é un saber científico e sabemos que ao considerar a comunidade, como comunidade inclusiva, significa que existe o compromiso da inclusión social e iso profunda sobre a idea de que todos os membros da devandita comunidade expresan diversidade e que esta diversidade produce aprendizaxes recíprocas.

Trátase tamén de asumir a diferenza, a posibilidade de que “excluídos e incluídos” participen dun diálogo do que obteñen beneficios mutuos, ou o que é o mesmo, aceptar que as persoas “supostamente excluídas” están en condicións de construír comunidade conxuntamente como o resto dos cidadáns. É, xa que logo, un cambio de concepción que pretende ir máis aló do debate obxecto-suxeito, rompen as barreiras do poder que definen as relacións da intervención profesional para construír un modelo que teña como principio fundamental a condición de cidadanía.

A diversidade nunca debe ser un obstáculo para conseguir a igualdade. Dito doutra forma, partimos de considerar os aspectos relevantes dunha realidade social diversa, como expresión da “riqueza social” presente no medio. A exclusión tamén forma parte da paisaxe social na que vivimos, con todo, poucas veces escoitamos a súa voz, senón é a través de intermediarios profesionais.

É por iso que propomos un modelo comunitario que facilite espazos e condicións necesarias para que todas as persoas dispoñan das mesmas oportunidades para expresar a súa voz e atopar solucións para os diversos problemas. É neste marco onde entendemos por rede social, aquel conxunto de relacións significativas para unha persoa ou grupo que se dan nun contexto xeográfico concreto no cal poden producirse sentimentos de vinculación que favorecen a aparición de sistemas de apoio social formais e informais.

O sentimento de pertenza á comunidade manifestaríase non só na medida en que desenvolve mecanismos de participación e integración, senón tamén na capacidade dos seus membros para xerar no seu seo sentimentos de vinculación que poñan en valor as relacións de veciñanza fundamentadas nos valores da reciprocidade, o intercambio e a axuda mutua.

BIBLIOGRAFÍA

- Gil Villa, F. (2002). *La exclusión social*. Barcelona: Ariel.
- Tezanos, J. F. (1999). *Tendencias en desigualdad y exclusión social. Tercer foro sobre tendencias sociales*. Madrid: Sistema.

- Red Vega, N. (1993). *Aproximaciones al trabajo social*. Madrid: Siglo XXI
- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social*. Buenos Aires: Paidós.
- FOESSA. (2012) *Exclusión y Desarrollo Social, Análisis y perspectivas*. 2012. Madrid: Cáritas Española.
- Freire, P. (1986). *La educación como práctica de la libertad*. Madrid: Siglo XXI.
- Schorne, P.(2005). *Dinámica de grupo en Trabajo Social*. Salamanca: Amarú.
- Beauchamp, A, Graveline, R, e Quiviger, C. (1985). *Cómo animar un grupo*. Barcelona: Sal Terrae.

UNHA APROXIMACIÓN AO TRABALLO SOCIAL E AO DANO CEREBRAL ADQUIRIDO

M.^a Eugenia Veloso Osuna

Traballadora social da Asociación de Dano Cerebral de Compostela Sarela
traballosocial@sarela.org

RESUMO

Moitos compañeiros e compañeiras, e a sociedade en xeral, descoñecen que é o dano cerebral adquirido (de agora en diante, DCA); e polo tanto cal é a situación e o día a día destas persoas e as súas familias.

A través do programa de información e orientación a familias, farase un percorrido do itinerario polo que pasan as familias e as persoas con dano cerebral adquirido dende que ocorre a lesión até a fase de estabilización e a posterior integración social. Este programa fundamentase na necesidade de información que atravesa todo o proceso de convivencia co dano cerebral adquirido, comezando pola etapa hospitalaria. Esta información constitúe a base para poder promover intervencións, manexar falsas expectativas, crear alternativas ou esquivar erros.

Deste programa básico dependerá en gran medida que a persoa poida acadar o maior grao de autonomía posible (segundo as súas capacidades e situación funcional), tendo coñecemento de cal é o recurso máis axeitado e, ao tempo, que a súa familia poida normalizar a situación coa menor dificultade e co maior apoio posible.

PALABRAS CLAVE

Información, orientación, familias, DCA, autonomía persoal, integración social.

RESUMEN

Muchos compañeros y compañeras, y la sociedad en general, desconocen que es el daño cerebral adquirido (de ahora en adelante, DCA); y por lo tanto cuál es la situación y el día a día de estas personas y sus familias. A través del programa de información y orientación a familias, se hará un recorrido del itinerario por el que pasan las familias y las personas con daño

cerebral adquirido desde que ocorre la lesión hasta la fase de estabilización y la posterior integración social. Este programa se fundamenta en la necesidad de información que atraviesa todo el proceso de convivencia con el daño cerebral adquirido, comenzando por la etapa hospitalaria.

Esta información constituye la base para poder promover intervenciones, manejar falsas expectativas, plantear alternativas o esquivar errores. De este programa básico dependerá en gran medida que la persona pueda conseguir el mayor grado de autonomía posible (según sus capacidades y situación funcional), teniendo conocimiento de cuál es el recurso más idóneo y, al tiempo, que su familia pueda normalizar la situación con la menor dificultad y con el mayor apoyo posible.

PALABRAS CLAVE

Información, orientación, familias, DCA, autonomía personal, integración social.

ABSTRACT

Many colleagues, and society in general, is unaware that Acquired Brain Injury (ABI), and what is the situation and the daily lives of these people and their families.

With the information and guidance program oriented to families, will become a route of the itinerary that pass the families and people with ABI since the injury happens to the stabilization phase and subsequent social integration. This program will build on the need for information that goes through the process of living with acquired brain injury, beginning with the time spent in hospital.

This Information provides the basis for promote interventions, manage unrealistic expectations, alternatives or avoid errors.

This basic program depends largely on the person to achieve the highest possible degree of autonomy (second their abilities and functional status), with knowledge of what is the most appropriate remedy, and that his family can normalize the situation with the least difficulty and with maximum support.

KEY WORDS

Information, guidance, families, ABI, personal autonomy, social integration.

DANO CEREBRAL ADQUIRIDO

Cando falamos de dano cerebral adquirido referímonos ás persoas que sofren unha lesión, normalmente súbita, nas estruturas cerebrais; o que dá lugar a un menoscabo da súa saúde e a súa calidade de vida.

As principais etioloxías do Dano Cerebral Adquirido son os accidentes cerebrovasculares (ACV) e os traumatismos craneoencefálicos (TCE). Os ACV son tamén coñecidos como ictus. Trátase de cadros clínicos xerados pola interrupción, mais ou menos repentina, do fluxo sanguíneo nunha rexión do cerebro. Isto dá lugar a unha isquemia e unha perda da función da que é responsable esa área do cerebro. Os TCE defínese como unha afectación do cerebro causada por unha forza externa que pode producir unha diminución ou alteración do estado de conciencia, que supón unha alteración das habilidades cognitivas ou de funcionamento físico. O traumatismo craneoencefálico pode ser aberto ou pechado. O primeiro ocorre cando un obxecto penetra con forza na cabeza e produce unha fractura no cráneo e rotura das meninxes ou membranas cerebrais causando danos en áreas concretas do cerebro. O traumatismo pechado ocorre cando o cerebro é sometido a diversas forzas mecánicas. Non só pode existir unha lesión no lugar do golpe senón que se pode producir unha lesión adicional ou desviarse o cerebro ao lado oposto do golpe (lesión de contragolpe). Os fenómenos de aceleración, deceleración ou rotación do cerebro dentro do cráneo, tamén poden afectarlles ás conexións neuronais (dano axonal difuso). Este tipo de traumatismo pode provocar lesións microscópicas por todo o cerebro. Este conxunto de lesións adoita verse acompañado, nas fases iniciais, pola formación dun importante edema cerebral e a consecuente perda de conciencia ou coma. A profundidade da perda de conciencia e a duración desta, son dous dos marcadores principais para establecer a severidade do dano cerebral.

Outras causas son as anoxias cerebrais, os tumores e as infeccións cerebrais.

Segundo o **modelo de atención ás persoas con dano cerebral**¹, cando falamos de problemas derivados do dano cerebral existen **sete grupos de problemas** relacionados con: **o nivel de alerta, o control motor, a recepción de información, a comunicación, a cognición, as emocións, a personalidade e as actividades básicas da vida diaria.**

É habitual que tras sufrir un TCE ou un ACV severo, se produza unha perda de conciencia ou coma. A severidade do coma mídese en todo o mundo coa Escala de coma de Glasgow. Esta escala valora tres dimensións de actividade, a capacidade que ten o suxeito para manter os ollos abertos espontaneamente ou ante un estímulo, a capacidade de mover un membro á orde ou por estimulación deste, e a capacidade para responder verbal-

¹ Documento publicado polo IMSERSO no ano 2007. Ver bibliografía.

mente. O **grao de alerta** pode variar dende unha simple tendencia ao sono até unha ausencia total de reacción a todo tipo de estímulos. Nos casos graves, o coma pode durar días ou semanas.

Nunha minoría dos casos, o “espertar” non se produce e a persoa evoluciona a un estado no que se distinguen as fases de sono e vixilia, pero onde non observamos unha capacidade de interacción, nin de conciencia do mundo que a arrodea. Esta situación recibe o nome de estado vexetativo persistente². O mantemento deste estado durante polo menos seis meses fai que as posibilidades de reversibilidade deste sexan moi escasas: nestes casos fálase dun estado vexetativo persistente.

A **cognición** refírese ás funcións psíquicas que nos permiten analizar o que está ao noso redor. Grazas a ela aprendemos, reflexionamos e tomamos decisións baseadas no razoamento. A cognición é a atención, a concentración, a orientación, a memoria... e ten moitos usos; dende algo tan sinxelo como descifrar unha mensaxe, até cousas máis complexas como organizar unha viaxe con amigos.

Algúns problemas cognitivos son transitorios e reversibles, como a amnesia postraumática que segue ao espertar dun coma. Outros poden condicionar a autonomía da persoa de forma permanente, e afectarlle, por exemplo, a orientación espacial.

Esta situación pode coexistir coas funcións motoras, sensoriais e de comunicación intactas, o que transmite unha enganosa impresión da autonomía e da saúde da persoa con DCA, que non se corresponde coa realidade.

A **comunicación** a través da linguaxe verbal ou escrita tamén pode verse afectada. Poden xurdir dificultades para comprender a linguaxe verbal (afasia sensitiva); ser incapaz de ler (alexia); ou ser incapaz de emitir unha linguaxe comprensible para quen nos rodea (afasia motora).

Son frecuentes os trastornos na articulación da fala, nos que a persoa non é capaz de atopar os puntos de articulación dos diferentes fonemas, polo que a intelixibilidade do discurso pode verse gravemente afectada. É o que se denomina disartria.

É importante destacar que, ao igual que poden ter só problemas cognitivos, as persoas con DCA poden ter tamén só problemas de comunicación. Estes son máis evidentes, mais é habitual que nas persoas con afasia, as habilidades cognitivas permanezan intactas. Porén, estas enfróntanse a unha grande incompreensión e illamento social.

² Termo en revisión. Proposta recente do termo “Síndrome de vixilia sen resposta e de mínima conciencia.” pola European Task Force on Disorders of Consciousness co fin de describir as persoas en estado vexetativo.

Entre os trastornos no **nivel motor** máis frecuentes atopamos as hemiplexias (parálise da metade do corpo), e as hemiparexias (perda de forza e destreza na metade do corpo). Outra alteración motora importante é a espasticidade, consecuencia da aparición dun ton muscular anormalmente elevado nalgúns grupos musculares.

A falla de mobilidade nos membros condiciona unha perda de habilidades moi importantes, e xera un alto nivel de discapacidade. Nos casos moi severos, pode verse comprometida a capacidade de manter o control sobre os movementos da cabeza, a de manterse sentado sen apoios, a de poñerse de pé sen axuda ou a de deambular.

Os profesionais que atendemos a persoas con DCA, observamos que o dano dá lugar a **mudanzas na personalidade**, á perda de habilidades para relacionarse en sociedade e a **desordes emocionais**.

Despois dun traumatismo ou dun ictus, a persoa afectada adoita presentar inestabilidade das emocións, depresión ou perda de control sobre a expresión do pranto e da risa. Nos casos de ictus, é especialmente frecuente a aparición dunha síndrome depresiva.

Dentro dos trastornos da personalidade destacan dous prototipos: o desinhibido e o apático. No primeiro obsérvase unha incapacidade para frear os impulsos: a persoa non é capaz de reservar para si mesma o que pensa, é excesivamente familiar coas persoas que a arrodean, compórtase de xeito invasivo e pode exhibir condutas que son consideradas socialmente desaxeitadas. Nas persoas que presentan apatía, acontece totalmente o contrario: presentan falta de motivación, indiferenza emocional, e unha tendencia á máis absoluta inactividade. A persoa permanece calada e xeralmente queda, mentres non sexa estimulada. É consciente, mais indiferente ao que a arrodea. Habitualmente asociados a estes trastornos da personalidade poden aparecer problemas de conduta, tales como a agresividade, que fan que a integración na contorna sociofamiliar se vexa seriamente afectada.

O concepto de **actividades da vida diaria** non fai referencia ás funcións dependentes dunha parte concreta do cerebro. É o nome co que se agrupan as actividades máis comúns que realizamos as persoas diariamente. Diferéncianse dous niveis de complexidade: as actividades básicas da vida diaria e as actividades instrumentais. Dentro das básicas inclúense o aseo, o vestido, o control de esfínteres e os desprazamentos, por citar as máis importantes. As instrumentais fan referencia ao manexo da persoa na comunidade, como por exemplo o uso do transporte público, a realización de compras e xestións administrativas ou bancarias, ou o desempeño laboral.

A autonomía nas actividades da vida diaria conseguímolas as persoas mediante o concurso simultáneo de todas as capacidades que se describiñon con anterioridade: alerta, percepción, cognición, mobilidade etc. Trátase dun concepto esencial, tanto en rehabilitación como en atención

social, xa que gran parte dos obxectivos dos equipos de intervención están situados neste ámbito. É máis importante progresar en independencia na realización das actividades da vida diaria, que en conseguir demostrar progresos en procesos moi concretos que poden non verse acompañados de incrementos na autonomía. Por isto, gran parte das medidas de resultado para empregar neste ámbito céntranse en cuestións de funcionalidade, é dicir, de desempeño das actividades da vida diaria.

APROXIMACIÓN EPIDEMIOLÓXICA

O dano cerebral adquirido é unha das primeiras causas de discapacidade na nosa sociedade. Porén, é unha das máis descoñecidas. A raíz da enquisa realizada no ano 1999, e coa colaboración de FEDACE (Federación Española de Dano Cerebral), a oficina do Defensor do Pobo realizou un estudo publicado no ano 2005, é o único feito até o de agora, que estimaba en 300.000 as persoas con dano cerebral adquirido en España.

Segundo datos de referencia de 2002 (Conxunto Mínimo de Datos Básicos á Alta Hospitalaria / Instituto Información Sanitaria / Ministerio de Sanidade e Consumo), en España producíronse polo menos 35.000 ingresos hospitalarios por traumatismos cranioencefálicos (accidentes de tráfico, laborais, deportivos, caídas domésticas, agresións...), que lles provocaron alteracións funcionais múltiples (físicas, sensoriais, cognitivas, condutuais), a unhas 4300 persoas. Máis do 70% dos traumatismos cranioencefálicos teñen a súa orixe nos accidentes de tráfico, cunha incidencia significativa na mocidade. Os accidentes cerebrovasculares son a terceira causa de morte entre a poboación española, e a primeira entre as mulleres. Neste mesmo ano, producíronse 109.692 ingresos hospitalarios por esta causa.

O 68% das persoas con DCA presentan secuelas múltiples que as incapacitan para o desenvolvemento dalgunha actividade básica da vida diaria, e un 45% presenta discapacidade en grado severo ou total. As secuelas discapacitantes son moitas e de moi variada índole.

A lesión cerebral aumentou nos últimos anos pola súa relación co estilo de vida actual e polo crecemento da esperanza de vida da poboación.

No boletín do Observatorio Estatal da Discapacidade do mes de xuño de 2011, a consultora Martha Quezada presentou datos de prevalencia do DCA en España; extraídos da Enquisa de Discapacidade, Autonomía Persoal e Situacións de Dependencia 2008. Estes son os datos máis recentes, tras o Informe do Defensor do Pobo (2005).

De acordo coa enquisa, en España residen 420.064 persoas con dano cerebral adquirido. O 78% destes casos son debidos a accidentes cerebrovasculares, mentres se infire que un 22% corresponde ás demais causas.

A estimación de persoas con dano cerebral en Galicia sitúase nunha cifra entre 10.920 e 13.720 ao ano. Ademais, entre 5600 e 8400 persoas son afectadas directamente cada ano por traumatismo cranioencefálico. Entre 1120 e 1680 resultan feridas graves. O 5% permanecen estado vexetativo. Finalmente, 5320 persoas son afectadas cada ano por ictus.

CONTEXTO ONDE XORDEN AS ASOCIACIÓNS

É evidente que o contorno familiar non está preparado para asumir o coidado, tratamento e orientación que precisa a persoa con DCA e, porén, adquiren tal nivel de compromiso que os conduce, inevitablemente, ao illamento e á sobrecarga crónica.

A sociedade e as administracións temos unha débeda co DCA, e esta debe abordarse xa, como planeaba o Defensor do Pobo na presentación, ante a Comisión Mixta do Congreso dos Deputados, do Informe Monográfico DANO CEREBRAL SOBREVIDO EN ESPAÑA: UN ACHEGAMENTO EPIDEMIOLÓXICO E SOCIO SANITARIO (2005): “Existe un consenso xeneralizado sobre que o establecemento dunha rede específica de recursos sanitarios e sociais para a abordaxe integral do dano cerebral sobrevido é unha verdadeira “materia pendente” en España, e tamén sobre a necesidade de que os pacientes que sofren unha lesión cerebral sexan sometidos a un intenso e exhaustivo proceso de rehabilitación para a recuperación das súas capacidades”.

Se existe hoxe este consenso, débese en gran medida ao labor das asociacións e da federación, no seu afán diario por reivindicar ante as administracións públicas os recursos necesarios, defender os dereitos dos asociados e atender necesidades básicas que estas non cobren.

Os datos reflicten a necesidade de atención que ten este colectivo, xa que hai unha escaseza de recursos.

A carencia de recursos especializados e o descoñecemento dos existentes constitúen o principal problema para que as familias consigan atopar centros axeitados ás necesidades dos seus familiares con DCA. Se a isto lle unimos que cada vez se reduce máis a estancia no hospital, as dificultades que teñen estas persoas para recibir un tratamento acorde ás súas necesidades vense incrementadas notablemente.

Hai 17 anos, constituíuse en Barcelona a Federación Española de Dano Cerebral (FEDACE), e pasaron algúns anos máis dende que comezaron a traballar as primeiras asociacións de familiares e persoas con dano cerebral adquirido.

O contexto no que xurdiron as primeiras asociacións (descoñecemento do dano cerebral, esquecemento e abandono dos familiares convertidos en coidadores principais...), está aínda vixente.

Actualmente, forman parte de FEDACE un total de 31 asociacións que contan con uns 9615 socios. En Galicia, no ano 2007, créase a Federación Galega de Dano Cerebral Adquirido (FEGADACE), como nexa de unión das cinco entidades que xa estaban a traballar no país: Asociación de Dano Cerebral de Compostela Sarela (Santiago de Compostela, 2000), Asociación Alento Vigo (Vigo, 2000), Asociación Renacer (Ourense, 2002), Asociación de Dano Cerebral da Coruña ADACECO (A Coruña, 2000) e Asociación de Dano Cerebral de Lugo ADACE (Lugo, 2006).

NECESIDADES DO COLECTIVO E REIVINDICACIÓNS

O noso sistema sanitario garante unha atención razoablemente homoxénea, e de alta calidade nas fases iniciais dun DCA, cando a persoa se atopa en estado crítico e a supervivencia é o obxectivo prioritario. Unha vez se salve a vida, a atención é desigual nos ámbitos de rehabilitación, e tende á inexistencia cando as necesidades son de reinserción social. Debemos tratar de darlle continuidade ao servizo iniciado no hospital de multiespecialidades, e de ir axustando os obxectivos ás distintas fases polas que pasa a persoa con dano cerebral e a súa familia. Isto require completar a rede de servizos e garantir a continuidade e coordinación asistencial.

Os obxectivos do sistema sociosanitario español deben virar arredor do concepto de calidade de vida e non ao redor da curación ou a supervivencia; sen esquecer que deben centrarse na persoa con dano cerebral e a súa familia. Ademais, os programas de atención deben ser individualizados, dada a variedade de perfís existente; e deben estar suxeitos a criterios de calidade claramente definidos e contrastables.

Buscamos así un sistema que se basee na igualdade de dereitos de todos os cidadáns para acceder á rede sociosanitaria. É responsabilidade dos poderes públicos a posta en marcha de servizos que fagan realidade este dereito.

O movemento asociativo, tendo en conta a situación e os datos referidos anteriormente, inclúe entre as demandas e reivindicacións as seguintes³:

- Estudo epidemiolóxico sobre o DCA en Galicia, que mellore o deseño de políticas preventivas, rehabilitadoras e de soporte social.
- Recoñecemento do DCA como patoloxía específica e gravemente discapacitante, con afectación física, cognitiva, condutual, emocional e sensorial.

³ FEDACE (Federación Española de Dano Cerebral). (2007-2012) Manifesto 26 de Outubro: Día Nacional do Dano Cerebral. Recuperado de <http://www.fedace.org>

- Implantación dun protocolo de actuación dende o momento do ingreso hospitalario.
- Atención específica ás persoas en situación de gran dependencia e/ou estado vexetativo permanente, con prazas residenciais concertadas e/ou atención domiciliaria continuada.
- Creación de centros de día específicos para persoas cun grao de dependencia moderado-grave, proporcionando terapias individuais e en grupo que melloren e/ou manteñan o maior grado de autonomía persoal posible.
- Atención ao respiro familiar.
- Programas específicos de formación e inserción laboral e/ou escolar.
- Simpleza e axilidade en procedementos administrativos.

INTERVENCIÓN SOCIAL CON PERSOAS CON DANO CEREBRAL E AS SÚAS FAMILIAS

1. Itinerario que seguen as familias dende que se produce o dano cerebral até que comeza o proceso de rehabilitación

A carencia pois, de recursos especializados e o descoñecemento existente sobre o dano cerebral, constitúen as principais problemáticas dos familiares.

A isto podemos acrecentarlle que cada vez se reduce máis a estancia hospitalaria, o que implica que a familia se converte, de xeito “forzoso”, na principal prestadora de coidados e atención.

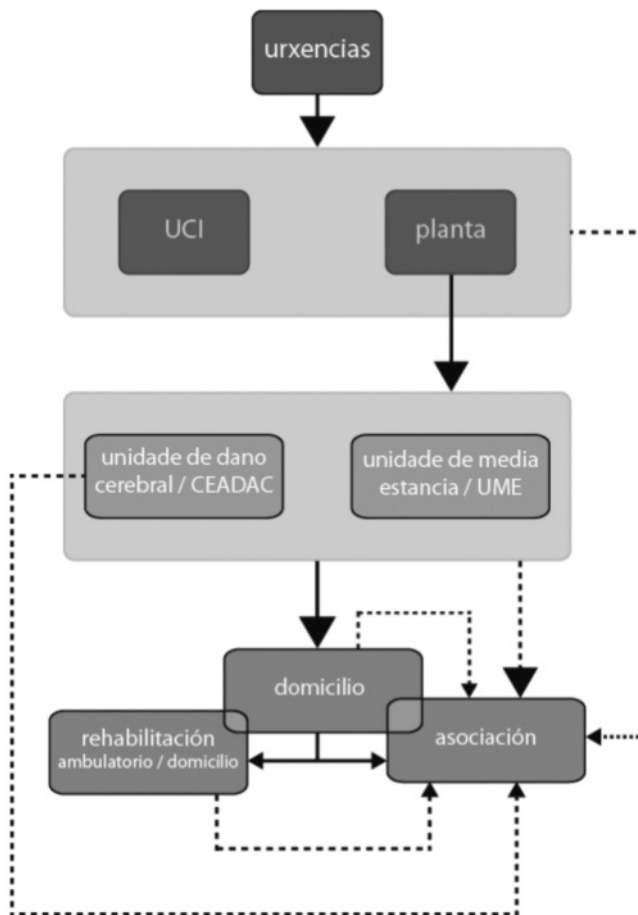
A necesidade máis imperiosa é, sen dúbida de ningún tipo, a INFORMACIÓN, así con maiúsculas; que é o dano cerebral, que lle pode pasar ao meu familiar, que vai a precisar, como podo conseguilo e axudalo.

Unha vez que teñen a alta hospitalaria, comeza entón un duro camiño, onde a familia xoga un papel fundamental. Sabemos que o dano cerebral se produce nunha persoa, pero na súa familia créase un desequilibrio que fai necesario que se vaian facendo pequenos reaxustes até poder acadar o equilibrio necesario que permita a adaptación a nova situación.

A rehabilitación no dano cerebral é unha necesidade fundamental. A recuperación e, en definitiva, o grao de autonomía persoal que a persoa pode acadar, depende totalmente de como sexa o proceso de rehabilitación.

Cabe destacar que se precisa un equipo rehabilitador especializado e interdisciplinar, é dicir, profesionais especializados en cada área (logopedia, terapia ocupacional, psicoloxía/neuropsicoloxía e fisioterapia).

Cadro 1: Itinerario que segue a persoa con DCA



Os avances médicos e tecnolóxicos e o traslado cada vez máis rápido ao hospital, fan que cada vez sobrevivan máis persoas con dano cerebral adquirido. Na **Unidade de Coidados Intensivos** (de agora en diante, UCI), a persoa dispón duns coidados de xeito permanente, até que a súa vida deixa de correr perigo.

Unha vez que a persoa é trasladada ao servizo correspondente, prodúcese un gran desequilibrio con respecto ao momento anterior. No **servizo especializado** (polo xeral Neuroloxía ou Neurocirurxía) os coidados son máis intermitentes, e na maior parte dos casos, existen serias dificultades para acceder á rehabilitación. O paciente ten dereito a que no seu informe

de alta se especifiquen ademais do resumo do seu historial clínico, a actividade asistencial prestada o diagnóstico e as recomendacións terapéuticas⁴ (entre as cales estarían fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, psicoloxía/neuropsicoloxía), feito que non se produce na práctica, o que supón a “peregrinaxe” por diferentes servizos (atención ao doente, asociacións, traballo social do hospital, centro de saúde...) dos familiares para acceder a este dereito social.

A tendencia é reducir cada vez máis o tempo de estancia no hospital, e adaptarse a esta nova situación supón graves complicacións para a familia. Nin a familia está preparada psicolxicamente, nin polo xeral o domicilio acostuma reunir condicións de accesibilidade.

Na alta hospitalaria, segundo a situación clínica da persoa con dano cerebral, existen varias opcións: **Unidade especializada en dano cerebral** (polo xeral, cando existen posibilidades de recuperación significativa) ou **unidade de media estancia** (onde os familiares son instruídos de cara aos coidados no contorno familiar durante 15 días, no mellor dos casos); ou volta ao **domicilio** acudindo á rehabilitación no hospital (paso previo pola lista de espera ou esperando a que transcorran os períodos vacacionais pola falta de persoal que cubra as baixas).

Na maior parte dos casos, debido a que a rehabilitación no sistema público adoita ser insuficiente, os familiares, acostuman acudir ás asociacións para completar a rehabilitación que precisan (ofrécese a posibilidade de facer a rehabilitación no domicilio, se a persoa non pode desprazarse).

Cando a persoa reciba a alta hospitalaria, se non ten cobertura a través dunha mutua (casos de accidentes de tráfico ou laborais) que poida financiar os recursos privados existentes na nosa comunidade⁵ será o momento de solicitar a admisión no Centro Estatal de Atención ao Dano Cerebral, en Madrid. Se a persoa con dano cerebral cumpre os requisitos estritos de admisión, pasará a formar parte da lista de espera.

Un importante número de familias non tomará contacto coa asociación correspondente na súa área de influencia, porque non son informadas da súa existencia. Descoñezo cales son as razóns, pero a realidade, tanto en Galicia como en outras comunidades autónomas, é que o persoal que actúa no ámbito sanitario non adoita informar da existencia deste recurso (salvo excepcións). Obsérvase tamén que un gran número de persoas achégase á asociación moi tarde, mesmo pasados varios anos.

⁴ (2002, 15 de novembro) Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica. Boletín Oficial do Estado, 274.

1.1 Algunhas boas prácticas aplicables neste proceso

- * Debería existir un **dispositivo de apoio no ámbito hospitalario**, tanto para informar as familias como para comezar a intervir no estrés que xera a sobrecarga nas familias.
- * Deberíase preparar e **coordinar, antes da alta, a volta ao domicilio** (adaptacións do fogar, asesoramento en axudas técnicas), ou a entrada no recurso que se sinala para o proceso de rehabilitación.
- * É necesario explicarlles ás familias que o **proceso de rehabilitación ten un principio e un fin**, así como implicalas no proceso para obter uns resultados óptimos.
- * Habería que abordar máis profundamente o **traballo co contorno**, que inclúe a coordinación cos distintos sistemas nos que participa a persoa.

2. Como lle afecta á familia a presenza dun membro con dano cerebral adquirido

A aparición dunha situación discapacitante nun dos membros da familia vai supoñer un impacto na vida familiar que esixirá a reorganización dos recursos persoais e a necesidade de ter determinados apoios que antes non se vían necesarios. Isto vai provocar unha modificación no equilibrio da familia como sistema.

- * Vaise a producir unha **interrupción do ciclo vital** da familia
- * Na súa dinámica interna, obsérvase unha **desestruturación do contorno familiar**: cambio de roles e a sobrecarga dun membro da familia, polo xeral, a nai ou esposa.
- * A **aparición do dó**, co paradoxo da presenza da persoa con dano cerebral, e que pode vivirse como “xa non é a mesma”, como consecuencia dos seus cambios de personalidade e posibles problemas condutuais.
- * O feito de centrarse na atención á persoa con dano cerebral pode provocar a desatención de cara a outros membros da familia. Na propia familia pode supor un **illamento** e, en ocasións, a falta de recoñecemento social e familiar do coidador (na maioría dos casos, coidadora).
- * En ocasións, é necesario destacar o **risco de malos tratos** (psicolóxicos e/ou físicos), tanto da persoa con DCA cara ao coidador, como do coidador cara á persoa con DCA, xa sexa por mor dos déficit cognitivos e/ou condutuais, como pola violencia que a falta de aceptación das súas limitacións xera nesta persoa. A experiencia pare-

ce indicar unha maior violencia nos casos en que a persoa con DCA é muller, e o coidador é un home.

- * As dificultades na dinámica familiar poden levar aparelladas **conflictos e rupturas** que poderían terminar en separación.
- * A dinámica externa tamén se vai ver afectada; dende a **perda de relacións sociais** até o desenvolvemento de actividades de lecer. A persoa con DCA síntese rexeitada ou móstrase reticente a participar en contextos normalizados, igual que no caso da persoa coidadora.
- * A persoa coidadora ten que **abandonar o seu traballo** para poder atender o seu familiar.
- * O contexto social fai presión sobre a persoa coidadora, especialmente cando a persoa con DCA non ten déficits físicos. Nestes casos, os demais non perciben os problemas de comportamento ou doutro tipo, e as consecuencias que estes teñen na rutina diaria e na vida familiar, co que non entenden que a persoa coidadora pode necesitar un respiro. Isto leva á aparición de **sentimentos de culpabilidade** na persoa coidadora.
- * **Precariedade económica:** o incremento dos gastos xunto a redución dos ingresos (con frecuencia por abandono do traballo), van multiplicar as dificultades. Doutra banda, o feito de atoparse nun intervalo de ingresos medios, non lles permite á maior parte das familias ser beneficiarias de axudas económicas.
- * **Aspectos xurídicos** relacionados coa modificación da capacidade de obrar, importante nos casos onde o trastorno se acompaña de problemas condutuais, ou non hai conciencia de déficit.

3. Fases deste proceso

O DCA é unha realidade dinámica e diversa. Non lles afecta da mesma forma a todas as familias, nin a todos os seus integrantes, nin tampouco por igual en todas as súas diferentes fases de evolución.

A continuación, descríbese o que podería ser un esquema das fases polas que a familia adoita pasar, posto que en cada familia pode haber variacións e incluso pódense repetir distintas fases, segundo a evolución.

- **Estado de shock** ante o inesperado da situación
- **Incerteza** cara ao futuro a curto prazo, ou de **esperanza**, cando nos casos máis graves se ve que o familiar sobrevive.
- **Impotencia e rabia** porque se senten frustrados por non poder facer máis polo seu familiar e por preguntarse por que lles ocorreu a eles.

- **Euforia** no caso de recuperación posterior, que se pode converter, máis para adiante, en **decepción** porque non evoluciona tanto como se agardaba.
- Finalmente, pode haber unha **etapa de depresión ou tristeza**, que deriva en resignación na maior parte dos casos, pero que en realidade non supón a aceptación da situación, aínda que si ás veces unha adaptación a esta.

4. Elementos de protección das familias

Toda modificación producida nun sistema, como é o caso do sistema familiar, supón movementos de reequilibrio para adaptarse á nova situación. Porén, en ocasións este proceso resulta negativo polas consecuencias que provoca tanto na persoa con dano cerebral adquirido como de cara ao exterior.

A continuación, refírense algúns dos elementos que favorecen un afrontamento axeitado por parte da familia:

* Factores intrínsecos (características das familias)

- A situación anterior ao DCA, o nivel de estruturación, a comunicación previa. Cando as relacións de apoio están ben estruturadas séguense mantendo, se non é así pódese producir unha ruptura familiar.
- Favorecen os estilos democráticos, o reparto de tarefas equilibrado e o sistema de valores anterior.
- Constitúe un elemento facilitador o vínculo que manteñen as familias coa asociación e o nivel en que se involucran nesta.

* Factores extrínsecos a familia

- Contar dende o principio con información axeitada.
- O feito de prestar apoio emocional, así como información e formación aos coidadores, vai a favorecer en gran medida a súa adaptación.
- O mantemento da rede social de apoio da persoa con dano cerebral, así como a posibilidade de participar na rede asociativa.

5. Despois da rehabilitación, fase de adaptación á nova situación vital

A rehabilitación constitúe unha etapa fundamental de cara á integración social. Porén, ten un comezo e un fin. A persoa no proceso rehabilitador traballará para recuperar as habilidades e capacidades que puidesen ficar danadas, de cara a ter a maior autonomía persoal e independencia posible.

Moitas familias teñen a crenza de que a rehabilitación é para toda a vida. Pensan que cantas máis sesións de rehabilitación teña o seu familiar, máis vai mellorar. Porén, esta crenza é errónea: o proceso de rehabilitación ten unha duración aproximada entre ano e medio e dous anos. Pasado este tempo dicimos que a persoa se atopa na fase de estabilización. É dicir, é o momento de aprender e poñer en práctica, na rutina diaria, as habilidades e capacidades recuperadas, e aprender a convivir con aquelas que non se puideron recuperar. É fundamental que a persoa faga unha vida o máis normalizada posible, que permita manter as capacidades e habilidades adquiridas no proceso de rehabilitación, así como obter pequenas melloras na súa autonomía no día a día, sobre todo no que ten a ver coas actividades da vida diaria instrumentais.

Para isto, deberíase contar cunha serie de servizos que lle dean continuidade á resposta que estas persoas requiren en cada momento, tanto respecto á evolución da discapacidade como do seu ciclo vital. Por outra parte, a familia é o recurso por excelencia, polo que se debería posibilitar o apoio especializado para evitar a sobrecarga dos seus membros.

Algúns dos sistemas de apoio para esa adaptación son:

- Centros de día
- Centros ocupacionais
- Centros especiais de emprego
- Emprego con apoio
- Atención domiciliaria
- Asistencia persoal
- Centros de tratamento ambulatorio
- Pisos tutelados
- Residencias permanentes e de respiro temporal
- Unidades de estancia diúrna para persoas con Síndrome de vixilia sen resposta e mínima conciencia

Tamén quixera facer referencia, antes de rematar este artigo, aos grupos máis desatendidos dentro do colectivo de persoas con DCA, que pola súa situación funcional non poden beneficiarse de ningún recurso, e son as súas familias as que día a día permanecen ao coidado, illadas nos seus domicilios:

- Aqueles para os que non existen recursos axeitados ás súas necesidades.

- As persoas con Síndrome de vixilia sen resposta e mínima conciencia.
- Os que presentan problemas psiquiátricos a raíz do dano cerebral.
- As persoas moi gravemente afectadas.
- As persoas que non poden desprazarse pola súa situación funcional ou pola localización do seu domicilio.

Un sempre pensa, “isto non me vai pasar a min”, mais cada un de nós debe pensar que nalgún momento das nosas vidas, podemos estar vivindo esta mesma situación. Debemos e temos que traballar pola reivindicación e goce de dereitos destas persoas, e tamén por que as súas familias teñan ao seu dispor os recursos e apoios necesarios para facerlle fronte a esta situación.

É o noso mundo “un mundo con acceso para todos”? Non o é... pero pode chegar a sê-lo. Todo depende de todos e cada un de nós. TAMÉN DEPENDE DE TI.

BIBLIOGRAFÍA

- (2002,15 de novembro) Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica. *Boletín Oficial do Estado*, 274.
- Federación Española de Daño Cerebral. (2004) *Guía de Familias*. Fedace Colaboran Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociais. IMSERSO.
- *Informe sobre dano cerebral sobrevido en España: un achegamento epidemiolóxico e sociosanitario* (2005).
- Cadernos Fedace sobre Dano Cerebral Sobrevido (2006) Caderno n.º 1 Trabajo Social e Dano Cerebral.
- *Modelo de atención ás persoas con dano cerebral* Colección de documentos serie documentos técnicos (2007). IMSERSO.
- Cadernos Fedace sobre Dano Cerebral Sobrevido. (2011) Síndrome de vixilia sen resposta e estado de mínima conciencia.
- Fedace. Coa colaboración de Obra Social Caja Madrid. 2011 *Dano Cerebral Adquirido: Orientación para familiares, amigos*.
- FEDACE (Federación Española de Dano Cerebral). (2007-2012) *Manifiesto 26 de outubro: Día Nacional do Dano Cerebral*. Recuperado de <http://www.fedace.org>

MULLER EN EXCLUSIÓN SOCIAL SEVERA: Estudo sobre percepción, valoración e propostas de mellora

Rodríguez Constenla, Lucía (traballadora social). Gil Rodríguez, Elena (traballadora social). Lence Gestoso, María Jesús (educadora social-pedagoga). Torrado Silva, Patricia (traballadora social-educadora social).

Técnicas do Grupo Mobilización Social de Médicos do Mundo:

Grupo de activismo de loita a prol dos dereitos humanos, especialmente os daquelas persoas que se atopan en situación de exclusión social. Vinculadas ao programa CEREDA (Centro de Redución de Danos) que é un recurso de baixa esixencia para persoas en exclusión social severa no que se lle dá prioridade especialmente ao colectivo de consumidores/as de drogas.

Médicos do Mundo Vigo. R/ Illas Baleares n.º 15 baixo. 36203 Vigo

Tfno. 986 484 301 | vigo@medicosdelmundo.org

RESUMO:

No eido social somos coñecedores/as do fenómeno de “feminización da pobreza” que é multicausal (por factores estruturais, culturais, económicos, de acceso ao mercado laboral, división social segundo xénero etc.) e que deixa ás mulleres en situación de maior vulnerabilidade especialmente cando falamos da súa saúde benestar e seguridade persoal (violencia física, psicolóxica ou sexual). Dende Médicos do Mundo Vigo levamos mais de 10 anos traballando con colectivos en situación de exclusión social detectando que dentro destes, ás mulleres sufrían dobremente as consecuencias negativas da pobreza e o illamento social. A falta de información dende o punto de vista das propias protagonistas levounos a formular a necesidade de realizar un estudo que recollese os seus testemuños. Así, o obxectivo do noso estudo foi coñecer máis a súa realidade, valorar a satisfacción dos recursos que ofrece a ONG e a percepción que teñen elas da súa propia situación e as posibles alternativas para cambiala.

PALABRAS CLAVE:

Muller, empoderamento, dereitos, violencia, exclusión.

RESUMEN:

En el ámbito social somos conocedores/as del fenómeno de “feminización de la pobreza” que es multicausal (por factores estructurales, cultu-

rales, económicos, de acceso al mercado laboral, división social según género, etc.) y que deja a las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad, especialmente cuando hablamos de su salud, bienestar y seguridad personal (violencia física, psicológica o sexual). Desde Médicos do Mundo Vigo llevamos más de 10 años trabajando con colectivos en situación de exclusión social detectando que dentro de éstos, las mujeres sufrían doblemente las consecuencias negativas de la pobreza y el aislamiento social. La falta de información desde el punto de vista de las propias protagonistas nos llevó a plantearnos la necesidad de realizar un estudio que recogiera sus testimonios. Así, el objetivo de nuestro estudio fue conocer más su realidad, valorar la satisfacción de los recursos que ofrece la ONG y la percepción que tienen ellas de su propia situación y las posibles alternativas para cambiarla.

PALABRAS CLAVE:

Mujer, empoderamiento, derechos, violencia, exclusión.

ABSTRACT:

In the social field we know the “feminisation of poverty”, a phenomenon which is due to multiple causes (structural, cultural and economic factors, access to labour market, social division by gender, etc) and which leaves women in a more vulnerable situation, specially in terms of health, well-being and personal safety (physical, psychological or sexual violence). We at Médicos do Mundo Vigo (part of Doctors of the World Spain) have for more than 10 years been working with social groups suffering a situation of social exclusion and have detected that within them, women suffered twice as much the negative consequences of poverty and social isolation. The lack of information coming from the women’s own point of view made us see the necessity of carrying out a study that collected their testimonies. The goal of our study was thus to better know their reality and assess their level of satisfaction with the resources offered by our NGO as well as their perception of their own situation and possible alternatives to change it.

KEY WORDS

Woman, empowerment, rights, violence, exclusion

“Non hai barreira, pechadura, nin ferrollo, que poidas impoñerlle á liberdade da miña mente”

Virxinia Wolf

XUSTIFICACIÓN E CONTEXTO DA INVESTIGACIÓN

Un dos colectivos cos que Médicos do Mundo leva anos traballando é o das persoas en situación de exclusión social, dende os centros de atención directa que ten en diversas provincias do estado, e en particular, no centro de redución de danos na cidade de Vigo, aberto dende o ano 2001. É un centro de baixa esixencia para persoas cun uso problemático de drogas, co obxectivo de facilitar o acceso á rede sociosanitaria normalizada.

Cando cumprimos dez anos de intervención na cidade, pensamos na necesidade de realizar un achegamento á parte da poboación que acode ao centro, e da que nunca se realizou unha detección de necesidades: **as mulleres en situación de exclusión social severa**. O obxectivo é coñecer máis a súa realidade, valorar a satisfacción dos recursos que ofrece a asociación e a percepción que teñen elas da súa propia situación e as posibles alternativas para cambiala.

Entendemos a exclusión social coma un proceso acumulativo de factores negativos que deixan fóra da vida social a persoa, e que vai unida a unha elevada dificultade para superar a situación de marxinación que inclúe a falta de ingresos, debilitamento dos lazos sociais e familiares, estar fóra do mercado laboral, descenso da participación social etc.

A súa situación de exclusión queda de manifesto nos diversos ámbitos da vida cotiá, debido a que o limiar da pobreza na que se manteñen, incapacita en gran medida a posibilidade de desenvolverse á hora de exercer dereitos básicos de acceso á sanidade, á educación, ao desenvolvemento das competencias profesionais e a desenvolver unhas relaciónes sociais e familiares coas suficientes garantías de éxito.

Ao tratarse dunha investigación nun marco moi concreto da poboación feminina en Vigo, só atopamos un estudo que conteña dende a perspectiva de xénero a problemática da exclusión social: o estudo da Fundación Érguete do ano 2010 que nunha das categorías que presenta da realidade social feminina establece a de “sen teito”: e nesta categoría onde nós queremos profundar para acadar un maior coñecemento da situación real.

Ademais deste estudo podemos contar con aspectos reveladores do informe que o Valedor do Pobo fai das persoas sen fogar en Galicia, e contamos tamén cos estudos de drogodependencias do Plan municipal de drogas de Vigo nos que se fai referencia á categoría de poboación feminina para telos en conta no estudo.

Coñecemos (segundo datos do Plan municipal de drogas e do estudo bianual das unidades de atención a drogodependentes), que o índice de consumo de substancias por vía inxectada é dun 13% de mulleres.

Para contextualizar o estudo e valorar a perspectiva cualitativa da investigación en relación coas diversas percepcións que existen en materia de exclusión social consultamos diferentes informes (ademais dos que xa mencionamos): Informes do Servizo de Igualdade da Xunta de Galicia, onde se recollen datos sobre a estatística de violencia de xénero e trata de persoas na comunidade; Informe do Ministerio de Sanidade, Política e Igualdade: pobreza entre la realidad y la percepción (2010), que sinala como grupos en risco para sufrir pobreza, as mulleres, ser persoa con problemas de adicción, e/ou persoa sen fogar; tamén os datos do euro barómetro do 2009, sinalan que un 26% da poboación cre que un factor de pobreza é o consumo de drogas e un 6% sinala que ser muller xa é un factor de exposición a unha situación de exclusión social.

Ante estes datos podemos partir da hipótese de que a situación de exclusión social agrávase pola súa condición de ser muller e de consumidora de drogas (xa que a percepción social é negativa sobre o consumo de substancias tóxicas).

Dende a intervención constatamos que as mulleres coas que traballamos, atópanse nunha posición aínda máis vulnerable, sendo maior tamén, o risco para a súa saúde física e mental. Ás problemáticas comúns a homes e mulleres, súmase a falta de recursos específicos para elas, a non incorporación da perspectiva de xénero nos que xa existen, o que supón un menor acceso e menor adherencia a programas/tratamentos: escaso número de camas nos albergues da cidade (unha por cada cinco) que son de titularidade relixiosa, e a existencia só dunha cama para desintoxicación hospitalaria...; a violencia verbal, física e sexual nalgúns casos coa que debe convivir, as relacións de dependencia coa parella froito da busca de protección, sustento... son varios factores que comentan na entrevista inicial de ingreso o recurso.

Unha das preocupacións do equipo de intervención e das persoas voluntarias é, polo tanto, coñecer con profundidade cal é a vivencia actual das mulleres e cal a súa percepción, así como, coñecer que valoración fan de si mesmas e sobre todo, como se senten e que alternativas valoran de posible mellora da súa situación.

Tamén outra preocupación é achegarse ao colectivo coa idea de xerar un coñecemento que poida servir á mellora da atención do recurso e o empoderamento do colectivo de mulleres.

Co obxectivo de achegarnos dun xeito formal e estruturado, que sirva para a recollida de información, do que despois se extraia información que se poida ter en consideración, pensamos recoller a súa opinión, a súa experiencia nas situacións de rúa e a súa vivencia, e realizar un estudo cuanti-

tativo, pero tamén cualitativo en base a entrevistas individuais que nos poidan achegar os datos que buscamos. Pretendemos achegarnos ás necesidades particulares ou xerais da súa situación, e as ideas que formulan para corrixilas e facelas participes do seu propio proceso.

Polo tanto, o obxectivo da nosa investigación é dobre, por un lado, perséguese adquirir coñecemento sobre situación e percepción que teñen as mulleres que están na rúa e, polo outro, recoller as posibles propostas de mellora do servizo de MDM.

A pregunta de investigación sería polo tanto, *Como perciben as mulleres que sofren exclusión social severa a súa situación actual?*

OBXECTIVOS

Obxectivo xeral: Coñecer a realidade da muller en situación de exclusión social e as variables diferenciais respecto dos homes que poidan influir neste proceso.

Obxectivos específicos:

1. Comparar a realidade das mulleres consumidoras das non consumidoras.
2. Analizar as causas polas que algunhas mulleres non acceden o recurso de MDM e que unha vez que acceden non participan activamente nas actividades.
3. Determinar o nivel de autoestima das mulleres usuarias de MDM e o seu autoconcepto.
4. Coñecer a rede informal ou formal de supervivencia das mulleres en exclusión social.
5. Detectar posibles vulneracións de DDHH, discriminacións ou carencia de recursos/programas/tratamentos que poidan darse na rede sociosanitaria.
6. Coñecer as fortalezas e as debilidades dos programas de MDM en canto á perspectiva de xénero.

MOSTRAXE

Para determinar o **perfil sociodemográfico**:

1. Datos de usuarias participantes na entrevista individual concertada entre marzo e maio de 2011.

Para os demais obxectivos e datos:

2. Mulleres usuarias do CEREDA entre os meses de investigación (marzo-maio) que accedan a participar no estudo.
3. Convocatoria aberta través da difusión do estudo a través das propias actividades dirixidas a mulleres do CEREDA (organízase un obradoiro para mulleres en marzo do que se espera poder facer captación de participantes) e a invitación persoal das técnicas do servizo as mulleres que acudan durante ese período de tempo.

Unha vez rematan as entrevistas (por saturación da mostra), faise unha sesión conxunta coas participantes para validar a información que se recolleu nas entrevistas persoais.

TÉCNICAS NA OBTENCIÓN DE DATOS

Eliximos a **entrevista individual** como técnica principal para a obtención de datos xa que consideramos que é a máis adecuada para o noso propósito tratándose dunha técnica conversacional cun profesional que busca coñecemento para contribuír a un diagnóstico social ou tratamento social.

Somos conscientes que o estudo ten un límite debido por un lado á posible saturación da mostra, en relación con algunha categoría deseñada pero tamén que ao desenvolverse nun ámbito moi pequeno e cunha poboación moi determinada, os datos son significativos só para esa poboación de estudo; pero lembramos que a **investigación cualitativa** non busca extrapolar os datos senón achegarse de xeito profundo ao campo de estudo que persegue, e nese ámbito, cremos que non xurdirán problemas éticos con relación ás entrevistadas e que non teremos límites a poder executar todas as fases de investigación.

A técnica da entrevista entendemos que nos permite achegarnos perfectamente ao propósito da investigación e, a análise de datos farémola a través da análise do contido coa valoración das achegas dos dous grupos de mulleres que diferenciamos.

Tamén se usará un **cuestionario estruturado** para recoller os principais **datos cuantitativos** do estudo.

CONCLUSIÓNS FINAIS

1. PERFIL DA MULLER EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL NO CEREDA. ANÁLISE CUANTITATIVA.

En canto ao perfil xeral podemos concluír que a muller que acode ao CEREDA é española, de entre 30 e 50 anos, cunha problemática de drogas que inflúe de maneira principal no seu proceso de exclusión. Vive en parella e ten fillos/as. Cobra unha prestación social menor de 400 €/mes, vive

nunha vivenda alugada ou ocupada e está en situación de desemprego. Dispón de tarxeta sanitaria.

Se facemos unha análise máis pormenorizada dos datos, a realidade cuantitativa que resulta do estudo é a seguinte:

Das 24 mulleres entrevistadas e tendo en conta a PROBLEMÁTICA PRINCIPAL POLA QUE ACODEN AO PROGRAMA CEREDA, 18 acoden polo **consumo de drogas (75%)**, 5 por problemáticas derivadas principalmente da **exclusión social-persoas sen fogar sen problemáticas de consumo (21%)** e 1 muller pertence a **outros colectivos (prostitución-inmigración) sen determinar especificamente (4%)**. En canto á análise do colectivo secundario, 8 pertencen á categoría de exclusión social-sen fogar, 5 mulleres son inmigrantes, 1 está recollida como colectivo prostitución e 1 muller manifesta consumos de drogas sen ser esta a súa problemática principal.

Se cruzamos os datos de colectivo principal e secundario, o resultado obtido é que de 24 mulleres un **80%** das que chegan ao CEREDA son por razóns derivadas dun **consumo problemático de substancias**, un **20%** desas 24 son persoas en situación **de exclusión social-sen fogar e sen problemática de drogas**, outro **20%** do total son **inmigrantes** e un **4%** tanto **doutros colectivos** como de **prostitución**.

A IDADE MEDIA das participantes é de **40 anos** e medio.

En canto á NACIONALIDADE E SITUACIÓN ADMINISTRATIVA das mulleres, o **67% (16)** son de **nacionalidade española**. Do resto, 5 son **comunitarias (21%)**, 1 ten permiso de residencia e de traballo, 1 só de residencia e 1 muller está en situación irregular.

Segundo o seu ESTADO CIVIL, o **67%** das mulleres están solteiras. Dúas están casadas (**8%**), cinco están separadas ou divorciadas (**21%**) e unha é viúva (**4%**).

A MEDIA DE FILLOS/AS por muller é de 1,7. Con máis detalle, os resultados obtidos son que 5 non teñen fillos/as, 6 teñen un, 6 teñen dous, 4 teñen tres, 2 teñen catro e 1 ten cinco.

Na determinación do NIVEL DE ESTUDOS ALCANZADOS, o **54% (13)** das entrevistadas teñen estudos secundarios. O **20% (5)** remataron os estudos primarios. Do resto, dúas non teñen estudos, dúas posúen estudos a nivel universitario y outras dúas dispoñen de certificado de Formación Profesional (**9%** en ambos os casos).

Se analizamos en que SITUACIÓN LABORAL se atopan, 19 das participantes (**80%**) están **desempregadas**. Outras 4 son **pensionistas (16%)** e a última (**4%**) é a única activa.

Segundo os INGRESOS MENSUAIS das mulleres participantes, 8 dun total de 24 (**33%**) **non teñen ningún ingreso**. 2 mulleres ingresan entre 0 e

300 €. 12 mulleres **cobran entre 301 e 600 €** o que representa o **50% do total** (a ter en conta que ningunha prestación das que perciben é maior de 400 €/mes aínda que este marcador pode dar lugar a erros de interpretación). 1 ten ingresos entre 601 e 900 €, e outra cobra entre 900 e 1200 €.

Como comentábamos o **33% non ten ningunha fonte de ingresos**. Outro **33% recibe unha prestación social** (RISGA ou outras do sistema de servizos sociais). O **20% recibe unha PNC**. As tres últimas distribúense en: ten un contrato de traballo (1), axuda familiar (1) ou reciben axuda de familiares ou amigos/as (1).

Na determinación do TIPO DE VIVENDA das participantes, os datos obtidos son que o **8% non dispoñen de ningún tipo de vivenda**. Maioritariamente, viven en **réxime de alugamento: casa-piso ou habitación (30%)** ou nunha **casa ocupada (25%)**. Un **8% viven na vivenda familiar**, tamén un **8% viven nunha pensión**, e o **17% viven nun recurso social** (albergue, casa acollida etc.) ou institución. Tan só **1 vive nunha vivenda en propiedade**.

Consideramos que tamén era importante reflectir con quen **CONVI- VEN**. A maioría (**42%**) **vive coa súa parella**. O **12% viven soas**, outro **12% viven coa familia**. O **16% viven nunha institución/recurso social**, e outro **12% viven coa parella e familia**. Só **1 muller vive con amigos/as**.

Por último recollemos a **POSESIÓN OU NON DE TARXETA SANITARIA** como posible indicador de dificultades no acceso e desfrute do dereito á saúde. A gran maioría (**88%**) **teñen a tarxeta sanitaria en vigor** (a ter en conta que son mulleres referenciadas no programa CEREDA onde é prioridade a intervención na xestión de cartilla sanitaria cando non se posúe). Do resto, **2 estana tramitando**, e só **1 non a ten**.

2. DIMENSIÓNS DAS MULLERES DO CEREDA: ANÁLISE CUALITATIVO.

Dimensións privadas/íntimas da muller:

AUTOESTIMA

Aínda que é certo que na estrutura da entrevista se recollían *item* específicos para a valoración da autoestima, finalmente desbotáronse na análise dos datos obtidos porque non foron un instrumento adecuado de medición: era sinxelo darlle a resposta “correcta” á entrevistadora, non tiña adecuados *item* de control, non é unha proba estandarizada e nalgúns casos a formulación daba lugar a erros de interpretación. Por todo isto, os datos obtidos nesta epígrafe son o resultado da análise da globalidade da entrevista e da relación dalgunhas respostas co autoconcepto e a valoración que cada muller fai de si mesma e o sentimento que lle provoca. A maioría das mulleres do estudo comentan ter unha autoestima normal ou media, pero a extracción que se obtén das respostas ao longo de todo o estudo, permítenos deducir que realmente o nivel de autoestima e o autoconcepto

que elas teñen de si mesmas, é baixa. Esta ademais vese reforzada negativamente por pensamentos de fracasos e pola imposibilidade de recuperar parcelas perdidas, así como a necesidade de recoñecemento exterior.

AUTOCOIDADOS

En xeral, non existe a conciencia da necesidade de autocoidados persoais e de saúde, pero a análise que podemos facer destes é limitada por non ser unha dimensión recollida adecuadamente na estrutura da entrevista realizada.

Valoración xeral do seu estado de saúde:

A maior parte das mulleres manifestan que o seu estado de saúde, en xeral, é moi malo. Case todas as mulleres están a tratamento na Unidade de Saúde Mental e 17 reciben asistencia e tratamento na UAD. En ambos os casos falamos de tratamentos de longa duración, pero sen cambios na súa percepción da problemática ou enfermidade, o que vai a influir negativamente na súa adherencia ao tratamento e aos recursos.

Existencia de axenda de saúde:

Aínda que case todas as mulleres manifestan ter un certo control do seu estado de saúde en xeral, a maioría non acoden a revisións xinecolóxicas nin valoran a necesidade de acudir ao médico, salvo cando se atopan mal. Mantense polo tanto a crenza de que a saúde é equivalente a “non enfermidade”, non tendo en conta o papel preventivo e de mantemento da saúde.

Coñecemento previo e posterior da VIH e do estado serolóxico:

Tras a análise dos resultados obtidos, entendemos que esta subdivisión da realidade da muller entrevistada, tiña que ser reestudada con máis profundidade, e ter unha epígrafe propia na estrutura da entrevista, xa que na actual estrutura non está recollida convenientemente. Os datos de prácticas de risco, de descoñecemento e de non prevención foron maiores do que esperabamos e cremos que certamente, o estudo fraquea neste ámbito.

En todo caso, non queremos deixar de mencionar a vivencia e o significado que o VIH pode ter para as mulleres, tanto no momento do diagnóstico como na posterior convivencia coa infección e que van a influir determinantemente na evolución, adherencia ao tratamento, sentimentos e estado emocional etc.

Por último resaltar que da totalidade de mulleres entrevistadas, 8 conviven co VIH, das cales 6 ademais están coinfectadas pola VHC. Das restantes, 7 son portadoras da VHC e 2 descoñecen o seu estado serolóxico aínda que afirman que mantiveron prácticas de risco.

Prácticas de risco:

Existe unha constatación de existencia de prácticas de risco en 19 de 24 mulleres que sumado ao descoñecemento, en xeral, do seu estado serolóxico e xinecolóxico actual, revela a importancia de seguir traballando prioritariamente na intervención sanitaria dende o enfoque de redución de riscos, e ofrecer un servizo de información veraz e axeitada e unha orientación individualizada, acompañamento no proceso cando sexa necesario e facilitar o acceso a material preventivo (preservativos femininos e masculinos).

Adherencia ao tratamento, fármacos e apoio terapéutico:

Case todas as mulleres refiren seguir adecuadamente as súas citas e prescricións médicas e terapéuticas; valorar que o trato persoal é o que mais lles inflúe á hora de seguir ou non as pautas e acudir aos recursos. É certo que se se reflicten algúns abandonos de tratamento por cansazo e aburrimiento das pautas sen acadar obxectivos visibles, polo que supón de “afrontamento de ter unha enfermidade” e por malas relacións cos/coas profesionais.

Por último, resaltar a petición de numerosas mulleres de que existan máis tratamentos baseados no apoio terapéutico e non só no farmacolóxico.

Relación do consumo de drogas e a súa situación actual:

Das mulleres entrevistadas que son consumidoras en activo de drogas, aparecen tres variables significativas:

Escaso apoio nos tratamentos que cambien os hábitos e traballen o consumo, ademais do apoio farmacolóxico: existe un mantemento dos mesmos hábitos, ritmos, e situacións vitais anteriores á entrada nas UAD, o que elas relacionan co fracaso ou debilitamento nos seus procesos de recuperación.

Nas consumidoras en activo existe un maior grao de dificultade para conciliar os cambios pola súa situación de consumo/exclusión social.

Existe unha valoración moi negativa do seu consumo como factor de exclusión social, perda de saúde en xeral, perda de relacións sociais etc.

SAÚDE MENTAL

Os datos obtidos tras as entrevistas con relación á saúde mental das mulleres en situación de exclusión social, reflicten altas taxas de incidencia de trastornos de ansiedade e/ou depresión asociados a sucesos de abusos/violencia e a situación da rúa, especialmente, e ao paso por prisión e polo exercicio da prostitución nalgúns casos.

En relación con todo isto, convén resaltar a alta taxa de intentos de suicidio que se mostran nos resultados obtidos.

DEREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Existe unha total inexistencia de acceso aos dereitos sexuais e reprodutivos das mulleres entrevistadas: moitas enfrontáronse á maternidades frustradas, non desexadas e difíciles.

É relevante a elevada taxa de interrupcións voluntarias do embarazo e embarazos non desexados. Falamos que de 24 mulleres, 19 non planificaron os seus embarazos e todas as mulleres do estudo, excepto unha, tiveron algún aborto nun intervalo que vai dende 1 ata 12.

Nesta mesma análise dos datos obtidos, explicamos máis adiante como a maternidade, a familia e, en especial, a relación cos/coas fillos/as, é un dos piares fundamentais para as mulleres entrevistadas. En moitos casos é a única meta e expectativa vital e o motor motivacional para o cambio e superación da súa situación. Existe un sentimento de maternidade moi presente e vivo confrontado coa realidade de que só 4 das 11 mulleres do estudo que teñen descendencia, viven ou teñen relación cos/coas seus fillos/as. Así mesmo, en ocasións, ao longo das entrevistas, moitas mulleres manifestan como estas responsabilidades familiares inflúen no seu proceso de integración social e as dificultades que isto implica para acceder e gozar de certos servizos e recursos asistenciais.

Podemos comprender, polo tanto, ata que punto o historial de maternidades sobrevidas, non elixidas, non gozadas e truncadas, son feridas en moitos casos abertas e que supoñen unha gran dor e unha afectación no benestar e equilibrio emocional e persoal das mulleres do estudo.

EXPECTATIVAS/METAS VITAIS

Case todas as mulleres teñen como expectativas vitais a recuperación de parcelas perdidas na súa vida: reestablecemento de relacións familiares (a prioridade é a recuperación da relación cos/as fillos/as e despois o resto da familia), acadar un traballo e conseguir un fogar e por último, chegar a integración social total. Pero para iso, establecen unas metas a curto e medio prazo que teñen que superar:

- Superación da situación actual: consumo, exclusión, paro, enfermidade etc.
- Independencia: da parella, da familia, dos servizos sociais etc.
- Restauración da súa vida anterior.

É imprescindible engadir que, nalgúns casos, as mulleres non foron quen de establecer metas na súa vida e referían sentir que non tiñan expectativas sobre ela.

DIMENSIÓNS EXTERNAS/ CONTORNO DA MULLER:

Rede de apoio:

Aínda que teñamos en conta a familia, os/as amigos/as ou a parella, a case totalidade das mulleres entrevistadas afirman que non contan con rede de apoio. As mulleres que se atopan nunha situación de exclusión social, especialmente as que viven na rúa, séntense moi soas e carentes de persoas de apoio-escape-soporte emocional, xusto en momentos e situacións especialmente difíciles e complexas.

Familia:

Das que manifestan ter relación coa familia extraemos que son relacións de sustento económico ou de convivencia nalgún caso, pero non se establecen relacións afectivas baseadas en criterios de confianza-aceptación-sinceridade. É especialmente significativo que as mulleres consumidoras ou ex-consumidoras de drogas, refiren “ter a culpa” do distanciamento coas familias por mor do seu consumo.

Se temos en conta, como vimos anteriormente, que para elas é importante o restablecemento das relacións familiares como un factor importante para a súa vida e para a súa recuperación e integración social, podemos comprender ata que punto a ausencia de contacto e relación significativa actual coa familia pode estar influíndo no seu benestar persoal.

Amigos/as:

Case todas as mulleres manifestan non ter amigos/as entendendo que sexan relacións de confianza, e moitas consideran que prefiren non telos (como modo de protexerse e por distancias), e que en caso de telos/as prefiren que sexan do mesmo círculo para non sentirse diferentes. Hai que ter en conta, especialmente, que ningunha mantén relacións estables e significativas doutras épocas ou situacións, excepto as que viven coas súas familias.

En canto ao tempo de lecer, a maioría prefire as actividades en solitario.

En resumo, as relacións sociais das mulleres na rúa son principalmente relacións de “colegas”, compañeiros/as de consumo, de pernoita ou asistencia aos recursos, pero sen que establezan relacións significativas ou de apoio emocional real. Extráese unha enorme sensación de soidade non elixida, a pesar de que si sexa usada como “escudo de protección” ante os/as demais.

Parella:

Na maioría dos casos a relación coa parella non está baseada nun sentimento afectivo forte ou nunha relación de apoio mutuo. Búscase a

protección e o abastecemento económico ou de consumo de drogas. Maniféstanse, polo tanto, relacións de dependencia cas súas parellas: social, economicamente e dende o punto de vista afectivo e sexual. A protección que supostamente lles brindan ten un dobre xogo que valoran de maneira negativa, xa que elas terían que asumir as responsabilidades diarias e conseguir sustento económico, mentres que á hora de tomar decisións sobre o que fan ou a onde acoden, non son libres e teñen que someterse ao criterio da parella por medo, abusos ou temor a ser rexeitadas.

RELACIÓNS HOMES-MULLERES

En xeral, as mulleres entrevistadas non teñen unha percepción da desigualdade ou do desequilibrio de poderes dentro da relación home-muller. Os roles de xénero están fortemente arraigados e asumidos, de xeito que estas desigualdades son vividas con naturalidade xa que “é o normal”.

As mulleres que si describen unha diferenza nas relacións, basean estas con relación a tres criterios que se repiten ao longo de todas as entrevistas:

- Relación de aproveitamento mutuo: os homes queren favores sexuais, as mulleres seguridade e protección.
- Relación conflitiva: existe abuso e uso da forza se non cumpre con el.
- Exercicio da prostitución dentro da parella e fóra como medio de supervivencia.

Non hai un acordo entre a diferenza da amizade entre homes e mulleres, pero si se destaca que na rúa a amizade entre mulleres é máis difícil porque teñen que rivalizar (as mulleres somos máis malas), están cargadas de inseguridades e desconfianza.

PERCEPCIÓN SOCIAL

Aínda que a maioría das mulleres manifestan non saber cal é a percepción social das demais persoas sobre elas, os comentarios que realizan ao longo de toda a entrevista afirman que se senten xulgadas e discriminadas dobremente: por ser muller e por estar na rúa.

Como comentaremos na dimensión de recursos asistenciais, a vergonza, o pudor por ter que acudir aos servizos sociais, a culpa de estar nesa situación, respíranas nas miradas e nos comentarios doutras persoas, da sociedade. As que si refiren sentir esa percepción diferente, relatan que as miran dun xeito que non se corresponde con como son en realidade: na rúa teñen que ser desconfiadas, estar á defensiva, preséntanse “sen problemas” aínda que os teñan, ou son distantes para protexerse.

VIOLENCIA DE XÉNERO

Na formulación inicial do estudo xa valoramos a importancia e a incidencia que esta dimensión tiña nas mulleres que se atopan nunha situación de exclusión social, especialmente aquelas que se atopan na rúa, porque a intervención diaria e continuada nos 10 anos de programa, faciánnos prever que o nivel de violencia que soportan era moi alto e claramente invisibilizado. Aínda que é certo que este é un problema presente en todos os perfís e estamentos sociais, pois temos en conta que a violencia contra as mulleres se dá en todos os niveis da sociedade (parella, familia, traballo, administración etc.), supoñiamos que a incidencia sería máis alta e a niveis quizais máis intensos.

Pero a realidade que se nos mostrou é especialmente cruenta e preocupante. Das 24 mulleres entrevistadas 20 refiren violencia sexual, física e/ou emocional ao longo da súa vida. Algúns destes abusos sexuais empezaron na infancia (13 mulleres) por familiares: país, tíos etc. En xeral, a violencia é exercida pola parella e por outros homes do seu contorno máis próximo, e existen tamén algúns casos de violencia ou abusos por parte de descoñecidos.

As implicacións no seu benestar e na súa vida que lles ocasionou esta violencia son, principalmente, a sensación de malestar profundo e dificultade para falar ou recordar os episodios, serios problemas de saúde mental (incluídos intentos de suicidio) e problemas á hora de afrontar novas relacións afectivas e sexuais.

RECURSOS SUPERVIVENCIA

A maior parte das mulleres que participaron no estudo afirman ter algún apoio económico, no pasado ou no presente, a través das diferentes prestacións económicas sociais: RISGA, PNC e RAI e que en ningún caso superan os 500 € mensuais, moi por debaixo do salario mínimo interprofesional, tomado como referencia para valorar a suficiencia ou non de recursos para o mantemento persoal.

É por isto, que todas intentan “facer por vida”: vender roupa, limpar e coidar anciáns en domicilios particulares sen contrato, venda de drogas, favores sexuais especialmente para sufragar consumos de droga etc.

En case todos os casos existe unha dependencia dos servizos sociais e asistenciais para cubrir as necesidades básicas: alimentación, roupeiro, servizos hixiénicos etc. Polo tanto, é difícil “dar o salto” cara a adiante, saír do circuíto da exclusión porque a necesidade mantén dependentes de entidades e recursos sociais.

Delitos:

As mulleres que refiren condenas por delitos ou cumprimento de cárcere, manifestan que o paso por prisión as volveu máis vulnerables e que as marcou dobremente: a experiencia negativa vivida e a etiqueta que queda de por vida, uns antecedentes que non “se borran”. Con relación a esta situación de privación de liberdade, comezan nalgúns casos problemas importantes de saúde mental: especialmente ansiedade, depresión etc.

Resulta especialmente relevante que na maioría dos casos, os delitos cometidos foron coa súa parella, o que relacionamos coa dinámica de dependencia que se establece entre homes e mulleres e da que falamos ao longo do estudo por ser unha constante que alcanza e lles afecta a todos os ámbitos da vida da muller en exclusión social.

Prostitución:

Existe entre as mulleres entrevistadas un sentimento compartido de valorar a prostitución como unha “oportunidade” de gañar diñeiro (obter drogas, protección etc. a cambio de favores sexuais non é percibido como unha forma de prostitución) e unha percepción de que “son as demais” as que se dedican a estes temas, pese a que só a metade reconece que exerce ou exerceu a prostitución. Creemos que a explicación deste pensamento de que “as demais si se prostitúen pero eu non” esconde novamente sentimentos de culpabilidade e vergonza e, como explicabamos no primeiro parágrafo, a crenza de que se o que se intercambia non é diñeiro, non é prostitución.

RECURSOS SOCIO SANITARIOS. VALORACIÓN DO CEREDA:

Todas as mulleres entrevistadas fan unha boa valoración do recurso como un espazo de tranquilidade e seguridade, alternativo á rúa, onde realmente se senten aceptadas tal como son, sen prexuízos. Os aspectos que valoran máis para acudir ao CEREDA son o trato próximo, persoal e os afectos: ser tratadas con cariño e respecto, ser saudadas e recoñecidas polo seu nome.

Resúltanos curioso que ningunha muller relate sentir un trato diferente das profesionais e persoal voluntario por ser muller ou home, tendo en conta que si existe unha política de discriminación positiva cara a elas dentro do programa (por exemplo, prioridade á hora de participar na formación).

Aínda que, en xeral, non fan propostas de mellora (tendo en conta que a entrevista é persoal cunha técnica do CEREDA, pode haber certa limitación á hora de facerlle críticas ao servizo), si que nalgún caso se relatan algunhas que explicamos a continuación:

- Ampliar a oferta formativa.
- Ampliar os horarios e abrir as 24 horas todos os días do ano.

- Posibilidade de creación de espazos propios para as mulleres, tanto no CEREDA como nos demais recursos.
- Necesidade de ampliar a oferta lúdica do servizo (películas, obradoiros de traballos manuais etc.).

Para rematar este punto, non queremos deixar pasar dúas respostas que nos chamaron especialmente á atención: por unha banda, unha das mulleres comenta que lle incomoda ter que achegar datos identificativos (iniciais, data de nacemento, país de orixe) para a recollida de material preventivo (preservativos, *kit* inxección segura etc.) e prefire non ter que dicilos. Por outra banda, outra muller solicita que exista un aseo específico para mulleres xa que no CEREDA o baño é unisex (isto está relacionado coa necesidade de intimidade e seguridade persoal).

Outros recursos sociais da cidade:

Cando preguntamos polas barreiras que lles impiden a elas mesmas, ou que elas cren que lles impiden a outras mulleres, o acceso aos recursos sociais da cidade, todas as respostas coinciden en afirmar que é a vergonza o factor determinante para impedir o acceso normalizado. Asociada a esta vergonza, está a valoración social negativa de estar na rúa, a estigmatización das mulleres que teñen que acudir aos recursos sociais e/ou asistencias da cidade. Sae á luz o medo ás etiquetaxes sociais, a ser sinaladas, e ten moita relevancia nelas a percepción que os/as demais, a sociedade, ten delas. En moitos casos, mestúranos con sentimentos de culpabilidade e que explicaremos con máis detalle na subdimensión de percepción social.

Outro factor importante de barreira no acceso aos recursos é a dependencia (afectiva, económica, de protección etc.) nas súas relacións cos homes, e que foi explicada en dimensións anteriores. Nalgunhas ocasións, están sometidas ao permiso do home para acudir ou non aos diferentes servizos.

Por último, comentan a dificultade de conciliar as responsabilidades e cargas familiares coa asistencia e participación nos diferentes recursos e programas: se tes fillos/as menores de idade non podes entrar, os procesos de intervención delas están relacionados co cumprimento de obxectivos cos/coas fillos/as pero non ocorre o mesmo nos varóns etc.

Non senten un trato diferencial entre os profesionais homes ou mulleres, pero si lles gustaría que ambos os casos fosen máis próximos/as.

En canto aos aspectos que se deben mellorar, hai coincidencia en afirmar que existen máis recursos para homes que para mulleres (resaltan que elas non teñen acceso a un albergue dos 2 que hai na cidade e que no outro as normas e condicións son diferentes para elas) *nota: na actualidade, está pendente de reapertura do primeiro Centro de Inclusión Social que si terá carácter mixto.

Cren ademais, que os recursos son insuficientes para cubrir as necesidades mínimas, teñen un horario moi restrinxido e case non hai actividade onde cubrir os tempos (certamente existe unha concentración en horario de mañá e de tarde de todos os programas, e quedan sen servizos en franxas horarias moi grandes, especialmente en horario tarde-noite).

Existe unha coincidencia total en afirmar que os recursos teñen que adaptarse ás súas necesidades específicas: especialmente relevante é a súa sensación de estar inseguras e de non contar con privacidade: séntense vulnerables a abusos por parte dos demais usuarios homes. A percepción social da relación muller usuaria de drogas-en situación de rúa/exclusión social con prostitución-delinuencia, déixanas nunha situación de risco de abusos e violencia física, psicolóxica e sexual por parte dos homes. Este punto está máis detallado nas dimensións de RELACIÓN HOMES E MULLERES E VIOLENCIA. Ademais reclaman que exista unha valoración de cada caso en particular, e atender a situación individual de cada unha.

En xeral e relacionado con este último punto, existe un descoñecemento da normativa que van ter que asumir e que senten que non está adaptada ás súas necesidades, momento vital etc. (especialmente con relación ao consumo activo ou non de drogas). As mulleres consumidoras de drogas son especialmente excluídas dos recursos sociais posto que a propia dinámica do consumo, a necesidade de “facen pola vida” para mantelo, os horarios que isto supón e o feito de ter que estar abstinente para acceder, dificulta a entrada e permanencia en albergues onde non son libres de saír á hora que desexen (sempre con permiso e por razón de citas ou trámites etc). Polo tanto, é urxente que se creen recursos e programas de baixa esixencia (os requisitos de entrada son máis realistas, non se persigue a abstinencia, senón que se traballa dende a perspectiva da redución de riscos) que se adecúen ao perfil da muller consumidora, aos seus horarios e ritmos vitais, para poder ofrecer un espazo de intervención profesional, de descanso e cobertura das súas necesidades.

Recursos sanitarios e terapéuticos:

En xeral, a valoración coas mulleres fan dos diferentes recursos sanitarios é boa no ámbito especializado (consulta VIH etc.) e de unidades asistencias de drogas, pero non no ámbito de atención primaria (AP) onde se senten discriminadas e senten que reciben un trato deficiente e inadecuado o que lles dificulta asistir e usar este recurso. Este dato é especialmente preocupante, sobre todo se temos en conta que AP adoita ser a porta de entrada aos diferentes servizos sanitarios e unha potente vía de detección doutras problemáticas sociais, psicolóxicas e persoais que podan estar influindo na vida das persoas.

Novamente valórase como importante e decisiva a relación persoal que se establece entre o/a profesional e a muller, na adherencia aos programas e tratamentos que seguen.

PARA TER EN CONTA

“A muller non é un ser débil, pero temos debilidades”.

Entrevistada 15.

As mulleres, especialmente as que se atopan nunha situación de exclusión social tan severa como é estar na rúa, precisan contar e falar delas. Aínda que na fase de elaboración do estudo consideramos diferenciar os cuestionarios de mulleres consumidoras e as non consumidoras de drogas para analizar as posibles variacións nas respostas e situacións, finalmente non se recolle na explotación de resultados, xa que as diferenzas non son significativas, excepto nos puntos onde se fai mención especial ao tema.

Existen moitos dós persoais sen elaborar e resolver por falta de espazos, tempos e apoios (tiña que facer pola vida, non me deixaron chorar etc.). As diversas situacións de violencia e rexeitamento que viven e viviron, son asumidas como responsabilidades propias e non se quere profundar na implicación e pegada que esas situación deixaron nas súas vidas. Un dó especialmente doloroso e presente é o da maternidade que, en moitos casos, vese frustrada ou foi non planificada en momentos vitais difíciles.

Constatamos ademais que non poden exercer os seus dereitos sexuais e reprodutivos o que incide nas mulleres cunha dobre discriminación:

1. Vulneración dos seus dereitos fundamentais.
2. Vulneración ante infeccións de transmisión sexual e embarazos non desexados, ademais da vulnerabilidade ante a violencia contra as mulleres.

Resaltamos novamente a existencia de vínculos de dependencia e busca de protección nos homes, tanto nas súas parellas como relacións sexuais, e basear as relacións en premisas de non pracer e non afectividade. Isto é especialmente relevante se temos en conta que non existe unha consciencia do trato diferencial por ser muller: ven que hai menos recursos para elas, que teñen mais risco de sufrir agresións físicas e sexuais etc., pero non o relacionan cunha cuestión de xénero, é unha situación fortemente asumida e normalizada.

Existe unha percepción negativa de si mesmas, cunha autoestima case inexistente na maioría das entrevistadas debido, segundo elas, a non cumprir as expectativas sociais sobre as mulleres (non cumprir o rol de nai: ser unha boa nai), por ter exercido a prostitución, por ser consumidora de drogas (“iso as mulleres non o fan”) etc. E, sobre todo, unha percepción negativa da súa saúde cun forte predominio das problemáticas de saúde mental.

Pareceunos especialmente relevante a contradición entre a percepción negativa que teñen sobre as mulleres e a relación entre elas, e que,

pola súa vez, pidan espazos de xuntanza onde poder crear redes de apoio e compartir experiencias e información e poñen como exemplo moi positivo os grupos de mulleres creados no CEREDA. Con todo isto, vemos que o discurso de “as mulleres somos malas entre nós”, é facilmente desmontable se se traballa e xestiona, e se ofrece un espazo de seguridade e alternativa á rúa, onde os funcionamentos e dinámicas de supervivencia están sempre xogando un papel determinante.

As mulleres reclaman ser atendidas en servizos máis próximos, nos niveis primarios de atención, xa que a derivación á especializada “as estigmatiza”. Piden, ademais, que non se basee só en tratamentos farmacolóxicos, precisan unha intervención personalizada, baseada na relación cálida e de confianza entre o/a profesional e a usuaria, cunha maior implicación de todas as partes no proceso e unha maior preocupación no que lles está a acontecer.

Por último, queremos resaltar que pese a ter en conta como obxectivo prioritario do programa CEREDA a redución de riscos na saúde, non valoramos adecuadamente no estudo a dimensión de autocoidados, prácticas de risco e percepción da saúde. Temos en conta para posteriores edicións que é imprescindible incidir nestas cuestión e atender a que realmente non existe unha percepción positiva da súa propia saúde, e que se intúen moitas prácticas de risco sen control preventivo nin xinecolóxico nin serolóxico.

RECOMENDACIÓNS

1. Creación de espazos de iguais onde as mulleres poidan compartir, aprender e sentir nun espazo onde se sintan protexidas e con liberdade de expresión. Así como a creación dunha rede de apoio e confianza coas responsables de atención primaria e consolidar a relación existente na atención especializada.
2. Formación sobre os seus dereitos sexuais e reprodutivos e de técnicas de relación e comunicación para poder exercelos.
3. Información e formación sobre violencia contra a muller e ruptura do vínculo de dependencia cos homes.
4. Programas e recursos asistenciais para mulleres (pisos, albergues, centros inclusión social, camas para desintoxicación hospitalaria, centros residenciais...) onde se teñan en conta a perspectiva de xénero e se faga un achegamento á detección e diagnóstico da violencia e do seu estado xeral de saúde.

BIBLIOGRAFÍA

- Amezcua, M. e Gálvez, A.: “Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: crítica y reflexiones en voz alta”. *Revista Española Salud Pública* 2002; 76:423-436 N.º 5 - septiembre-octubre 2002.
- Asociación rede de mulleres veciñais contra os malos tratos de Vigo. (2009). *Estudio Diagnóstico sobre os efectos da violencia de xénero na saúde das mulleres*. Vigo.
- Becoña, Elisardo: (2005). *Propuestas de medidas para la prevención y el control de las drogas legales (alcohol y tabaco), ilegales (cannabis, heroína, cocaína, drogas de síntesis..etc) y de las adicciones comporta mentales, en función de los resultados obtenidos en el estudio epidemiológico sobre drogodependencias y otras adicciones en los jóvenes de 14 a 21 años en la ciudad de Vigo*. Universidade de Santiago de Compostela. Facultade de Psicoloxía.
- Convenio sobre eliminación de todas as formas de discriminación contra a muller do 18 de decembro de 1979.
- Declaración de Beijing. Aprobada na 16.ª sesión plenaria celebrada o 15 de setembro de 1995. Cuarta conferencia mundial sobre a muller.
- Decreto 240/1995, de 28 de xullo, polo que se regulan os servizos sociais de atención primaria.
- Espada Recarey, L. (Dirección): (2011). *Pobreza e exclusión social, perspectiva comparada e estudo específico do municipio de Vigo*. Valedor do Cidadán. Vigo.
- Fundación Érguete- Integración: (2010) *Marxinad-as. A exclusión social desde una perspectiva de xénero*. Vigo.
- Goberna Rodríguez, J. (2010). *Metodología de las Ciencias Humanas y sociales. Investigación Cualitativa*. Universitat de Barcelona.
- Informe do Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad: (2010) *Pobreza entre la realidad y la percepción*.
- Informe para a Vicepresidencia de Igualdade e do Benestar Social de diagnóstico sobre a situación de pobreza e exclusión social en Galicia durante o período de aplicación do I Plan galego de inclusión social 2006: (2006) *A pobreza e a exclusión social en Galicia*. Xunta de Galicia.
- Informes do Servizo de Igualdade da Xunta de Galicia, 2009.
- Instituto da Muller. Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociais: (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Madrid.
- Lei 7/1985, do 2 de abril, reguladora das bases de réxime local.
- Lei 13/2008, do 3 de decembro, de servizos sociais de Galicia.

- Lei orgánica do 1/1981 do 6 de abril. Estatuto de autonomía de Galicia.
- Oraa, J. e Gómez Isa, F.: (2009). *La declaración universal de derechos humanos*. Universidad de Deusto.
- Organización Panamericana de la Salud: (2010). *Vinculación de programas y servicios de salud sexual y reproductiva, género y prevención de VIH e ITS*. Washington, DC.
- Pacto Internacional de Dereitos Económicos, Sociais e Culturais, do 16 de decembro de 1966.
- Plan Local sobre drogodependencias e outras adiccións do Concello de Vigo. 2006-2008.
- Rodríguez Sabiote, C.; Lorenzo, O. e Herrera Torres, L.: (2005). *Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios e calidad*. Universidad de Granada. España. SOCIATOM (VOL: XV, N.º2).
- Urbano Aljama, A.; Arostegi, E.: (2004). *La mujer drogodependiente. Especificidad de género y factores asociados*. Universidad de Deusto. Bilbao.
- Valedor do Pobo de Galicia: (2010). *Las personas sin hogar en Galicia*.
- VV.AA: *Constitución española*. CEP Editorial. 2002.

PROGRAMA INTEGRAL DE SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON RISCO DE EXCLUSIÓN SOCIAL: EXPERIENCIA PILOTO NUN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA. (PISTA).

*Alcira Baleato Negreira. Traballadora social do Centro de Saúde de Fontiñas.
Carmen Duran Parrondo. Farmacéutica do Centro de Saúde de Fontiñas.*

RESUMO

As persoas en risco de exclusión social presentan dificultades de acceso ao sistema sanitario e de comprensión da súa enfermidade e tratamento, polo que é frecuente detectar resultados negativos asociados á medicación especialmente os relacionados coa falta de adherencia ás medidas terapéuticas necesarias para a resolución e control da enfermidade.

Co obxectivo de optimizar os resultados definidos en saúde deste grupo de poboación pilotouse nun centro de saúde de Santiago de Compostela un programa de atención integral que implicou a todos os profesionais do equipo de atención primaria prestándolle especial atención aos pacientes polimedicados ou con tratamentos agudos de obrigado cumprimento.

Nun período de 6 meses, recrutáronse 32 pacientes xerándose 112 consultas. Detectáronse resultados negativos asociados á medicación no 43,75% dos pacientes e obxectiváronse case un 40% de falta de adherencia ao tratamento. As intervencións realizadas foron aceptadas no 93,75% dos usuarios.

Á vista dos resultados cabe concluír que este programa incide positivamente na prevención, detección e resolución dos resultados negativos relacionados coa medicación e as súas causas. Polo tanto, é necesario e conveniente estendelo a todos os centros de saúde de maneira protocolizada.

PALABRAS CLAVE:

Exclusión social, cumprimento terapéutico, polimedicados, atención integral, seguimiento terapéutico.

RESUMEN:

Las personas en riesgo de exclusión social presentan dificultades de acceso al sistema sanitario y de comprensión de su enfermedad y tratamiento, por lo que es frecuente detectar resultados negativos asociados a la medicación especialmente los relacionados con la falta de adherencia a las medidas terapéuticas necesarias para la resolución y control de la enfermedad.

Con el objetivo de optimizar los resultados definidos en salud este grupo de población se pilotó en un centro de salud de Santiago de Compostela un programa de atención integral que implicó a todos los profesionales del equipo de atención primaria prestándoles especial atención a los pacientes polimedicados o con tratamientos agudos que se deben cumplir obligatoriamente.

En un período de 6 meses, se reclutaron 32 pacientes generándose 112 consultas. Se detectaron resultados negativos asociados a la medicación en el 43,75% de los pacientes y se objetivaron casi un 40% de falta de adherencia al tratamiento. Las intervenciones realizadas fueron aceptadas en el 93,75% de los usuarios.

A la vista de los resultados cabe concluir que este programa incide positivamente en la prevención, detección y resolución de los resultados negativos relacionados con la medicación y sus causas. Por lo tanto, es necesario y conveniente extender este a todos los centros de salud de manera protocolizada.

PALABRAS CLAVE:

Exclusión social, cumplimiento terapéutico, polimedicados, atención integral, seguimiento terapéutico.

ABSTRACT

People at risk of social exclusion face difficulties in accessing the healthcare system and have problems to understand their illness and its treatment; hence, negative results associated to the medication are frequently detected, particularly those concerning the lack of compliance with of the therapeutic measures that should be observed for their illness to be cured and controlled.

In order to optimize the health results defined for this population group, a comprehensive healthcare pilot programme was implemented in a healthcare institution in Santiago de Compostela in which all the professionals of the Primary Health Care team took part, and during which special attention was paid to polymedicated patients and patients following mandatory acute treatments.

During a six-month period, 32 patients were recruited and 112 medical consultations were generated. Negative medication-associated results were detected in 43.75% of the patients, which proved that nearly 40% of them did not follow to the treatment. The interventions carried out were accepted by 93.75% of the patients.

Considering the results obtained, it can be concluded that this programme has positive effects upon the prevention, detection and cure of the negative results associated to the medication and their causes. Thus, it is necessary and convenient to extend it to all healthcare institutions according to a protocol.

KEY WORDS:

Social exclusion, therapy non-compliance, polymedicated, comprehensive care, therapeutic monitoring

INTRODUCCIÓN

Estes pacientes adoitan presentar dificultades de acceso ao sistema sanitario e de comprensión da súa enfermidade e tratamento. Polo tanto, é frecuente o incumprimento voluntario e involuntario das medidas terapéuticas necesarias para a prevención e o control das súas patoloxías. A resolución destes problemas pasan por planificar e implantar programas específicos dirixidos a este grupo de pacientes nos que participe todo o equipo de atención primaria para garantir unha atención sanitaria integral, integradora, permanente e continua.

1. OBXECTIVOS DO PROGRAMA

O obxectivo xeral é implantar un programa integral de seguimento terapéutico en atención primaria dirixido a pacientes en risco de exclusión social que optimice os resultados definidos en saúde e a calidade de vida deste grupo de poboación a través do asesoramento e seguimento do equipo de atención primaria. Como obxectivos específicos encóntranse:

- 1.1.) Realizar a avaliación social dos pacientes incluídos no programa.
- 1.2.) Conciliar e revisar a medicación.
- 1.3.) Mellorar a adherencia terapéutica.

2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Aínda que se desexa implantar este programa en todos os centros de saúde pertencentes á Xerencia de Atención Primaria de Santiago de Compostela, realízase un pilotaxe deste no Servizo de Atención Primaria de Fontiñas.

Este centro de saúde pertence ao medio urbano e dálles cobertura a uns 24.000 pacientes, dos cales se estima un elevado porcentaxe de poboación en risco de exclusión social.

3. POBOACIÓN DIANA

A poboación diana deste programa, son os usuarios en risco de exclusión social, polimedicados ou con tratamento de obrigado cumprimento (anticomiciais, ácido fólico en embarazo, antibióticos...) e nos que se detectan dificultades na observancia do tratamento.

A pilotaxe deste programa faise dende o mes de maio ata outubro de 2011, e incluíronse pacientes con discapacidade psíquica, alcohólicos, inmigrantes sen recursos e anciáns sen rede de apoio familiar.

4. DESCRICIÓN DO PROGRAMA

Antes de iniciar o programa, o equipo de atención primaria decidiu elaborar uns procedementos normalizados de traballo que asignasen e describíse as funcións e actividades de cada profesional, así como un documento que protocolizase os procesos que debían definir o citado programa. A continuación, describíse brevemente os puntos máis destacados deste:

- a) **Captación e avaliación dos pacientes:** a captación dos pacientes pódese realizar desde a consulta de calquera profesional sanitario pertencente ao equipo de atención primaria. En calquera caso, é a traballadora social de atención primaria quen realiza as actuacións necesarias para proceder ao estudo da situación persoal e sociofamiliar (sexo, idade, estado civil, nivel formativo, hábitos, unidade de convivencia, estado de saúde, condicións da vivenda e do contorno da súa situación, entre outros), o que propiciará a realización da primeira aproximación diagnóstica.
- b) **Entrevista clínica:** utilizouse o modelo de entrevista semiestruturada co obxecto de recoller, nunha primeira fase, toda a información necesaria para a avaliación terapéutica do paciente, e nunha segunda, na que se realizan as intervencións necesarias e se lle proporciona a información ao usuario:
 - 1 Valoración social do paciente e do seu contorno para o manexo efectivo do tratamento: utilízase como instrumento de apoio a escala de valoración sociofamiliar de Gijón (García González, 1999).

- 2 Análise dos coñecementos que o paciente ten sobre a súa enfermidade e tratamento.
- 3 Concordancia e adherencia ao tratamento, co obxecto de detectar barreiras prácticas para o correcto cumprimento, tendo en conta as crenzas e expectativas do paciente. Para isto realízanse as seguintes actividades:
 - Compilación dos medicamentos que compoñen o tratamento do paciente, así como a dose intervalo posolóxico e forma de administración .
 - Identificar que coñece o paciente sobre a súa enfermidade e tratamento; e que dificultades ou problemas ten na súa observancia.
 - Avaliación do cumprimento terapéutico a través do test de Morisky-Green (Morisky, 1986):

Esquécese algunha vez de tomar os medicamentos?	☐ Si ☐ No
Toma os medicamentos á hora indicada?	☐ Si ☐ No
Cando se encontra ben. Deixa de tomar os medicamentos?	☐ Si ☐ No
Se algunha vez lle sentan mal, deixa de tomarlos?	☐ Si ☐ No

4Detección e rexistro de acontecementos adversos comunicados polo paciente, coidador ou observados polo entrevistador.

5 Resolución de todas as dúbidas formuladas polo paciente nun linguaxe adaptado ás súas necesidades.

- c) **Prevención, detección e resolución de resultados negativos da medicación:** o médico responsable do paciente en colaboración co farmacéutico de atención primaria realiza a conciliación e revisión da medicación do paciente.

A sistematización da revisión realízase aplicando en todos os casos o cuestionario de Hamdy (Phnam, 2007):

Permanece presente a indicación (problema de saúde) para a que o medicamento foi orixinalmente prescrito?

Hai duplicidades na terapia (fármacos da mesma clase terapéutica)? É posible simplificar o réxime ou a estratexia terapéutica?

Inclúe a estratexia terapéutica medicamentos prescritos para contrarrestar unha reacción adversa? Se é o caso, pode retirarse o fármaco que a orixinou?

É a dose subterapéutica tóxica considerando a idade do paciente, función renal etc.?

Detéctase algunha interacción significativa fármaco-fármaco ou fármaco-enfermidade?

A clasificación dos resultados negativos asociados á medicación realízase con base ao Terceiro Consenso de Granada (Ars Pharm, 2007).

d) Intervencións encamiñadas á resolución dos problemas detectados, para o que se lle proporciona información ao paciente, tanto verbalmente como por escrito, do nome do medicamento pautado, doses, hora e forma de administración así como instrucións concretas, se estas son necesarias.

Neste grupo de pacientes utilízanse os diagramas horarios e os sistemas personalizados de dosificación semanal, preparados por un profesional sanitario.

Ademais, establécense canais de colaboración con voluntarios e servizos sociais comunitarios para a asistencia domiciliaria. Estas organizacións responsabilízanse da supervisión do tratamento do paciente así como, do cumprimento terapéutico.

e) Seguimento: prográmanse as visitas sucesivas nas que se comproba se se alcanzaron os obxectivos establecidos, se mellorou o cumprimento terapéutico e se apareceron novos problemas de saúde o relacionados cos medicamentos.

Grao de coñecemento que ten o paciente sobre a medicación aos 3 meses de seguimento respecto aos coñecementos iniciais.

5. PROGRAMA PILOTO

Pilotouse o programa durante un período de seis meses. Os médicos e persoal de enfermería foron as persoas responsables de realizar o cribado dos pacientes e a posterior derivación ao traballador social e ao farmacéutico do centro de saúde. O traballador social realizou a avaliación social dos usuarios.

A conciliación e revisión do tratamento farmacolóxico foi realizada polo médico de cabeceira do paciente e a farmacéutica de atención primaria. O equipo de atención primaria consensuou as intervencións que se debían realizar e fixéronse os obxectivos terapéuticos que debían alcanzar cos pacientes.

As actividades realizadas foron as seguintes:

- Entrevista clínica co paciente co obxectivo de establecer os coñecementos deste sobre a súa enfermidade e tratamento así como os elementos facilitadores e limitadores do cumprimento terapéutico.
- Revisión da medicación utilizando o cuestionario de Hamdy co obxecto de previr, detectar e resolver resultados negativos asociados (RNM) á medicación potenciais e/ou reais e as súas causas (Utilizouse o terceiro consenso de Granada para a súa clasificación).
- Para estimar o cumprimento terapéutico utilizouse o test de Morisky-Green e para optimizar a observancia ao mesmo seguíronse as recomendacións da NICE¹.
- En todos os casos simplificábase ao máximo o tratamento farmacolóxico, cumprimentábase a folla de medicación activa do paciente, proporcionábase información sobre o tratamento por escrito e confeccionábase un diagrama horario. Ademais, se se estimaba necesario procedíase á preparación por parte do farmacéutico do centro de saúde o sistema de dosificación semanal e/ou xestionábanse, a través da traballadora social de atención primaria, os recursos sociais pertinentes.
- Nos pacientes activos sen recursos seleccionábanse os medicamentos de menor custo e/ou a axuda de organizacións non gobernamentais que puidesen facilitarlle ao paciente a medicación de maneira gratuíta.
- Incluíanse aos pacientes nos programas de prevención e cribado de patoloxías prevalente incluídos na carteira de servizos de atención primaria e especializada.

Respecto ao seguimento do paciente, este era realizado polo equipo de atención primaria flexibilizando ao máximo a concertación de citas programadas. Se o paciente non acudía ao centro para as citas programadas ou concertadas, recorríase novamente á traballadora social.

¹ NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence.

- Diseñouse un plan de intervención social no que se buscaban distintos recursos ou soportes de axuda para melloralo plan terapéutico no que se solicitou a colaboración doutros dispositivos, tales como:
 - Servizos de axuda a domicilio, de libre concorrência, xestionados dende os servizos sociais comunitarios.
 - Proxectos de voluntariado, deseñados e implantados dende entidades de iniciativa social ou organizacións non gobernamentais.
 - Asociacións de pacientes.

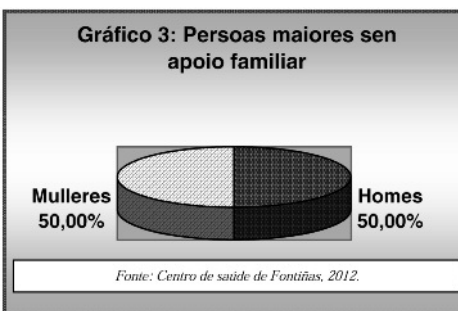
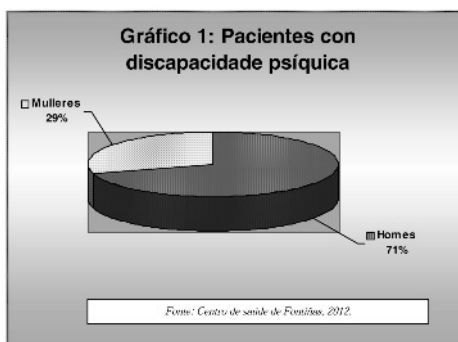
6. RESULTADOS:

Pilotouse o programa, desde maio ata outubro de 2011, e atenderónse un total de 32 pacientes coa seguinte distribución:

- pacientes con discapacidade psíquica, 12 varóns e 5 mulleres, con idades comprendidas entre os 18 e os 60 anos
- 10 pacientes alcohólicos, 5 varóns e 5 mulleres, con idades comprendidas entre os 30 e 50 anos
- 4 pacientes anciáns sen rede de apoio familiar, 2 varóns e 2 mulleres, con idades comprendidas entre os 66 e os 78 anos.
- 1 muller inmigrante de 19 anos sen recursos.

Xeráronse un total de 112 consultas (entre 2 e 12 consultas por paciente) entre a traballadora social, o médico de cabeceira e a farmacéutica de atención primaria.

Revisouse o tratamento aos 32 pacientes, e atopáronse 42 resultados negativos relacionados coa medicación nun total de 14 pacientes (43,75%).



Táboa 1. Clasificación dos resultados negativos da medicación utilizando o Terceiro Consenso de Granada.

Tipo RNM ²	Número de RNM	Número de pacientes nos que se detecta un RNM
Necesidade Problemas de saúde non tratados Efecto negativo de medicamentos innecesarios	2	2
	7	3
Efectividade Inefectividad non cuantitativa Inefectividad cuantitativa	4	4
	13	12
Seguridade Inseguridade non cuantitativa Inseguridade cuantitativa	2	1
	14	8

Fonte: Centro de saúde de Fontiñas, 2012.

Por outra parte, os problemas relacionados coa medicación que se atoparon con máis frecuencia foron os seguintes:

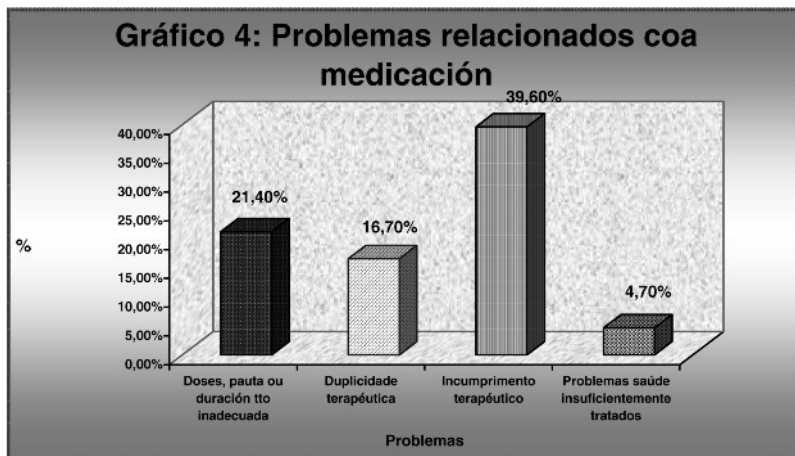
- Doses, pauta e/ou duración do tratamento inadecuada: 21,4 %
- Duplicidade terapéutica: 16,7%
- Incumprimento terapéutico: 39,6% dos pacientes, dos cales englobáronse en incumprimento voluntario ao 16,6% dos pacientes e involuntario ao 23% dos mesmos.
- Englobáronse o 4,7% dos RNM en problemas de saúde insuficientemente tratados.

Realizáronse tantas intervencións como RNM detectados. Dentro das intervencións cabe destacar as que se detallan a continuación:

- Simplificación do tratamento farmacolóxico. Retiráronse un total de 27 medicamentos.
- Utilización de diagrama horario en 14 pacientes.
- Utilización do sistema semanal de dosificación en 4 pacientes durante 4 meses.

² RNM: resultado negativo relacionado coa medicación.

- Apoio dos servizos de axuda a domicilio para o cumprimento da medicación en 2 ocasións.
- Apoio das organizacións non gobernamentais nunha ocasión.



Ademais en 5 pacientes foi preciso derivar a atención especializada por crises convulsivas, control do embarazo en paciente de risco e neoplasia de esófago.

Por outra parte, a farmacéutica do centro de saúde xestionou a medicación de uso hospitalario para un dos pacientes (disulfiram retard) e nutrición enteral domiciliaria para outro.

As intervencións foron aceptadas polo 93,75% dos pacientes. Os dous casos nos que non se conseguiu intervir xestionouse o ingreso dos pacientes nun centro de atención residencial

7. CONCLUSIÓN:

Os resultados obtidos na pilotaxe descrito poñen de manifesto que un número importante de pacientes en risco de exclusión social requiren do asesoramento do equipo de atención primaria para previr, detectar e resolver resultados negativos asociados á medicación e problemas relacionados cos medicamentos. Ademais dos beneficios directos para a saúde dos pacientes e a eficiencia no manexo de recursos para o sistema sanitario, derivados da prevención de erros da medicación, este programa supón un bo exemplo de mellora continua da calidade asistencial e de iniciativa orientada a unha realidade social complexa de importancia crecente e ben aceptada polos receptores da actuación. Por isto, considérase necesaria a implantación deste programa en todos os centros de saúde desta Xerencia de Atención Primaria, comprometendo e implicando a todos os profesionais do equipo, formándoos e informándoos previamente dos procedementos

descritos e avaliando a calidade do proceso e os resultados tanto polos diferentes equipos como pola dirección.

A intervención da traballadora social neste programa, centrase fundamentalmente en:

- Atención directa aos pacientes, para facer as correspondentes entrevistas e visitas domiciliarias para analizar a situación persoal, sociofamiliar e do contorno.
- Diseñar o correspondente plan de intervención social para a busca da rede de apoio e instrumentos de axuda para a mellora do cumprimento terapéutico.
- Asesorar, cun diagnóstico previo e valoración profesional, sobre os recursos existentes, programas e servizos que se deben aplicar e, se é o caso, facer as xestións necesarias para a obtención destes.
- Coordinación e colaboración cos profesionais do equipo de atención primaria, e con outros organismos, e entidades implicadas na rede de apoio.
- Seguimento do plan de intervención social.
- Avaliación dos resultados, en estreita coordinación coa farmacéutica do centro.

BIBLIOGRAFÍA

- Ars Pharm (2007), Comité de Consenso. Terceiro Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) e Resultados Negativos Asociados á Medicación (RNM), 48 (1), 5-17.
- García-González, J. V.; Díaz-Palacios, E.; Salamea, A.; Cabrera D.; Menéndez, A.; Fernández-Sánchez, A. e Acebal, V. (Aten Primaria 1999; 23: 434-40)). *Escala de valoración sociofamiliar de Gijón. Versión orixinal.*
- Ministerio de Sanidade e Consumo, (2008). *Estudo APEAS. Estudo sobre a seguridade dos pacientes en atención primaria de saúde.* Madrid. Autor: AA.VV.
- Morisky, D. E.; Green, L. W e Levine D. M. (1986), Concurrentard Predictive Validity of a self-reported measure of medication adherence-Med Care; 24, 67-74.
- National Institute for Heath and Clinical Excellence., (2009) *Medicine Adherence. Involving patients in decisións about prescribed medicines and supporting adherence*
- Pham, C. B. e Dickman, R. L. (2007). *Minimizing Adverse Drug Events in Older Patients. Am Fam Physician.* 76, 1837-44.

BARREIRAS E DIFICULTADES NO ACCESO Á ASISTENCIA SANITARIA DA POBOACIÓN INMIGRANTE, ANTES E DESPOIS DO REAL DECRETO-LEI 16/2012. O caso do Complexo Hospitalario Universitario de Ourense.

Pablo Jiménez Arandia

RESUMO

O propósito deste artigo é analizar as dificultades coas que se atopa a poboación inmigrante á hora de acceder ao sistema público de saúde. A partir dun repaso normativo, profundaremos na cuestión a partir das entrevistas realizadas aos profesionais do Servizo de Traballo Social do Complexo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO). Os recentes cambios na lei estatal e autonómica modifican substancialmente o procedemento para conseguir a documentación que fai efectivo o dereito á prestación. Entre os máis directamente afectados polo cambio na norma están os inmigrantes indocumentados e os estranxeiros nunha situación socioeconómica máis precaria, dous colectivos que xa se atopaban con importantes obstáculos no acceso á cobertura sanitaria antes do Real decreto-lei 16/2012.

PALABRAS CLAVE:

Inmigración, cobertura sanitaria, barreiras normativas, asistencia social, Real Decreto-Ley 16/2012

RESUMEN

El propósito de este artículo es analizar las dificultades con las que se encuentra la población inmigrante a la hora de acceder al sistema públi-

co de salud. Partiendo de un repaso normativo, profundizaremos en la cuestión a partir de las entrevistas realizadas a los profesionales del Servicio de Trabajo Social del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO). Los recientes cambios en la ley estatal y autonómica modifican sustancialmente el procedimiento para conseguir la documentación que hace efectivo el derecho a la prestación. Entre los más directamente afectados por el cambio en la norma están los inmigrantes indocumentados y los extranjeros en una situación socio-económica más precaria, dos colectivos que ya se encontraban con importantes obstáculos en el acceso a la cobertura sanitaria antes del RD-Ley 16/2012.

PALABRAS CLAVE:

Inmigración, cobertura sanitaria, barreras normativas, asistencia social, RD-Ley 16/2012

ABSTRACT

The aim of this article is to analyze the difficulties that the immigrant population faces in the access to the public health system. Starting from a normative review, we will deepen into the issue through interviews with professionals of the University Hospital Complex of Ourense (CHUO), Social Work Service. Recent changes in the state and regional law to the access of health provision substantially alter the procedure to get the documentation that become effective the provision's right. Among those most directly affected by the change in the law there are undocumented immigrants and foreigners in a precarious socio-economic situation, two groups that already found significant obstacles in the access to health insurance before the RD-Ley 16/2012.

KEYWORDS:

Immigration, health insurance, normative barriers, social assistance, RD-Ley 16/2012

1. INTRODUCCIÓN

Un dos piares sobre os que se basea o estado de benestar español é o acceso a unha sanidade pública, de calidade e gratuíta. Este é un dereito que debería ter recoñecido todo cidadán que resida de maneira habitual no noso país, sexa español ou estranxeiro. Porén, o acceso real a este dereito non sempre se cumpre, especialmente cando falamos de poboación inmigrante que vive nunha situación social e económica precaria. Os últimos cambios do actual goberno no acceso á asistencia sanitaria, a través do Real

decreto-lei 16/2012, supoñen un cambio de modelo que sen dúbida afecta-lle á atención dos máis necesitados.

O propósito deste artigo é analizar que tipo de dificultades atopa a poboación estranxeira no momento de acceder á asistencia sanitaria e onde están as causas que provocan estas barreiras. O escaso tempo transcorrido dende a entrada en vigor do novo modelo e a incerteza sobre os seus efectos concretos, fai que centremos o noso estudo nos principais problemas que até agora sufrían os inmigrantes para ser atendidos correctamente. Dificultades que, por outro lado, e segundo a maioría dos expertos, persistirán e se agravarán cos últimos cambios das normativas estatal e autonómica.

Co obxectivo de non quedarnos unicamente no que din as leis e profundar nos problemas que aparecen no día a día, estudaremos o caso concreto do Complexo Universitario Hospitalario da cidade de Ourense. A partir da valoración dos profesionais do Servizo de Traballo Social do centro, observaremos cales son os conflitos máis habituais no acceso e na atención aos inmigrantes neste hospital, e cales son as solucións implantadas polos profesionais sociosanitarios que traballan con este colectivo.

Para rematar, extraeremos algunhas conclusións da análise normativa e efectiva realizada e poñeremos sobre a mesa algunhas das claves que axudan a entender a orixe das desigualdades existentes. Tamén intentaremos adiantar algunhas das consecuencias que poden implicar os últimos cambios lexislativos e apuntaremos cal foi a reacción dun gran número de profesionais que mostraron a súa oposición frontal aos cambios no sistema.

2. DIFICULTADES NO ACCESO Á ASISTENCIA SANITARIA DA POBOACIÓN INMIGRANTE EN GALICIA

2.1 A lexislación española e os seus cambios máis recentes

O Real decreto-lei do 20 de abril de 2012 introduciu unha modificación substancial no sistema sanitario español ao substituír a figura do “titular de dereito á protección da saúde e á asistencia sanitaria”, vixente até hai uns meses, pola “condición de asegurado”. Este cambio sae da senda marcada por todas as lexislacións no ámbito estatal desde 1986, cando a Lei xeral de sanidade iniciou a transformación dun sistema que até entóns vinculara a prestación sanitaria á cotización do traballador. A nova lei poñía entóns as bases dun modelo que aspiraba a facer efectivo o dereito universal de todos os cidadáns a acceder a unha sanidade pública e gratuíta.

A lexislación recentemente aprobada polo Goberno estatal vincula de novo o dereito á asistencia sanitaria gratuíta á afiliación do cidadán ao réxime da Seguridade Social. A partir de agora, a condición de asegurado farase efectiva para os traballadores por conta allea ou propia, para os afiliados ao Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) e en situación de alta ou asimilada, para os pensionistas do sistema público e para os beneficia-

rios de calquera prestación do sistema, incluído o subsidio por desemprego, aínda que este xa se esgotara. Ademais, recoñéceselle esta condición só aos españois, cidadáns comunitarios, do Espazo Económico Europeo ou de Suíza, e aos estranxeiros con autorización para residir no noso país, no caso de que acrediten non dispoñer dun mínimo de ingresos a determinar. Ao mesmo tempo, diferénciase a figura de beneficiario do asegurado e mantéñense os réximes de asistencia a través de convenios especiais (MUFACE, Forzas Armadas etc.).

Estes cambios deixan a un colectivo moi numeroso sen dereito á prestación sanitaria ordinaria: o dos inmigrantes sen regularizar. Esta exclusión non é aplicable para as mulleres embarazadas, tanto na asistencia no parto como no posparto, e para os estranxeiros menores de dezoito anos. Tamén, a nova lei establece que os irregulares si poderán recibir asistencia de urxencia por enfermidade grave ou accidente, só até a situación de alta médica. Un suposto que, como advertiron numerosos profesionais, non fará outra cousa que colapsar servizos xa de por si moi saturados. Os inmigrantes indocumentados que accederon á tarxeta sanitaria a través do padrón municipal perderon o seu dereito a esta prestación a partir do 1 de setembro de 2012.

2.2 A normativa galega e o Programa galego de protección social da saúde pública

O acceso á asistencia sanitaria no estado español está condicionado á posesión ou non da tarxeta individual sanitaria (TIS), a cal permite acceder con todas as garantías ás prestacións que ofrece o Sistema Sanitario de Saúde (SNS). Debido á descentralización da sanidade pública española, cada comunidade autónoma ten competencias propias para xestionar a obtención desta tarxeta por parte dos cidadáns, dentro das canles que regula a normativa estatal.

O Servizo Galego de Saúde (Sergas) modificou varias veces nos últimos meses as condicións e o procedemento mediante o cal as persoas que non teñen a condición de asegurado ou beneficiario do INSS poden obter a tarxeta sanitaria. Ao final do ano 2011, a Consellería de Sanidade regulou o acceso deste colectivo a través do Código 29. Nel establecíanse os requisitos que as persoas sen recursos económicos suficientes tiñan que cumprir para facerse coa tarxeta, que consistían en: non ter dereito á asistencia sanitaria a través dalgún dos réximes da Seguridade Social, non dispoñer de rendas -de calquera natureza? que no seu conxunto e no cómputo anual superasen o salario mínimo interprofesional, e estar empadroadado nalgún concello de Galicia e residir nel cunha antigüidade mínima de 183 días.

O Programa galego de protección social da saúde pública

O cambio na lei española introducido polo goberno do PP en abril de 2012 obrigou o goberno galego a reformular novamente os trámites para conseguir a tarxeta sanitaria. A Consellería de Sanidade anunciou en agos-

to deste ano a creación do Programa galego de protección social de saúde pública, dirixido a aqueles cidadáns que non teñen acceso “polas vías ordinarias” á asistencia sanitaria.

Os requisitos para acceder a este programa son similares aos esixidos baixo a anterior normativa, con algúns matices que lles afectan aos cidadáns estranxeiros.

-
- **Non ter dereito á condición de asegurado ou beneficiario**, así como non poder exportar o dereito á asistencia desde o seu país de procedencia.
-
- **Estar empadroado en Galicia cunha antigüidade mínima de 183 días.**
-
- **Demostrar que non se dispoñen de ingresos, en España ou no país do que se provén**, superiores ao indicador público de renda de efectos múltiples (IPREM)¹.
-

Requisitos esixidos aos cidadáns que soliciten inscribirse no Programa galego de protección social de saúde pública.

A documentación solicitada para beneficiarse deste programa é abundante e, como veremos máis adiante, pode supoñer graves inconvenientes para os cidadáns nunha situación económica ou administrativa precaria. Entre os documentos esixidos están: un documento identificativo (o DNI, a tarxeta de identidade do estranxeiro -TIE? ou o pasaporte), unha declaración de ingresos, o certificado de empadramento, a declaración do IRPF, un certificado de ingresos do país de orixe -no caso de que non sexa posible obtelo, pódese suplir cun informe do traballador social do centro? e un certificado de que non procede a exportación do dereito á asistencia desde o seu país de orixe (no caso dos países da EU e doutros estados cos que España ten un convenio bilateral na materia).

Como xa se comentou, para os estranxeiros que non poden acceder á atención sanitaria mediante as vías até agora mencionadas, a lei estatal xa contemplaba varias excepcións (menores, embarazadas e asistencias urxentes) nas que si serán atendidos nas mesmas condicións que o resto de cidadáns. Tamén, a normativa galega estableceu que os solicitantes de protección internacional e as vítimas de trata de seres humanos en períodos de restauración e reflexión serán atendidos sen importar a súa condición administrativa. Finalmente, estableceuse a creación de programas específicos para as enfer-

¹ A dificultade para os inmigrantes de acreditar esta falta de recursos tamén no seu país de orixe foi duramente criticada por diversas ONG e colectivos. Finalmente, a Consellería de Sanidade estableceu que os traballadores sociais de centros de saúde, concellos e ONG poderán acreditar esta condición mediante un informe.

midades que supoñan un risco para a cidadanía, cando os enfermos non poidan recibir asistencia sanitaria por outra vía. Polo momento, comezáronse a tramitar algúns protocolos para enfermidades como a tuberculose ou o VIH.

Para as persoas que tiñan tarxeta sanitaria antes do 1 de setembro de 2012, pero que na actualidade carecen da condición de asegurado ou beneficiario polo INSS, a Consellería de Sanidade deu un prazo de seis meses desde a primeira asistencia para solicitar a inclusión no programa². Hai que aclarar que os seus beneficiarios só poderán ser atendidos no ámbito da comunidade autónoma de Galicia, pero non terán recoñecido ese dereito no resto do Estado ou no estranxeiro.

2.3 Barreiras de acceso para a poboación inmigrante

As condicións esixidas para facerse coa tarxeta sanitaria presentan diversas dificultades para os cidadáns estranxeiros que non teñen a condición de asegurado ou beneficiario. Entre este colectivo destacan os inmigrantes non regularizados, pero tamén aqueles estranxeiros nunha situación socioeconómica precaria. A continuación resumimos algúns dos principais obstáculos cos que estas persoas se atopan á hora de acceder á asistencia sanitaria no territorio galego.

a) Dificultades coa documentación e o padrón municipal

Unha esixencia que xa existía antes do cambio na normativa e que persiste coa nova lexislación é a posesión por parte do cidadán estranxeiro dun pasaporte en vigor. Entre aqueles inmigrantes que chegaron ao país de maneira irregular é habitual non dispoñer de ningún documento oficial que os identifique. Isto convértese nun grave problema á hora de rexistrarse no padrón municipal (requisito indispensable para facerse coa tarxeta) ou para realizar calquera trámite na administración.

O procedemento para obter o pasaporte é complexo xa que, en moitas ocasións, o inmigrante ten que desprazarse unha ou varias veces até a cidade máis próxima cun consulado ou embaixada do seu país para realizar todos os trámites, que non lle asegura conseguir finalmente o documento. Unha alternativa é intentar conseguir a documentación a través dos familiares no país de orixe, un proceso que pode tardar tamén varios meses. A pesar de ter en posesión o pasaporte, se este perde a súa validez, pérdese o dereito a renovar o rexistro no padrón e por tanto a posibilidade de conseguir a tarxeta sanitaria.

Outro documento esixido para empadroarse é un contrato da casa, unha autorización de residencia firmada polo propietario ou algunha factura que demostre que a persoa reside nunha vivenda da localidade. No caso dos sen teito permítese que faciliten a dirección onde acostuman a recibir

² A data límite para realizar este procedemento é o 1 de xuño de 2013.

a correspondencia. A necesidade de presentar esta documentación pon en serias dificultades os inmigrantes indocumentados, en especial se temos en conta os obstáculos cos que se atopan á hora de acceder a unha vivenda no noso país. Ocasionalmente, a policía ou os servizos sociais do concello visitan o domicilio rexistrado co obxectivo de comprobar que a persoa en cuestión reside na dirección facilitada.

Outro aspecto que se debe considerar é que, desde o ano 2003, a policía ten dereito a acceder aos datos das persoas rexistradas nos padróns de todos os concellos de España. Aínda que non está demostrado que esta potestade fose utilizada polas autoridades para obter información sobre inmigrantes irregulares e así proceder a súa expulsión, o feito de que exista esta posibilidade provoca medo e desconfianza entre o colectivo.

b) Dificultades burocráticas derivadas da normativa

A esixencia de 183 días de empadramento previo para inscribirse no Programa de protección social do Sergas convértese, como é obvio, nunha barreira infranqueable para os estranxeiros que chegaron recentemente ao país ou para aqueles que, despois de múltiples trámites, conseguiron a documentación necesaria para rexistrarse no padrón. As dificultades que implica a duración deste prazo agrávanse agora coa nova normativa, xa que os cidadáns estranxeiros que non accedan á tarxeta como asegurados ou beneficiarios só dispoñen de seis meses para a inscrición (e presentación da documentación requirida) no Programa de protección social desde a primeira asistencia que reciben. Ademais, o límite para realizar todos os trámites necesarios foi fixado para o próximo 1 de xuño de 2013.

A pesar de que a lei establece que todos os menores terán asegurada a prestación sanitaria, a falta de cobertura polas vías ordinarias tamén lles afecta a algúns menores fillos de estranxeiros. Neste caso, aínda que os seus pais figuren como traballadores ou pensionistas no réxime da Seguridade Social, os seus fillos só poderán exercer de beneficiarios no INSS cando dispoñan da tarxeta ou do permiso de residencia correspondente, ao cal unicamente acceden se teñen no seu poder un pasaporte propio. Ao igual que no caso dos estranxeiros sen documentación que non poden empadroarse no seu municipio, a obtención do pasaporte pode implicar varios meses de trámites.

A nova normativa galega tamén mantén a esixencia de que os cidadáns dos países membros da Unión Europea ou procedentes de estados cos que España ten un convenio bilateral na materia presenten un certificado que acredite a non exportación do dereito á asistencia sanitaria. A dificultade á hora de obter este certificado pode ser unha nova traba burocrática para moitos inmigrantes, tanto se están regularizados coma se non.

c) A perda da cobertura sanitaria

Un problema co que xa se están atopando moitos cidadáns, tanto españois como estranxeiros, é a perda de validez da tarxeta sanitaria coa que até agora accedían á prestación deste servizo. Desde o 1 de setembro de 2012 aqueles que o facían baixo a categoría de persoa sen recursos económicos deben comezar os trámites para acollerse ao novo programa de protección social. Mentres levan a cabo este procedemento facilítaselles un resguardo co que poden continuar sendo atendidos no sistema sanitario galego. Porén, no caso de que a tramitación da nova tarxeta se prolongue máis de seis meses desde a primeira asistencia ou non se complete antes do 1 de xuño de 2013, non só se perderá esta posibilidade senón que ademais o Sergas poderá facturar a asistencia prestada ao doente até esa data.

A desinformación arredor de todos estes trámites e a falta dun asesoramento efectivo pode provocar múltiples situacións de perda de cobertura dentro dos colectivos socialmente máis desatendidos, entre os que hai moitos cidadáns estranxeiros. Antes da implantación da nova normativa, esta problemática xa foi denunciada por numerosos profesionais e organizacións que criticaban como se xestionaba a validez da antiga tarxeta. Baixo o anterior modelo, a perda do dereito á cobertura (por non estar de alta na Seguridade Social, por ter caducado a tarxeta etc.) non se comunicaba ao doente nin a través do Sergas nin por medio do INSS, o que supoñía que moitas persoas continuaban acudindo ao centro de saúde sen coñecer que o seu documento sanitario carecía de vixencia. Se os datos non eran actualizados no sistema non había ningún problema para o paciente, pero se a validez da tarxeta se comprobaba, o centro de saúde podía denegar a atención ou, no seu lugar, pasarlle a factura desta.

Outro factor importante que pode afectarlle a un gran número de cidadáns estranxeiros é o ámbito territorial de cobertura que ofrece a asistencia baixo o Programa de protección social do Sergas. No caso de que o paciente se traslade circunstancialmente ou de maneira definitiva a outra rexión do Estado ou ao estranxeiro, perderá o dereito a ser atendido no centro de saúde correspondente.

2.4 Que ocorre cando o paciente non ten a tarxeta sanitaria?

Cales son as consecuencias reais da falta de cobertura? Que ocorre cando un paciente non ten tarxeta sanitaria? Máis alá duns estándares comúns, cada centro hospitalario e cada rexión teñen un procedemento particular sobre como actuar cando a persoa que precisa de atención médica non dispón de cobertura. A continuación explicaremos cales son os pasos que se dan ante unha situación como esta no Complexo Universitario Hospitalario de Ourense (CHUO).

Cando un cidadán chega ao hospital ou ao centro de saúde para solicitar unha cita co médico o primeiro que se lle pide é a tarxeta sanitaria. Se carece dela ou a tarxeta non está en vigor, o máis probable é que lle dene-

guen a posibilidade de ser atendido polo médico de cabeceira ou o especialista e o deriven a urxencias. Se o paciente chega directamente a este servizo non se lle esixirá a súa tarxeta até despois de ser atendido, e trataráse-lle deste modo e baixo os mesmos criterios que a calquera outro usuario.

No momento de finalizar a atención, no caso de que o doente careza de cobertura, o Servizo de Facturación do hospital abrialle un expediente que máis tarde se enviará ao seu domicilio a través de correo ordinario certificado. Nesta carta indicaráse-lle que dispón de aproximadamente 10 días para presentarse no centro hospitalario e acreditar que ten cobertura ou, en caso contrario, facer efectivo o pago do importe polo servizo prestado³.

Se no prazo previsto a persoa non se presenta coa súa tarxeta sanitaria en vigor ou non paga o importe que se lle reclama, chegaranlle varios avisos máis até que finalmente o propio hospital lle pasará o expediente á Consellería de Facenda da Xunta, que desde ese momento se fará cargo de reclamar a débeda á persoa en cuestión. Se o paciente consegue tramitar a súa tarxeta sanitaria nun tempo prudencial, o problema finaliza e a débeda cancelase.

No caso de que a persoa non poida tramitar unha nova tarxeta sanitaria e ademais estea nunha situación economicamente precaria, os servizos sociais do hospital ou do centro de saúde poden emitir un informe que acredite a falta de medios económicos para afrontar a débeda, de tal forma que este expediente se paralice. Porén, a situación pode complicarse moito cando o cidadán fai caso omiso aos avisos que lle chegan desde o hospital ou simplemente descoñece a posibilidade de recibir axuda por parte dos traballadores sociais do centro.

3. ACCESO E ATENCIÓN Á POBOACIÓN INMIGRANTE NO HOSPITAL DE OURENSE. A OPINIÓN DOS TRABALLADORES SOCIAIS

3.1 Descoñecemento e desconfianza entre os inmigrantes

Máis alá dos problemas legais e burocráticos que a poboación inmigrante pode ter para acceder a unha tarxeta sanitaria que lle asegure a atención, existen unha serie de dificultades moito máis difíciles de medir a través de números ou estatísticas, pero que si son detectadas cando se leva tempo traballando coa poboación inmigrante. Este é o caso de María Xosé Vázquez, profesional do Servizo de Traballo Social do hospital de Ourense.

A partir da súa experiencia, Vázquez asegura que os cidadáns estranxeiros presentan unha serie de dificultades engadidas respecto a poboación

³ O importe dos servizos sanitarios acostuma a ser moi elevado. Esta cantidade increméntase considerablemente se a atención incluíu algún día de hospitalización, a realización de probas ou unha intervención cirúrxica.

nativa á hora de realizar as xestións para conseguir a documentación sanitaria. Parte destas complicacións veñen dadas polo descoñecemento entre algúns membros deste colectivo sobre os trámites necesarios para xestionar a tarxeta e o lugar onde estes deben ser realizados.

Outro problema para ter en conta, segundo esta profesional, é a desconfianza e os temores que moitos inmigrantes poden ter cara ás institucións e á administración pública do estado español. Un sentimento que habitualmente se acentúa entre os estranxeiros que carecen do permiso de residencia legal ou que chegaron recentemente ao país. En ocasións estes temores tamén poden ter a súa orixe en experiencias previas negativas do inmigrante cando acudiu a un hospital ou centro de saúde do estado e foi tratado de maneira inadecuada ou discriminatoria por razón da súa orixe.

Esta desconfianza cara ao sistema público de saúde tamén pode basearse nas lembranzas ou na asociación que o inmigrante fai respecto ao funcionamento do modelo sanitario do seu país de orixe, nos casos que este é precario. Tirar como referencia estas experiencias negativas pode levarlos a non confiar na atención que vaian a recibir nos centros sanitarios de España ou Galicia.

Outra das barreiras das que fala Vázquez é o descoñecemento do idioma por algúns membros da poboación inmigrante, o cal se pode converter nun verdadeiro obstáculo para a realización das xestións necesarias. Ademais, a existencia doutro tipo de carencias no aspecto cultural ou educativo pode tamén dificultar en gran medida a obtención da tarxeta sanitaria.

Por último, hai que ter en conta que as situacións de irregularidade dos inmigrantes en moitas ocasións veñen acompañadas de realidades socialmente moi duras, como pode ser a marxinalidade e a indixencia, ou incluso situacións de explotación laboral, prostitución, redes de trata etc. Nestes casos, a dificultade para obter a tarxeta sanitaria é un problema engadido ás difíciles condicións de vida baixo as que estas persoas están no país.

A pesar de todo o dito, tal e como asegura Vázquez, é importante aclarar que esas dificultades engadidas xéranse fundamentalmente “naque-las persoas inmigrantes con niveis culturais baixos e situacións de precariedade social, non tanto naqueles inmigrantes que chegan cun nivel cultural medio-alto e que deseguida saben como realizar os trámites necesarios ou onde dirixirse para facer valer os seus dereitos”.

3.2 O programa de Regularización da Cobertura Sanitaria do CHUO

As diverxencias existentes entre a realidade e o que di a lei provocan que os profesionais sociosanitarios teñan que implantar programas ou estratexias que aseguren o cumprimento do dereito dos inmigrantes -máis alá da súa condición xurídica, social ou económica?, e de calquera outro cidadán, a recibir unha asistencia sanitaria digna. Nesta liña, o hospital de Ourense creou no ano 1998 un programa de regularización da cobertura

sanitaria destinado a asegurar que todos pacientes⁴ que chegasen até as súas instalacións tivesen no seu poder a tarxeta sanitaria.

A través deste programa, as persoas que carecen de cobertura deben ser remitidas ao Servizo de Traballo Social, onde os informan e axudan na tramitación da documentación sanitaria. Segundo os profesionais da área, este sistema sérvelles ademais como vía de entrada para asesorar os pacientes e así abordar outro tipo de problemáticas sociais que estas persoas poden presentar.

Cando o programa se iniciou as dificultades para conseguir a tarxeta sanitaria eran moito maiores, especialmente para a poboación estranxeira⁵. Ademais, segundo os traballadores sociais do hospital, a desinformación e a desconfianza cara ás institucións e aos seus profesionais estaban moito máis estendidas entre a poboación inmigrante dun nivel socioeconómico baixo.

Os cambios na lexislación ao longo dos anos facilitaron enormemente o acceso á cobertura sanitaria deste colectivo. Ao mesmo tempo, a adaptación da normativa á nova realidade social española, veu acompañada pola aparición de entidades, ONG ou programas específicos de atención que informaban e axudaban os estranxeiros nas xestións necesarias para conseguir a tarxeta sanitaria. Tamén, as propias experiencias individuais e o *boca a orella* entre eles axudaron a que moitos inmigrantes perdesen o medo a acercarse e facer uso dos centros sanitarios e sociais.

A análise da situación que hoxe fan os profesionais do servizo de Traballo Social do CHUO claramente negativa. Argumentan que, en gran medida, estase a desandar parte do camiño percorrido durante os últimos anos. Apuntan ademais a enorme incerteza e información sobre os diferentes modelos de acceso. A maior parte dos pacientes que chegan até o servizo deben ser derivados ás oficinas do INSS, que é onde se xestiona a súa posible afiliación.

Cando esta vía de acceso non é posible, é o propio Sergas e os seus profesionais os encargados de informar e asesorar o paciente sobre os procedementos alternativos. Neste punto, os traballadores sociais do centro queíxanse da falta de información clara e concisa. Denuncian que as directrices chegan ás súas mans a última hora e con numerosas dúbidas sen resolver sobre os pasos que o paciente debe dar para conseguir a cobertura. Ademais, dentro dun hospital son moitos os profesionais -sanitarios e non sanitarios? implicados na atención, polo que o paciente pódese atopar con persoal que non recibiu a información adecuada sobre a nova norma-

⁴ O importe dos servizos sanitarios acostuma a ser moi elevado. Esta cantidade increméntase considerablemente se a atención incluíu algún día de hospitalización, a realización de probas ou unha intervención cirúrxica.

⁵ Entón, igual que ocorre agora tras os cambios na lei, os inmigrantes indocumentados carecían do dereito a ser atendidos no sistema sanitario público español.

tiva. Tamén apúntase que neste momento aínda non se articularan formalmente as canles de información nin os procedementos correspondentes.

3.3 Os problemas na atención sanitaria. A valoración dos traballadores sociais

Máis alá dos problemas de acceso efectivo á asistencia sanitaria dos inmigrantes, existen unha serie de dificultades moi presentes cando o paciente estranxeiro chega ao hospital ou centro de saúde. Non é o propósito deste artigo facer unha análise exhaustiva sobre esta cuestión, pero si consideramos interesante apuntar algunhas das claves que nos aproximen a esta problemática. Segundo o equipo do servizo de Traballo Social do CHUO, os problemas máis frecuentes neste ámbito teñen a súa orixe en cuestións como “as diferenzas culturais, os prexuízos persoais, os problemas relacionados co idioma ou as dificultades sociais relacionadas -ou engadidas? aos problemas de saúde”.

A pesar de que recoñecen que en xeral existe unha boa disposición dos profesionais do centro (máis alá de casos concretos que poden mostrar actitudes discriminatorias cara á poboación estranxeira), a súa análise sobre a atención aos cidadáns inmigrantes é a seguinte:

“Cústanos moito poñernos no lugar do outro, do paciente, e mais cando este pertence a unha cultura onde os códigos son diferentes. A súa visión da vida, a saúde, a enfermidade ou a morte en ocasións teñen particularidades ou matices que nós descoñecemos e que por tanto poden complicar a relación sanitaria. Moito máis agravada canto máis diferentes son: é moito máis complicada a relación con pacientes asiáticos ou africanos que con europeos ou suramericanos”.

Sobre os problemas relacionados co idioma aseguran que son situacións de difícil resolución, xa que no hospital non existen mediadores ou intérpretes que poidan facilitar a comunicación entre o profesional e o paciente. En ocasións e en casos especialmente delicados incluso resulta complicado atopar mediadores fóra do complexo hospitalario que poidan axudar a resolver estas situacións.

Cando aos problemas até agora comentados se lle engade unha situación social e económica precaria, problemas de vivenda, barreiras culturais ou situacións de marxinalidade, as dificultades na atención e na recuperación dos pacientes estranxeiros multiplícanse. Ademais, nos casos da poboación acabada de chegar, o problema non reside só nas carencias económicas e materiais da persoa, senón tamén na falta dunha rede social e familiar de apoio que lle permita ao paciente recuperarse ou soportar os problemas de saúde que padece.

3.4 O perfil dos inmigrantes atendidos no Servizo Hospitalario de Traballo Social

Desde o ano 1998 o Servizo de Traballo Social do CHUO rexistra todos os casos dos pacientes cos que traballaron, os cales chegan a través de dúas vías: por demanda directa dos propios afectados ou mediante os diferentes programas e protocolos postos en marcha nas distintas áreas do centro.

Porén, é importante aclarar que neste rexistro non se especifica a nacionalidade das persoas atendidas, senón outras variables como o obxectivo de intervención, os datos persoais ou a intervención social realizada, razón pola cal é moi complicado estimar o número exacto de estranxeiros que en todo este tempo recibiron asesoramento e axuda. Isto non quita que os profesionais do servizo recoñezan que, nos últimos anos, a porcentaxe de pacientes estranxeiros foi aumentando de maneira considerable ao tempo que o facía o número de inmigrantes na provincia de Ourense.

O que si poden facer os traballadores sociais do centro é unha análise cualitativa do perfil do inmigrante que nestes case quince anos foi atendido. A continuación transcribimos parte das entrevistas realizadas:

“O perfil sociodemográfico da poboación atendida componse tanto de homes como de mulleres, aínda que quizais nun número máis alto de mulleres. En canto á idade aquí si que hai unha diferenza importante respecto á poboación non estranxeira. A gran carga asistencial do servizo componse fundamentalmente de pacientes maiores de 60 anos, aínda que a maioría dos inmigrantes atendidos son persoas novas, de entre 20 e 45 anos. A maioría deles conviven con outros familiares (en ocasión dentro de modelos de familia numerosa, moi diferentes ao español ou europeo). Tamén nos atopamos cun número alto de mulleres que constitúen familias monoparentais, asumindo elas por si mesmas o coidado dos seus fillos.”

En relación coa súa situación legal cren que “agora mesmo a maioría dispoñen de permiso de residencia”. Neste aspecto si que aprecian un cambio notable respecto aos primeiros anos, “cando a maior parte de inmigrantes que atendiamos se atopaban en situación irregular”.

“Na actualidade na súa gran maioría están desempregados, con traballos precarios ou directamente ocupados en actividades da economía somerxida. Polo tanto, os seus ingresos económicos son moi precarios, procedentes dalgún outro membro do núcleo de convivencia (xeralmente ascendentes que chegaron a España hai moitos anos), das prestacións dos servizos sociais (Renda de Integración Social de Galicia) ou axudas en especie ou de emerxencia de entidades sociais como Cáritas.”

Respecto á vía de entrada no servizo, gran parte deles chegan a través dos diversos programas ou protocolos implantados, como o de regularización da cobertura sanitaria, ou aqueles postos en marcha na área de Obstetricia e Pediatría: o Protocolo de seguimento de embarazos de risco, o Protocolo de información a nais e pais de acabados de nacer ou o Protocolo de atención a menores en situación de risco social.

Sobre a problemática obxecto da intervención, aínda que a vía de entrada determina cal é a demanda explícita, tras o estudo e valoración da situación os traballadores aseguran que “moitas veces imos moito máis alá do que inicialmente se formulaba. É dicir, nos pacientes que nos chegan a través do Programa de regularización da cobertura sanitaria, se tras realizar unha primeira entrevista atopamos máis problemas sociais? como poden ser a carencia de medios básicos de subsistencia ou vivenda, a necesidade de información respecto aos trámites na regularización da súa situación de residencia ou a dificultade para seguir as pautas e os tratamentos médicos prescritos? ampliamos os obxectivos da nosa intervención”.

En canto á área de Obstetricia e Pediatría, sinalan que os problemas obxecto de intervención están máis relacionados coa carencia de medios básicos de subsistencia, dificultades no seguimento das citas médicas durante o embarazo ou cos menores, ou coa necesidade de información sobre trámites, axudas e recursos de apoio á maternidade ou relacionados cos menores a cargo.

No caso doutras áreas, como a médica ou a cirúrxica, os traballadores sociais indican que a demanda por parte de inmigrantes é menor e está fundamentalmente relacionada con “a carencia de cobertura sanitaria ou de medios económicos para facer fronte aos gastos farmacéuticos, as dificultades con relación á posible falta de autonomía durante a convalecencia e a non existencia de coidadores ou de rede social de apoio que poida facerse cargo da atención e das dificultades no seguimento do tratamento e do cumprimento das citas”.

Respecto á intervención social realizada en función da problemática detectada, aseguran que é moi variada, “desde a xestión de trámites para facilitar a cobertura sanitaria do paciente, o apoio en funcións parentais, entrevistas de apoio psicosocial, intervencións de mediación con outros profesionais ou entidades, orientación, xestión e mobilización de recursos sociais tanto da administración como de entidades sociais de apoio etc.”.

4. POSIBLES CONSECUENCIAS NO ÁMBITO ESTATAL DA DESATENCIÓN AOS SEN PAPEIS

As carencias que os estranxeiros indocumentados van padecer á hora de acceder á atención sanitaria poden supoñer, máis alá de consideración morais, graves prexuízos para a súa saúde, e tamén para o propio funcionamento do sistema sanitario e incluso para o resto da poboación. Esta é a opinión de numerosos expertos na materia que rexeitan de cheo as medidas adoptadas polo Goberno⁶. Ao mesmo tempo, e baixo un punto de vista similar, moitos e moitas profesionais mostraron o seu desacordo coa nova

⁶ Este rexeitamento, á parte de basearse en argumentos éticos e de saúde pública, tamén incide en que o suposto aforro económico esgrimido polo Goberno non está en ningún caso demostrado.

normativa a través dos seus órganos colexiais, ou individualmente, chamando directamente á insumisión profesional.

4.1 Efectos directos da nova normativa

As críticas cara ao Real decreto-lei 16/2012 diríxense en varias direccións, pero a máis evidente e inmediata é a posibilidade de deixar a centos de miles de persoas sen a oportunidade de ser atendidos dunha maneira correcta e eficiente cando a súa saúde o precise. É moi complicado adiantar unha cifra aproximada sobre o número de afectados pola reforma, xa que se descoñece a cantidade exacta de inmigrantes indocumentados que residen no noso país⁷. Hai que ter en conta ademais que os procedementos postos en marcha polas diferentes comunidades autónomas para adaptarse á nova norma varían de maneira substancial. Mentres que algunhas rexións optaron por seguir prestando atención nas mesmas condicións aos estranxeiros indocumentados (Andalucía e Euskadi), outras xa anunciaron que lles facturarán a prestación aos inmigrantes *sen papeis* que sexan atendidos nos seus centros de saúde e hospitais (Madrid, Comunidade Valenciana, Baleares etc.).

Outra das razóns que esgrimen os críticos coa reforma é o efecto pernicioso que esta terá sobre o servizo de urxencias hospitalarias, onde, segundo establece a nova lei, serán atendidos os estranxeiros indocumentados cunha enfermidade grave ou accidente. Tal e como argumenta a Sociedade Española de Medicina de Urxencias e Emerxencias (Semes), estas áreas xa están de por si sobrecargadas, polo que a medida non fará outra cousa que agravar o problema, ademais de provocar o colapso do servizo. Desde a mesma organización tamén se alude aos posibles conflitos entre os servizos que traerá consigo a necesidade de derivar a pacientes sen documentación a outras áreas hospitalarias, ante a imposibilidade de tratar unha doenza concreta nas urxencias do centro, o que pode repercutir negativamente no traballo dos profesionais e inevitablemente sobre a atención dos pacientes.

Outro punto importante é a incidencia da nova lei sobre a saúde pública da poboación. Diversas organizacións alertaron sobre o perigo que supón deixar sen medicación a inmigrantes que padezan enfermidades infecciosas, como poden ser a tuberculose e o VIH. Máis alá da dificultade para acceder ao tratamento destas persoas e as consecuencias letais que isto pode supoñer para a súa saúde⁸, os expertos advirten sobre o risco de que aumente o número de casos e a mortalidade destes, provocando “un inxente prexuízo sanitario e económico” para a sociedade española.

⁷ Tradicionalmente as cifras achegadas polos sindicatos ou organizacións como Cáritas oscilan entre o medio millón e os 800.000 inmigrantes sen papeis.

⁸ Un informe do Grupo de Estudio del SIDA (GESIDA), pertencente á Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), estimou que entre 2.700 e 4.600 estranxeiros sen papeis estaban a recibir tratamento antirretroviral.

4.2 A insumisión dos profesionais: unha postura ética

Os argumentos até agora comentados son só algunhas das razóns que os profesionais e usuarios do sistema sanitario español están empregando para opoñerse á nova normativa. No caso dos primeiros, porén, esta posición fundaméntase tamén desde o punto de vista deontolóxico e da ética profesional. O que médicos, enfermeiros ou traballadores sociais atenden son persoas, sen importar a súa procedencia ou o réxime legal baixo o que están no noso territorio. Ademais, en moitos casos, xa existe unha relación con continuidade no tempo que non pode ser cortada de raíz polo fin da prestación legal.

Nesta liña manifestáronse diversas organizacións de médicos como a Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), no ámbito estatal, que declarou que ante a disxuntiva á que se lles somete aos profesionais “a lealdade ao paciente é a que debe prevalecer”, ao mesmo tempo que como institución comprometiase a facer presión para o cambio da norma e a apoiar a todos os médicos que opten por obxectar no cumprimento da nova lei. No ámbito galego, a Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria (Agamfec), tamén alertou sobre o “conflito de intereses entre o noso código deontolóxico e as directrices da nosa empresa -o sistema público de saúde?”, para a continuación declarar a subsistencia do código ético dos profesionais sobre a normativa laboral.

5. CONCLUSIÓN

Ao longo deste traballo analizamos as diversas dificultades coas que se atopa a poboación inmigrante para facer efectivo o seu dereito á asistencia sanitaria. Destacar de entrada que estas complicacións non son exclusivas da poboación estranxeira, senón que lles afectan a todos os colectivos que se atopan nunha situación de precariedade social, económica ou administrativa. De feito, poderíamos dicir que os problemas no acceso sanitario, aínda que presentan unha serie de particularidades cando falamos de poboación inmigrante, céntranse fundamentalmente nos cidadáns con menos recursos sociais e económicos, sexan estes nacionais ou estranxeiros.

Tal e como apuntaron Moreno Fuentes e Callejo (2011), a orixe da maioría das dificultades no acceso á atención sanitaria atópase no non recoñecemento efectivo desta cobertura como dereito vinculado á residencia no noso país. A pesar de que no contexto previo ao último cambio lexislativo e coa Lei xeral de sanidade de 1986 na man, este dereito estaba xuridicamente recoñecido, a acumulación de diferentes esquemas de aseguramento como forma de universalización deste acceso, deu lugar nos últimos anos á aparición de diversos furados no sistema a través dos que se descolgaban aqueles grupos nunha situación máis precaria, incluída unha parte importante da poboación inmigrante. Con toda probabilidade esta

tendencia negativa empeorará despois do Decreto de abril do 2012 no que directamente se os exclúe (salvo excepcións puntuais) do dereito á asistencia sanitaria ordinaria

Hai que destacar que a maioría das dificultades burocráticas e normativas comentadas durante este texto resolveríanse se o acceso á tarxeta sanitaria se establecese unicamente baixo o criterio de residencia, como requisito único e exclusivo para toda a poboación. Esta medida, para ser totalmente efectiva, debería ir acompañada dun modelo de rexistro municipal moito máis accesible para a poboación estranxeira, que ademais permitiría sacar da invisibilidade administrativa a unha parte importante do colectivo inmigrante.

Respecto á atención sanitaria da poboación inmigrante hai que ter en conta a estreita relación existente entre as circunstancias sociais do paciente, o estado da súa saúde e o tipo de atención que este debe recibir. Por esta razón, máis alá dos avances evidentes que poden ser implantados polos profesionais e os dispositivos asistenciais (como a presenza de intérpretes e mediadores culturais nos centros, formación específica do persoal na atención ao inmigrante etc.) un punto fundamental no que traballar é na mellora das condicións de vida da poboación estranxeira máis discriminada polo sistema (inmigrantes irregulares, menores non acompañados, familias excluídas,...).

Desgraciadamente, a conxuntura económica (e tamén política) actual parece camiñar precisamente no sentido oposto: nos últimos anos o colectivo inmigrante sofre un empeoramento progresivo das súas condicións sociais e económicas, que lle afecta de maneira irremediable á situación da súa saúde.

Sen dúbida, unha normativa realmente universalizadora do dereito á asistencia sanitaria, combinada cun programa integral de políticas públicas que combatese a exclusión que sofren moitos cidadáns estranxeiros no noso país (acceso a unha educación de calidade, vivendas non segregadas e en mellores condicións de habitabilidade, prestacións sociais para combater a pobreza, políticas de integración e de fomento da interculturalidade etc.), axudaría a superar gran parte dos problemas na atención sanitaria que observamos ao longo deste texto.

BIBLIOGRAFÍA

- Benach, J.; Vergara, M. e Muntaner, C. (2008). Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. *Papeles*, 103.
- González de las Heras, M. P. (2004). *El derecho a la asistencia sanitaria en España dentro de territorio nacional: regulación, sistema de financiación y administraciones competentes*. Recuperado de <http://noticias.juridicas.com/articulos/25-Derecho%20Sanitario/200412-24559251010443290.html>
- Hernández Quevedo, C. e Jiménez Rubio, D. (2010). *Salud y acceso a los servicios sanitarios en España: la realidad de la inmigración*. Madrid: Fundación Alternativas, Documento de trabajo 50/2010.
- Moreno Fuentes, J. e Callejo, M. B. (2011). *Inmigración y Estado de Bienestar en España*. Obra Social de La Caixa, Colección Estudios Sociales, núm. 31.
- PICUM (2007). *Acces to Health Care for Undocumented Migrants in Europe*. Bruselas: Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants.

Textos normativos:

- Consellería de Sanidade (2012, 13 de Setembro). Resolución do 31 agosto de 2012, da Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Sanidade, pola que se acorda a publicación da Instrución do 31 de agosto de 2012 sobre a prestación de asistencia sanitaria en Galicia ás persoas que non teñen a condición de asegurado ou de beneficiario recoñecida polo Instituto Nacional da Seguridade Social ou, se é o caso, polo Instituto Social da Mariña. *Diario Oficial de Galicia*, 175.
- Consellería de Sanidade (2012, 9 de outubro). Resolución do 21 de setembro de 2012, da Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Sanidade, pola que se acorda a publicación da Instrución do 21 de setembro de 2012 de creación do Programa galego de protección social da saúde pública. *Diario Oficial de Galicia*, 193.
- Jefatura Del Estado (2012, 24 de abril). Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y la seguridad de las prestaciones. *Boletín Oficial del Estado*, 98.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012, 4 de agosto). Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 186.

ALCER CORUÑA

Asociación para a Loita Contra as Enfermidades de Ril
Andrea Pardo Mesías. Coordinadora Traballo Social en ALCER Coruña

A Asociación para a Loita Contra as Enfermidades de Ril, ALCER Coruña, nace en 1976 co firme propósito de mellorar a calidade de vida do enfermo/a renal. Nas súas orixes loitaba porque todo paciente renal tivese acceso a un tratamento de diálise, fundamental para a súa supervivencia. Anos despois, ALCER, traballando conxuntamente co resto das entidades provinciais, convértese no principal precursor da actual Lei de transplantes¹. Hoxe en día, e unha vez superados aspectos de actuación sanitaria vital, ALCER é unha das entidades que máis claramente apostan por traballar optimizando os recursos sanitarios, baixo o convencemento de que, a atención ás persoas con enfermidades crónicas non pode centrarse nos factores da enfermidade, senón que é necesario o desenvolvemento de redes de apoio psicosocial con áreas de actuación integrais no campo da asistencia sanitaria, a protección e o benestar social. Baseándose nestes principios, ALCER persegue asegurar a maior calidade de vida, participación e independencia posible nas persoas con Enfermidade Renal Crónica (ERC), transplantadas de órganos e familias en particular, e a todas as persoas cunha enfermidade crónica en xeral; ademais de procurar a promoción da doazón e transplante de órganos e tecidos como un xesto natural e propio do ser humano.

ALCER Coruña intégrase na Federación Española Alcer e na Confederación Galega de Persoas con Discapacidade (COGAMI). Doutra banda, a asociación funciona con convenios, subvencións e/ou prestación de servizos con entidades públicas e privadas; e todos os seus servizos e actividades son de carácter gratuíto.

Os obxectivos e liñas de actuación da asociación están marcados polo seu órgano de goberno, a asemblea xeral de socios e socias a través dos seus representantes na xunta directiva. Así mesmo, o equipo de traballo está composto por un grupo de profesionais, colaboradores e voluntarios/as cualificados que comparten os principios de ALCER e traballan por contribuír á consecución dos seus obxectivos.

¹ Lei 30/1979 del 27 de outubro sobre extracción e transplante, Boletín Oficial do Estado, núm. 266 do 6 de novembro de 1979, páxinas 25.742 a 25.743 (2 páxs.), I. Disposicións xerais.

SERVIZOS MÁIS RELEVANTES DA ENTIDADE

SIO. SERVIZO DE INFORMACIÓN E ORIENTACIÓN SOCIAL

O Servizo de Información e Orientación Social (SIO) proporciona intervención social profesional, apoio psicosocial, información, asesoramento (xurídico, laboral, educativo, nutricional e sexual) a través do equipo profesional da asociación, voluntariado especializado e/ou convenios con outras entidades, formación e orientación cara aos recursos do contorno. Desde a entidade, os profesionais facilitan a creación de redes sociais por zonas de influencia, con cadanseu motor de cambio (persoas de referencia), que nos permiten unha maior presenza e mellor dinamización de toda a provincia, explotando ao máximo os recursos dispoñíbeis. A traballadora social coordina as actividades, e proporciona información, orientación e mediación cara aos organismos públicos, apoio psicosocial ou derivación cara aos servizos e actividades da entidade; así mesmo, potencia esas redes sociais na procura da maior autonomía e participación social posibles. Por outra banda, achégase aos centros sanitarios, traballando coordinadamente con eles para a derivación dos potenciais usuarios/as; así mesmo, visita o interior das unidades de hemodiálise hospitalaria e realiza visitas domiciliarias nos casos que os usuarios/as non poidan acudir aos locais de referencia.

SAP. SERVIZO DE ATENCIÓN PSICOLÓXICA

O Servizo de Atención Psicolóxica (SAP) proporciona atención psicolóxica profesionalizada, nas súas modalidades grupal e individual, obradoiros de desenvolvemento persoal, e outros servizos de apoio psicosocial achegados á poboación. O servizo busca proporcionar estratexias e recursos cognitivos e emocionais adaptativos para o cambio; así como, incrementar a autonomía e o crecemento persoal, e evitar a cronificación a través de:

- **Grupo psicoterapéutico:** tratamento terapéutico que lles proporciona aos seus usuarios/as nun formato grupal, entre outras achegas, a posibilidade de intercambiar inquiredanzas, experiencias e emocións, experimentar un proceso de aprendizaxe mutuo, na que cada un dos membros pode ser, pola súa vez, paciente e axente terapéutico. Os grupos están moderados por un profesional da psicoloxía, que desempeñan unha función básica como elemento de impulso á maduración e crecemento do grupo.
- **Atención psicolóxica individual,** nun proceso de comunicación entre o profesional (psicólogo/a) e o usuario/a, na procura do desenvolvemento das potencialidades da persoa, e o traballo no cambio de actitudes cara ao afrontamento da enfermidade e/ou discapacidade, relacións coa familia etc. Implica unha metodoloxía de contacto directo e persoal, fundamentalmente a través do diálogo,

establecendo unha relación terapéutica individual destinada a xerar un cambio.

ALCER NO FOGAR. SERVIZO DE ATENCIÓN NO FOGAR ESPECÍFICO EN ERC CON TRATAMENTO DE DIÁLISE DOMICILIARIA

ALCER no FOGAR desenvolve atención psicosocial no fogar na fase de adaptación ao tratamento substitutivo renal no domicilio, por parte de profesionais sanitarios coa finalidade de proporcionar un servizo de acompañamento específico, que permita que as necesidades sociais non condicionen a elección do tratamento de diálise, melloren a calidade de vida do/a doente renal e promovan a súa autonomía. O proxecto ven de recibir o 2.º premio Fresenius Medical Care en 2011.

BULE CON ALCER. PROGRAMA DE EXERCICIO FÍSICO E PSICOSOCIAL PARA PERSOAS CON ENFERMIDADES CRÓNICAS E FAMILIARES

Bule con Alcer promove a actividade física, a interacción social e o desenvolvemento persoal a través grupos de traballo de vinte participantes, onde se desenvolve un programa de exercicio que lle proporciona beneficios físicos, psicolóxicos e sociais á poboación destinataria, promove hábitos de vida saudables, e compensa as disfuncións instauradas pola enfermidade crónica que presenta.

- PARA TODAS AS IDADES
- PARA CALQUERA ENFERMIDADE CRÓNICA
- PARA PERSOAS CON ENFERMIDADES CRÓNICAS E AS SÚAS FAMILIAS

En 2012 alcázase os 11 grupos (20?25 participantes en cada un), entre 9 concellos/comarcas entre toda a provincia da Coruña. Algunhas das actividades que se desenvolven son as que seguen:

- Actividades de exercicio físico adaptadas (ximnasia funcional, pilates, danza do ventre, natación preventiva, Tai- Chi, Body- Flow, actividades deportivas, xogos etc.)
- Actividades na natureza
- Formación en recursos e prestacións, en habilidades sociais, en hábitos de vida saudable...
- Actividades de desenvolvemento persoal
- Titorías grupais

DOAR PALABRAS. SERVIZO DE PRÉSTAMO DE LECTURAS E NOVAS TECNOLOXÍAS NAS UNIDADES DE DIÁLISE

Doar Palabras proporciona unha alternativa de lecer, ademais de permitir o acceso libre e gratuíto á lectura de libros, revistas e xornais nas unidades de hemodiálise dos centros hospitalarios e, máis concretamente, no interior das unidades de diálise, constituíndose, deste xeito, como un servizo de préstamo diario. No 2013 perséguese a implantación tamén das novas tecnoloxías, proporcionando netbooks, notebooks, DVD etc. e material multimedia, coincidindo coa tamén incorporación dos sistema WIFI ás unidades de diálise.

ALCER7VIDAS. PROGRAMACIÓN DE SENSIBILIZACIÓN CARA A DOAZÓN E TRANSPLANTE, E PARTICIPACIÓN SOCIAL

A lexislación camiña máis rápido que a conciencia social; a sociedade necesita un proceso de adaptación, traballado a partir da sensibilización, na procura da normalización cara a unha actitude natural e humana cara a doazón, como un xesto propio e inherente ao ser humano, como é **dar vida**.

Cando os órganos dunha persoa sa fallan e non existe tratamento posible, a única solución é o transplante. Un doante cadáver pode salvar até 7 vidas (dous riles, corazón, pulmóns, páncreas, fígado, e agora, nalgúns casos tamén, intestino), ademais de mellorar moitas vidas (medula, córneas, osos, pel, segmentos vasculares etc.). A doazón en vida e a doazón cruzada tamén son hoxe en día unha realidade, así como os novos avances cirúrxicos, como a técnica laparoscópica.

O certo é que doar órganos é salvar vidas, o que non evita que en 2009, un 29% de familias negaran a doazón dos órganos do seu familiar falecido. Porén, **8 persoas entran ao día no programa de transplante (3000/ano)**. Entre as causas máis salientables con respecto ás negativas familiares atopámonos con que un 34,3% asegura non saber como facelo; un 23,9% temen non estar mortos no momento da extracción; un 10,9% temen a mutilación do corpo; un 5,6% decántase por un gran culto ao corpo e prefire “deixar os mortos en paz”; e un 3% sinalan relixiosidade extrema.

Desde o seu nacemento, cara 1976, e ao longo da súa andadura, até o día de hoxe, **a entidade conta xa con 28229 carnés de doador/a**, que mostran unha actitude en vida que transforma conciencias.

As estatísticas demostran que posuír o carné de doador/a reduce as negativas nun 99%, polo feito de que a persoa que o ten maniféstalle á súa familia a súa vontade de doar os seus órganos despois de falecer, e mostra unha actitude en vida que os seus familiares rara vez tenden a contradicir.

Algunhas das actividades que desenvolve **Alcer7vidas** son as que seguen:

- **Mesas informativas.** Colocación de mesas en lugares dunha importante afluencia de xente e en datas sinaladas como o Día do/da Doador/a de Órganos ou outras festividades, nas que se proporciona información sobre a entidade e a doazón e transplante de órganos e tecidos, dando a posibilidade de facer un carné, no que se manifesta a vontade de ser doador/a.
- **Formación especializada.** Xornadas, charlas, foros, cursos e conferencias sobre doazón e transplante de órganos e tecidos.
- **Proxecto Salvavidas** para centros educativos, co que se lles proporciona, como unha ferramenta práctica, aos alumnos/as e profesores/as do terceiro ciclo primario e segundo ciclo de ESO, información e recursos de aplicación específica na clase, promovendo unha visión global para a doazón e transplante de órganos a partir das perspectivas ética, científica e xurídica, destinada a promover actitudes máis favorables na comunidade educativa.

Por outra banda, un dos piares fundamentais do programa e da entidade é o grupo de **VOLUNTARIADO**, enfiado a través dun Plan de voluntariado 2012-2014, con 3 eixes principais: formación, captación e sensibilización.

No 2011, o traballo coordinado entre o equipo profesional, o grupo de voluntariado e a rede social provincial enfiada na provincia da Coruña, levou a obter algúns dos datos aquí sinalados.

Aínda que a ciencia avanza a pasos axigantados, **o presente radica na información e na solidariedade**. ALCER traballa en constante loita contra a indiferenza con tres armas básicas: **información, formación e participación social**, coa finalidade de sensibilizar a poboación xeral na doazón e transplante de órganos e tecidos como un xesto natural e propio do ser humano, ademais de promover a participación social activa nas actividades da entidade e do contorno da rede social que a rodea porque

DOAR ÓRGANOS É SALVAR VIDAS

DATOS DE CONTACTO

ALCER Coruña



- A Coruña:
Hotel de Pacientes do Complexo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC) As Xubias, 84, 4.º andar, 15006 - 981 298 759
- Ferrol:
Casa Solidaria, R/ Velázquez, 44, 6.º andar, 15403 - 673 460 331
- Santiago de Compostela: r/Manuel María, 6, 3.º andar
www.alcercoruna.org - info@alcercoruna.org
alcercoruna.blogspot.com - ALCER Coruña en Facebook

ALCER Lugo

R/ Infanta Elena n.º 11, Casa Clara Campoamor, locais 5 e 7, Lugo
- 982 243 231

www.alcerlugo.org - alcerlugo@cogami.com - alcerlugo@gmail.es

ALCER Ourense

R/ da Farixa n.º 7, 32005, Ourense - 988 229 615

www.alcerourense.com - alcerourense@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

Pedagóxica

- Antúñez, S. e outros: *Del Proyecto Educativo a la Programación de Aula*. Graó, Barcelona, Febreiro 1992
- *Temas transversales*. Praxis, Barcelona, 1977
- Arias, C. e Rial, M.^a: *Traballar por proxectos nas aulas de infantil e primaria*. Xerais, Vigo, 1996
- Lago, X.: *A programación de aula*. Xerais, Vigo, 1992
- Zabalza, M.: *Diseño y desarrollo curricular*. Narcea, Madrid, 1988
- Coll, C.; Pozo, J.; Sabia, B.; Valls, E.: *Los contenidos en la reforma. Enseñanza y aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitudes*. Santillana, Madrid, 1992
- Torres Santomé, Jurjo: *El curriculum oculto*. Morata, Madrid, 1992
- Durkheim, E.: *Educación y sociología*. Península, Barcelona, 1975
- Kemmis, S.: *El curriculum: más allá de la teoría de la reproducción*. Morata, Madrid, 1988
- Rosales, C.: *Criterios para una evaluación formativa*. Narcea, Madrid, 1984

Doazón e transplante de órganos e tecidos

- Degos, L.: *Los trasplantes de órganos*. Debate Dominós. Madrid, 1994
- Martín, A.; Martínez, J. M.; López, J. S.: “La donación en España: Un estudio sobre los aspectos psicosociales”. *ONT*, pax. 143-160, 1995
- Mosquera, F., Rodríguez, R.: “Doazón e transplante de órganos”. *A Saudiña*, n.º 7: páx. 2, novembro 2000
- Ríos Zambudio e outros: Campaña informativa sobre la donación y trasplante de órganos en escolares. *Atención Primaria*, volumen 21, n.º 9, pax. 79-82, maio, 1998

- *Preguntas e respostas sobre doazón e transplante*. SERGAS, Coordinación Autonómica de Transplantes de Galicia
- Pérez, J.: *El trasplante total*. Certeza, Zaragoza, 1998
- Informes y Documentos de Consenso promovidos por la ONT y la Comisión de Trasplantes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. ONT, Complutense, Marzo 2000
- *DonRiñón y sus vicisitudes*. Federación Nacional de ALCER. Madrid
- Preguntas e respostas sobre doazón de órganos. OCT do C. H. J. Canalejo, ALCER Coruña, ATHEGA
- Fojón, S. e outros: *Trasplante de corazón, guía del paciente*. Xunta de Galicia, xullo 1996
- Levine, D.: *Cuidados del paciente renal*. Interamericana. McGraw - Hill, México, 1993

CRUZ VERMELLA E O PROGRAMA DE FAMILIAS ACOLLEDORAS

*Mónica Devesa Fernández. Carmen Folgueira Fernández. Marta Pintos Magdalena.
Carmen Rey Naveira. Laurentina Zamorano García. Javier Ferreira Valenzuela. Traballadores
sociais do Programa de Familias Acolledoras da Cruz Vermella en Galicia*

A pesar do desenvolvemento dun marco de garantías sociais e xurídicas para a infancia existentes no noso país, seguen a existir situacións de vulnerabilidade onde sectores importantes da infancia sofren graves consecuencias da exclusión social nas súas diversas manifestacións.

Cruz Vermella, como organización humanitaria comprometida cos colectivos máis vulnerables, desenvolve proxectos encamiñados á protección da infancia que ofrecen respostas específicas á situación de desamparo e exclusión

A nosa rede en Galicia componse de 40 asembleas locais, 37.000 socios e 17.000 persoas voluntarias que colaboran con nós.

MARCO DO PROGRAMA

O acollemento familiar é un programa da Xunta de Galicia que xestiona dende 1995 Cruz Vermella. O obxectivo é **axudar a aquelas familias que atravesan unha situación de dificultade temporal** que lles impide atender correctamente os seus fillos e as súas fillas.

Este programa **busca que estes menores sexan acollidos** por unhas persoas que lles ofrezan o seu fogar, que lles dean os coidados, a seguridade e a educación que precisan e que lles permitan manter, se é posible, o contacto cos seus pais, nais ou con outros familiares.

O acollemento familiar, como recurso para a protección do neno e da nena, é unha posibilidade que se recoñece explicitamente na Lei 1/1996, de protección xurídica do menor, de modificación parcial do *Código civil* e da Lei de axuízamento civil (art. 173) e no marco lexislativo que desenvolveron as respectivas comunidades autónomas, que teñen descentralizada a protección á infancia (Lei 3/2011, de apoio á familia e á convivencia de Galicia).

O programa de Familias Acolledoras nace co obxectivo de atender as necesidades dos menores que se inclúen nel, polo tanto, procúrase darlle a resposta máis axustada a cada neno, nena ou adolescente, tendo sempre

presentes as súas características e procurando que permaneza na súa localidade, no seu colexio, no seu grupo de amigos, que manteña contacto coa súa familia etc. Só por interese do menor, excepcionalmente pódese, nun momento dado, tomar a decisión de separalo do seu ámbito.

ASPECTOS CLAVE NO ACOLLEMENTO

Cando dende os servizos de protección de menores se detecta unha situación sociofamiliar que provoca que un menor non poida ser atendido axeitadamente pola súa familia, os equipos profesionais da Xunta de Galicia traballan co obxectivo de atopar unha alternativa que propicie a axeitada atención das necesidades básicas do neno ou nena. A idade destes nenos e nenas vai dos 0 aos 18 anos.

De todas as solucións, sempre se vai procurar a que máis beneficie o menor que, coa súa propia historia persoal e familiar, terá unha situación única e especial.

A temporalidade

Todos os acollementos familiares teñen unha duración determinada, en función das necesidades e do problema que motivou a saída do menor da súa casa. Polo tanto, o acollemento durará o tempo que sexa necesario, ata a consecución e a resolución da situación. Poden ser estancias breves ou máis prolongadas no tempo.

É moi importante non confundir o acollemento familiar coa adopción, xa que esta última persegue a integración do menor nunha nova familia que substitúa a de orixe, mentres que o acollemento é unha situación de **apoio temporal** cun principio e cun remate prefixados de antemán.

Os acolledores non pretenden substituír a familia, polo que, sempre que sexa posible, tentarán potenciarse os contactos do menor con ela, de xeito periódico e directo.

Contactos coa familia de orixe

O obxectivo final do acollemento familiar é o retorno do menor coa súa familia, unha vez que foron superadas as diversas situacións que lle puideron dar lugar á adopción da medida.

Polo tanto, para que non se perdan os vínculos afectivos, durante o acollemento existirán contactos entre o neno ou a nena e a súa familia.

A familia acolledora é responsable de favorecer as relacións entre o menor e os seus pais para que os vínculos familiares dos menores non se perdan, senón que se fortalezan. Isto contribuirá positivamente na historia persoal do neno ou nena, así como no regreso ao seu fogar.

Polo tanto, deben evitarse situacións ou conversas conflitivas entre as familias, e apoiar e reforzar unha visión positiva e de comprensión cara ás circunstancias que atravesará a familia do neno ou da nena. Este aspecto do acollemento familiar é fundamental para o menor acolrido, que segue tendo unha historia individual, familiar e social propia.

MODALIDADES DE ACOLLEMENTO FAMILIAR

Cruz Vermella desenvolve o acollemento familiar en familia allea, é dicir, que as persoas que acollen non manteñen ningún vínculo familiar co neno ou nena. Pero existen outras formas de acollemento, tales como o acollemento en familia extensa, no que o neno é acolrido por alguén da súa familia (avós, tíos etc.) ou os acollementos de feito, nos que a familia delega de xeito espontáneo a garda dos seus fillos, mentres duran as circunstancias que lles impide facelo a eles (veciños, amigos...). En ambos os casos intervense coa intención de formalizar o proceso, mediante o correspondente contrato de acollemento, e de apoiar a evolución da convivencia do menor coa familia acolledora.

O acollemento familiar pode tomar diversas formas segundo distintos criterios:

- Atendendo á temporalidade:
 - SIMPLE: o obxectivo é o retorno do menor coa súa familia, polo que a situación da súa familia é máis susceptible ao cambio. É, polo tanto, de carácter temporal e, no caso de que non sexa posible o retorno coa súa familia, adoptárase unha medida de protección máis estable.
 - PERMANENTE: trátase dun acollemento a máis longo prazo, cun carácter máis estable, na medida en que se prevé que o retorno do neno coa súa familia é moi difícil debido a que esta non se atopa en situación de mellora.
- Atendendo ao tipo de convivencia cos acolledores:
 - DE DÍA: este acollemento terá lugar durante o día e o menor regresará coa súa familia pola noite.
 - DE FIN DE SEMANA E VACACIÓNS: este acollemento desenvólvese durante os períodos de vacacións e de fin de semana.
 - CON CONVIVENCIA PLENA: neste acollemento, o neno ou a nena convive coa familia durante a totalidade do día mentres dure o acollemento. É frecuente que os acollementos de convivencia plena comecen coa modalidade de fin de semana e vacacións, como canle de coñecemento dos acolledores e dos nenos e das nenas.

- **URXENCIA-DIAGNÓSTICO:** no que a integración do menor coa familia acolledora se realiza sen o período previo de adaptación (fins de semana e vacacións). Nesta tipoloxía a convivencia será durante un período de tempo moi determinado (de seis meses a un ano como máximo), mentres se busca a opción máis estable para o menor.

Pode presentar a súa solicitude para formar parte deste programa calquera familia, monoparental ou non, con independencia do estado civil, do número de fillos e fillas, da súa condición social, relixión, ideoloxía ou orientación sexual, e esixíranse os seguintes criterios de idoneidade:

- Ausencia de finalidade adoptiva. O acollemento é un feito responsable que demanda unha vontade clara de acoller, non de adoptar e que, pola súa propia natureza, non está destinado a satisfacer posibles expectativas de maternidade ou paternidade.
- Respecto e aceptación das características do menor, así como da súa familia de orixe.
- Capacidade necesaria para cubrir as necesidades físicas, psicolóxicas, afectivas e sociais do menor.
- É imprescindible que exista acordo por parte de todo o núcleo familiar de cara ao acollemento.
- A estabilidade emocional é condición indispensable para poderlle ofrecer ao menor o equilibrio que necesita.
- Solidariedade, capacidade de colaboración, compromiso e altruísmo.

O PROCESO DE ACOLLEMENTO

As persoas que queiran formar parte deste programa deberán dar os seguintes pasos:

1. Ponerse en contacto co equipo técnico de Cruz Vermella da súa provincia, que establecerá coas persoas solicitantes unha primeira sesión informativa na que se lles explicarán máis a fondo as características do programa e se lles facilitará a documentación necesaria para comezar o proceso.
2. Remisión ao equipo da solicitude oficial de acollemento, así como da documentación preceptiva.
3. Realización do proceso de valoración psicosocial (entrevista social, psicolóxica e visita ao domicilio).

4. Curso de formación previo ao acollemento no que, a través dunha reflexión colectiva, se analizan as cuestións máis importantes: reaccións máis usuais dos nenos e das nenas e da familia, o papel do equipo técnico no proceso, técnicas educativas e de resolución de conflitos...
5. Unha vez concluído o proceso, e coa idoneidade do Servizo de Menores da Xunta de Galicia, a familia inclúese no Banco de Familias, na espera dunha proposta de acollemento.

Cando a familia acepta a proposta de acollemento, inícianse os seguintes trámites:

- Proposta formal da familia acolledora ao Servizo Técnico de Menores (Xunta de Galicia).
- Entrevista para lle trasladar á familia toda a información sobre o acollemento que se vai levar a cabo.
- Presentación da familia do menor e dos acolledores, sempre que sexa posible e beneficiosa.
- Presentación do neno, nena ou adolescente e da familia acolledora, que terá lugar no centro onde reside o menor ou no propio Servizo de Menores e inicio de contactos.

Ao longo de todo o acollemento, o equipo técnico do proxecto manterá contactos periódicos coas familias e cos menores en acollida, para ofrecer a axuda e as orientacións necesarias no transcurso do proceso, así como para elaborar o informe de seguimento que lle será remitido ao Servizo de Menores.

Coa finalización do acollemento conclúe o proceso de apoio dos acolledores ao menor e á súa familia. Esta fase da medida comeza a preparala xa dende o inicio desta o equipo técnico de Cruz Vermella, o cal informa os acolledores dos cambios e das decisións que se van adoptando cara a realizar o peche do proceso da forma máis axeitada.

Os acolledores encárganse de trasladarlle ao menor esta información, fan fincapé nos seus aspectos beneficiosos e acompañándoo durante o proceso, anímanos e apóianos ante as dúbidas e/ou temores que poida presentar, xa que todo cambio, aínda que positivo, supón unha readaptación para os nenos e nenas.

Os motivos de cesamento do acollemento poden ser:

1. Retorno do menor coa súa familia de orixe por superación das causas que motivaron a separación.
2. Por decisión xudicial.

3. Por decisión da familia acolledora.
4. Por pedimento do titor ou dos pais que teñan a patria potestade e que reclamen a súa compañía.
5. Por decisión da entidade pública que teña a tutela ou garda do menor, cando o considere necesario para salvagardar o interese deste, logo de escoitar os acolledores (decisión do equipo de menores). Para isto será precisa unha resolución xudicial de cesación cando o acollemento sexa disposto polo xuíz.

A finalidade dun acollemento ábrele as portas á realización doutro e cada experiencia será única e enriquecedora para todas as partes que interveñen (menores, acolledores e familia).

ONDE INFORMARSE

CRUZ VERMELLA ESPAÑOLA

galicia@cruzvermella.org

Tfno.: 981 221 000 - Fax: 981 206 490

ENTREVISTA A IGNACIO IGLESIAS, M^a PAZ PÉREZ E MARGARITA CASTREJÓN. RESPONSABLES DE CONCELLERÍAS DE BENESTAR SOCIAL

Pepa Vázquez

De todas e todos é coñecida a importancia da política municipal nos servizos sociais, e como as persoas que levan as concellerías inflúen dun xeito crucial nestes.

Acostumados a situarnos na perspectiva técnica descoñecemos a perspectiva política de partido, por isto quixemos achegarnos a tres profesionais do Traballo Social que tamén son ou foron concelleiros.

Ignacio Iglesias.

Concelleiro de Benestar Social, Igualdade e Participación Veciñal. Concello de Teo, Anova Teo.

M.^a Paz Pérez.

Concelleira de Benestar e Emigración. Concello de Lalín, PP.

Margarita Castejón.

Ex-concelleira de Benestar Social, Educación e Vivenda, Concello de Pontevedra, PSOE.

1. SUPOÑO QUE O IMPULSO DA DECISIÓN DE PRESENTARSE A UNHAS ELECCIÓNS MUNICIPAIS VÉN DADO POLO COMPROMISO SOCIAL QUE IMPLICA PODER PLANIFICAR, EXECUTAR E AVALIAR POLÍTICAS SOCIAIS, CAL FOI A TÚA REFLEXIÓN SOBRE O FEITO DE CONXUGAR O TRABALLO SOCIAL E PARTICIPACIÓN DE PARTIDO? COMO NACEU A TÚA INQUEDANZA POR PARTICIPAR NUN PARTIDO POLÍTICO?

Paz Tanto a vertente social como a política teñen unha clara vocación de servizo público, de dedicación permanente e constante aos/ás nosos/as usuarios/as e veciños/as, sobre todo, no eido local por ser a admi-

nistración máis próxima á cidadanía, en definitiva, o compromiso co ser humano como centro de atención.

Unha das funcións dos servizos sociais é o estudo e diagnóstico social da comunidade, que implica a detección e análise das necesidades e das demandas explícitas e implícitas. Por iso que a profesión de traballo social transcenda a outros campos como o político supón unha vía para poder materializar e regular programas e proxectos que nos permitan mellorar a prestación dos servizos sociais e obter novos logros en materia de dereitos sociais.

O/a traballador/a social para unha maior eficacia e eficiencia das organizacións e dos seus servizos, e en beneficio das persoas usuarias e da comunidade, debe promover a participación na mellora das políticas sociais, na planificación e organización e nos procedementos e protocolos e nos estándares de calidade.

É importante que a nosa profesión difunda as nosas “boas prácticas”, non só como exercicio teórico, xa que temos moito que demostrar a outros colectivos. Sexamos creativos, realicemos unha maior investigación social, innovemos, aprendamos, ese é o noso futuro profesional traballemos no campo que traballemos.

Considero que o mellor é revalorizar a nosa praxe profesional, debemos ser capaces de comunicar unha imaxe positiva do traballo social para lexitimarnos socialmente. E isto pódese conseguir a través das directrices políticas, organizativas e de comunicación que propicien un coñecemento máis próximo e real da labor social que desempeñamos mantendo e cumprindo o compromiso cos valores de convivencia positiva, igualdade e xustiza social. Temos que desterrar o halo de marxinalidade que, en ocasións, rodea o traballo social empezando polos/as propios/as profesionais e seguindo polos/as responsables políticos/as por canto somos os que tomamos decisións normativas, organizativas e orzamentarias.

Marga Desde moi nova participei en asociacións de distinto tipo. Forno parte desa xeración que, educada nun colexio de monxas, naturalmente en pleno franquismo (nacín en 1947, facede contas), foi descubrindo paso a paso que aquel modelo social había que cambialo radicalmente. E os que sodes máis novos non sei se sabedes que ese camiño de aprendizaxe cara a posturas de esquerdas moitos e moitas fixémoslo en organizacións vinculadas á igrexa. Non é necesario aclarar que a xerarquía actual da igrexa católica non ten nada que ver con aquela outra comprometida cos postulados do Concilio Vaticano II e coa Teoloxía da Liberación.

Pero a pregunta é por que nun partido político. Pois é sinxela a resposta, porque os partidos políticos son as canles constitucionais para facerse cargo do goberno. E é que só desde o poder se pode facer realidade unha sociedade baseada nos valores que cada un defende, no meu caso son fundamentalmente a igualdade de oportunidades e a solidariedade.

Temos agora unha clara mostra de como un partido político no poder, con maioría absoluta, está modificando o modelo social e de convivencia, a gran velocidade, coa desculpa da crise, para implantar os seus valores.

Nacho O feito de militar nunha forza política, no meu caso, é unha consecuencia de pensar que eu podo colaborar en que este país mude cara a unha sustentabilidade social, económica e ambiental dende unha óptica nacionalista e de esquerdas. A implicación de ir nunhas listas con posibilidade de saír, e aceptar dedicarte á xestión pública durante catro anos, xa é outra cuestión. Aí xa pensas en planificar e implantar a visión política pola que levas traballando moitos anos. Pero custa moito, máis nestes tempos nos que parece que hai que desculparse por isto, pero tamén posibilita impulsar unha maneira de traballar no que creo. Conxugar a miña profesión e a militancia, vino sempre dende dúas ópticas. Por unha parte, procurar que o Traballo Social estivera sempre presente na axenda política dos servizos sociais da forza na que militaba, e que as cuestións de benestar social tiveran un enfoque, que aínda loxicamente político, non fose contrario ou alleo á coherencia técnica. E por outra que dende o Traballo Social se teñan en conta as dinámicas propias do proceso de participación político como parte determinante dos servizos sociais.

2. QUE VANTAXES LLE ATOPAS A SER TRABALLADOR SOCIAL E RESPONSABLE POLÍTICO DE SERVIZOS SOCIAIS?

Paz A visión global e globalizadora do traballo que se desenvolve nunha concellería dedicada á área social inflúe favorablemente á hora de marcar directrices e de xestionala establecendo as prioridades con criterios obxectivos e en función das necesidades detectadas na realidade social.

- O exercicio do traballo social tamén achega os mecanismos axeitados para unha análise profunda e exhaustiva desa realidade social que, aínda sendo diferente e heteroxénea dun territorio a outro, ten unhas características comúns.
- Coñecemento exhaustivo dos procedementos e dos protocolos de actuación en materia social o que posibilita claridade e firmeza na toma de decisións políticas, na procura de novos recursos baixo os principios de eficacia e eficiencia.
- Maior empatía, habilidade fundamental para o trato interpersoal, que constitúe un dos piares da política social.
- Aplicación da capacidade asertiva no trato e na relación cos/coas nosos/as veciños/as.
- Utilización de estratexias e accións comunicativas para incidir nas actitudes e valores sociais que favorecen a convivencia e a integración social.

Marga Véxolle moitas vantaxes. Cando te fas cargo dunha responsabilidade política non é indispensable, evidentemente, que sexas un profesional do ramo. Pero ao selo favorece a comprensión das situacións, contas con elementos para facer propostas que respondan ás verdadeiras necesidades do sector, coñeces as dificultades dos profesionais no exercicio da súa función, sabes que a maior parte da labor é pouco lucida mediaticamente, que unha mellora nos medios dispoñibles pode favorecer a atención a máis persoas e atendelas mellor, e que iso merece a pena aínda que non teña transcendencia pública etc.

Mais que desvantaxes, a principal dificultade que eu vexo é que poida existir o risco de confundir funcións e caer no erro de tratar de facer intervención profesional desde un cargo público.

E non só de exercer senón de non respectar o espazo dos profesionais. Quen exerce a responsabilidade política debe saber que, aínda que sexa profesional do traballo social, non posúe a xefatura do servizo o que debe levar a clarificar as funcións de cada cal e a tomar decisións tendo sempre en conta o parecer dos profesionais

Ao falar das vantaxes e dificultades de ser traballador social. Diso derívanse as vantaxes e inconvenientes de non selo.

Concretaríao en que, como dixemos, e sexa cal fose a área de responsabilidade política, o ou a que a exerce debe saber que o primeiro é escoitar os técnicos para non tomar decisións que non se axusten á realidade das necesidades e aos medios de que se dispón.

No caso dos servizos sociais o risco engadido é que todo o mundo cre saber do tema e que a deriva que se pode tomar é a populista de procurar un achegamento aos cidadáns tratando os seus problemas sociais, aqueles que só deben ser estudados por profesionais, aplicando as técnicas oportunas e con absoluto respecto ao segredo profesional, que alcanza tamén ao político que non ten dereito a coñecer o contido das historias sociais e moito menos a divulgar o seu contido, cousa que se fai con demasiada frecuencia, sobre todo cando se trata de casos de relevancia social por escándalos ou alarmas de distinto tipo.

Nacho As vantaxes son evidentes, compartimos cos técnicos e coas técnicas linguaxe, enfoques e métodos de traballo, incluso cando non hai acordos debatemos en terreos comúns. Sabemos de que estamos a falar.

Os inconvenientes, que eu penso que son riscos, veñen da complexidade de separar o papel do político e o técnico. O meu rol non é de traballador social é de concelleiro, e teño que ter unha visión a outro nivel, sempre pode haber a tentación de intervenir... hai que estar moi vixiante con isto. Nalgún momento, unha concelleira de servizos sociais, me dixo que era mellor non pertencer a este ámbito para poder facer unha boa xestión política, xa que era mais libre na toma de decisións, non estaba tan atada a

conceptos profesionais. Eu penso que isto non é así, pero o que non podemos facer é unha xestión política pensando dende a visión dun traballador social. Do mesmo xeito, que non podería ser xerente do COTSG dende o rol de militante dunha organización política

3 QUE LLE DIRÍAS A AQUELES RESPONSABLES POLÍTICOS, DE SERVIZOS SOCIAIS, QUE NON SON TÉCNICOS?

Paz A política social non é, ou non debería de ser, un eido exclusivamente limitado á formación social. Precisamente se pretendemos eliminar a “estigmatización” da área non pode actuar como un compartimento estanco e alleo ás achegas que outros eidos lles poden dar, respectando sempre os principios básicos e os valores indivisibles e universais da dignidade humana, da liberdade e da igualdade contemplados na Declaración Universal dos Dereitos Humanos.

Independentemente da súa formación, os/as responsables políticos/as da área social deberían ter claro o cumprimento dun obxectivo prioritario que é a incidencia na transformación das realidades individuais, familiares e comunitarias en prol do benestar.

É importante impulsar o desenvolvemento de políticas sociais que promovan ás persoas, que garantan os dereitos sociais máis alá da concesión de prestacións, creando alternativas e xerando novas iniciativas que permitan rendibilizar ao máximo o potencial do ser humano. Sería interesante desterrar a asociación servizos sociais - prestacións económicas que, aínda que é certo, solucionan as necesidades a curto prazo quedarían incompletas senón se acompañan de medidas estruturais que as consoliden. Debemos reforzar esta consolidación a través dos diversos mecanismos cos que os órganos representativos, dos que formamos parte, contamos : a potestade lexislativa e a executiva, a creación ou xestión de novas vías de financiamento e de colaboración, o desenvolvemento de iniciativas e itinerarios de integración social...

As e os responsables da área social debemos de garantirlles aos cidadáns unha mellor atención dende todas as perspectivas, proximidade, transversalidade e tratamento social fronte a situacións de vulnerabilidade social. Somos unha peza importante no impulso do cambio social traballando na promoción da calidade de vida, na resolución de problemáticas nas relacións humanas para incrementar o benestar. En definitiva somos persoas que traballamos con outras persoas para a sociedade cunha importante implicación profesional pero tamén persoal.

Nacho Que escoiten os profesionais, que os obxectivos que nos marcamos nas intervencións políticas son máis factibles e accesibles se os conseguimos a través dun traballo profesional serio. Por outra parte, estamos nun momento que ante a debilidade do sistema de servizos sociais, temos

que buscar solucións e rutas dende o Traballo Social, e isto que mellor o pode implantar somos nós.

4. GUSTARÍAME QUE NOS CONTARADES ALGO QUE QUEIRADES COMPARTIR COS COMPAÑEIROS E COMPAÑEIRAS DE PROFESIÓN QUE LEN FERVENZAS.

Paz O traballo social e o exercicio da política no eido social comparten unha finalidade, que é a de traballar de cara (non de costas) á realidade, para acadar unha sociedade máis xusta e máis equitativa, tendo presente que as sinerxías dos poderes públicos deben de estar ao servizo dos cidadáns.

É destacable o labor de creatividade que exercitamos día a día, dado o momento social e económico que estamos vivindo, para manter os recursos dos que dispoñemos e para ofrecer novas alternativas que redundan no desenvolvemento do ser humano tanto a nivel individual como colectivo.

Nacho Eu estou afeito a abordar as cuestións de traballo e conflitos nos concellos dende a óptica dos compañeiros e compañeiras, defendendo os seus intereses profesionais e laborais, tanto individuais como colectivos. Agora tócame velo do outro lado e os conflitos, inherentes a calquera relación de traballo, teñen dimensións distintas. Estou evidentemente falando de relacións serias e rexidas polo respecto. Agora vexo máis a responsabilidade, a soidade e as inseguridades dos concelleiros e concelleiras na toma de decisións, e entendo estratexias que as persoas elaboran para afrontalas.

E por último, lembrar que cando se intenta facer unha política seria de benestar social, necesita da colaboración leal dos profesionais.



O ILÍMITE DE PENSARTE LIBRE

IAGO SANTALLA

Editorial Toxosoutos. 2009. 110 páx.

Iago Pérez Santalla é orixinario de Portomarín (1982), naceu con parálise cerebral que fai parte da súa identidade. Ao longo da súa vida foi vencendo etapas de cara á liberdade e á autonomía. Refire que no instituto tivo que empezar a organizar o seu recreo contando co apoio dos compañeiros. Na facultade (diplomouse en Educación Social pola Universidade da Coruña no ano 2005), aprendeu a aceptarse a si mesmo a través das conversas cos demais. No inicio da súa vida laboral (traballou na Empresa de Axuda a Domicilio Meular) coñeceu a independencia. Persoa de inquedanzas, remata no ano 2008 un *master* en Servizos Culturais na Facultade de Humanidades de Santiago e no 2011 un *master* internacional de *coaching* por IESEC-HUMAN. Ten varias publicacións así como colaboracións en xornadas e congresos de diversa índole (superación persoal, discapacidade, *coach*...). Recentemente (2011) publicou *O límite do potencial humano* xunto con Manuel Riveiro.

A través deste libro, Iago ábreille as portas ao seu interior, á súa intimidade, ao seu corpo, á alma e á mente para compartir e explicarlle ao lector a súa aposta pola vida e a construción da identidade e da autonomía. Dende o inicio refire unha orientación pedagóxica no escrito coa finalidade de que as persoas poidamos entender unha realidade descoñecida para moitos (a vivencia dunha discapacidade). O autor para percorrer esta autoconstrución interna válese dos demais, das conversas e do compartir conxunto, referindo dous piares básicos: a familia e os amigos. Enmárcase pois nun contexto social e de interacción.

Iago é un virtuoso da palabra, envolve o lector cun xeito de escribir propio, cunha identidade literaria caracterizada pola mestura axeitada entre o concreto e o abstracto, entre o real e o figurado, que lle serve de guía para expresar a realidade envolta de emocións e pensamentos, facendo que o espiritual e o material vaian da man nese recorrer do camiño. Recorre en varias ocasións a citas e textos doutros artistas que dalgún xeito marcaron a súa identidade (Zeca Afonso, Celso Emilio etc.) e que lle serven de base para explicar as ideas ou emocións.

O seu principal reto é a vida, a **posibilidade de ser**, e con esta liña no horizonte define o seu andar e as estratexias para avanzar no camiño.

Pero para chegar a este punto tivo primeiro que asumir a súa realidade. Neste proceso de autoaceptarse Iago explica un concepto clave dun xeito sinxelo e incluso agarimoso “a irreversibilidade (parálise cerebral) e eu chegamos a ser parella de feito e non de desfeito como viñamos acostumando”, a pregunta por que? invadiu todos os seus espazos sen atopar unha resposta convincente que o levou a pelexarse entre a fantasía e o ser, para optar finalmente polo ser. Xustifica a imposibilidade de fuxir eternamente e a necesidade de vivir a realidade para facer posible un futuro. Iago aprendeu a vivir coas súas limitacións fixo delas camiño e negouse á inutilidade, reivindicando os seus dereitos como ser individual e social. Irreversible significa para el o todo dunha vida pero que pode ser vivida plenamente. Dado que el non pode cambiar a dita irreversibilidade (parálise) demanda do contorno social un cambio tanto no físico (barreiras arquitectónicas) como na mentalidade (respecto dos dereitos, evitar a compaixón que o invalida aínda máis, aprender a apreciar a súa utilidade como ser).

Ao longo do libro reivindica o **recoñecemento da diferenza como algo positivo e enriquecedor**, e a importancia do recoñecemento do seu ser social. Fala da diversidade funcional como un xeito distinto de funcionar que pode achegar e construír a sociedade. Refire a súa loita persoal por acadar esa condición social que se nos presupón a todos, e que el ten que gañar no seu día a día. Intimamente ligado a isto expón outra idea presente ao longo das páxinas, **non cree na inutilidade** das persoas dado que todas temos capacidade para dar e recibir algo nesta sociedade, polo tanto rexeita o ser/sentirse inútil dado que non existe, dado que é imposible non ser útil nalgún aspecto, é imposible non ter algo que compartir ou achegar, introduce así un novo concepto “valer para construír”. Di que as incapacidades nunca son totais e gardan algunha habilidade para enriquecer o mundo. Cre na imperfección das persoas e na necesidade dun formarse no día a día, para construír así un camiño de experiencia sempre por rematar.

Fala dunha barreira infranqueable e mutiladora que é o **rexexitamento**, definido como sentimento de estrañamento no teu propio contorno e como un pulso continuo entre o calar e rebentar ante quen te está mancando. Introduce emocións como a resignación a cal non acepta como vía, e clarifícaa fronte á aceptación que vai ligada a dereitos e responsabilidades. Vinculado ao rexexitamento aparece a integración, onde Iago defende a lei como seguro de vida e como acceso á autodeterminación a través do recoñecemento das capacidades. Introduce o termo **integración natural**, entendido como valorar o individuo, crer nel e formar parte da súa realidade dunha maneira firme e verdadeira. Participar de círculos sociais onde nos queren por como somos, onde nace o amor e a amizade, a loita conxunta, a estima e a confianza. É o cotián da vida. Por iso refire que a integración natural non pode ser lexislada. Fala da integración como un todo composto por dúas partes interdependentes e recíprocas, a integrada e a integradora. Refire a necesidade de coñecer para poder entender e integrar, dado que as barreiras mentais e os medos ante o descoñecido non permiten tra-

tar con naturalidade ás persoas con características diferentes, limitando a convivencia e o respecto. O modo de afrontar todo isto é a través de pequenos pasos, de facilitar e permitir o contacto na vida cotián, na casa, na escola, no barrio, cos veciños... así se vai construíndo a convivencia e a posibilidade de participar e ser parte. Nesa cotianidade que permite a integración natural atópase tamén o feito de que haxa persoas que te teñan en conta e outras que non.

Fala dos apoios, daquelas persoas representativas que condicionaron a súa vida. Agradécelle á súa **familia** a importancia de todos os recursos e opcións que lle ofreceron para mellorar a súa situación, os ánimos e a actitude de loita continua, ese respaldo incondicional que o suxeita cando o vento sopra en contra e fai que abanee. Respecto á familia tamén fala dun proceso que lle chama “reconstrución forzosa” para referirse á capacidade/necesidade de aceptación/adaptación do contorno familiar ás circunstancias/características vitais de cada un dos seus membros, así como á capacidade de facelos partícipes do contorno e polo tanto integralos neste. Outra importante influencia foi a dunha **mestra**, que lle ensinou a vencer dificultades e seguir no camiño, defínea como un antídoto ante a resignación, simboliza a confianza e a posibilidade dunha expresión libre e sen medos, a aceptación das emocións (positivas e negativas) unha actitude na vida, unha forma de estar e presentarse. A dita actitude optimista a reflíctelo lago no decorrer das páxinas, falando da posibilidade de elixir os camiños e cómo afrontalos, “de pintar os salgados en verde e seguir, de prenderlle unha candeia á escuridade”, da esperanza, das ilusión e dos soños que lle permiten vivir o momento. Así mesmo, refire tamén un apoio na **relixión**, aludindo en varias ocasións a Deus, no que cre e define como revolucionario e loitador, aínda que a critica e oponse á crenza no pecado coa que non está de acordo, lago baséase no sentido da humanidade como vínculo co mundo.

Nesta mirada interna que fai á súa persoa, lago recorda **experiencias** (e etapas vividas) que o axudaron a construír a súa identidade e autodeterminación, a ser consciente dos seus límites e das súas capacidades, e a converter as súas fraquezas en potencial. Fai fincapé nos campamentos onde aprendeu que a solidariedade sempre é recíproca e onde puido comprobar que formaba parte da colectividade.

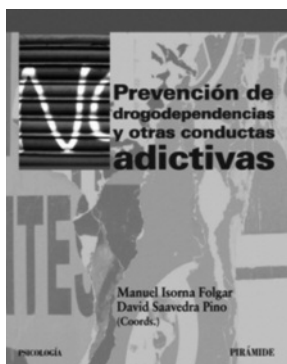
No seu discurso, tamén hai un espazo para unha perspectiva **médica** cando explica que para a ciencia el é un cúmulo de papeis e historia clínica que o definen como unha vida limitada, aínda que, esa mesma ciencia lle ofrece a posibilidade dunha melloría na súa situación, dado que a través das operacións (aínda que é consciente que non van a solucionar a base da súa situación: a irreversibilidade da parálise) permítenlle acadar maiores niveis de calidade de vida e independencia, aínda que acompañado moitas veces dun compoñente de dor física importante (nos procesos de recuperación).

Iago introduce o aspecto emocional ao longo do libro, e nun capítulo fala dos terremotos do corazón e da espasticidade (rixidez total do corpo difícil de controlar para el), referindo o difícil que é entender como distintas emocións (positivas ou negativas) teñen a mesma respostas espásticas. Cando fala das emocións enmárcase na **humanidade**, no potencial das apertas para posibilitar cambios positivos e combater a destrución e o dano. Afirma que as persoas estamos obrigadas á bidireccionalidade, a camiñar e construír xuntos. A importancia da emoción vinculada á autoestima e á posibilidade dun porvir mellor, a busca da felicidade fronte á desmotivación, á parálise e á negación de algo mellor. Fala do arrepentimento como vía cara á vida, como enerxía para modificar as cousas. A gran pregunta para Iago é como se buscan vías axeitadas para vivir as emocións, pregunta da que non ten resposta. Pero nin para esta nin para outros moitos interrogantes, o noso autor é quen de aprender e vivir con eles, e chega incluso a cuestionarse se na dúbida non hai camiño

Fala da utopía, dos sonhos, da ilusión, de proxectar un futuro posible que permita avanzar e chegar, fala de non poder parar, do dinamismo e da construción da vida a partir deste. É consciente da súa dependencia pero non a entende oposta á autodeterminación, senón que parte dela para acadar a súa liberdade. Parte da crenza en si mesmo (creo en min e nas miñas posibilidades de facer futuro), da autoconfianza (sintome capaz dos amigos e do porvir) e de proxectar sonhos nun futuro próximo alcanzable, di estar “borracho de identidade, borracho de horizontes”. Grazas a este proceso conseguiu deixar de fuxir e aceptar a súa realidade sen renunciar á súa vida e aos seus sonhos. Refire a importancia de non negarnos a nos mesmos, dado que de facelo só conseguiremos afundirnos máis e máis fondo, caendo na nada.

Remata o libro falando dun mar tranquilo e activo, cheo de capacidades, un mar de fragilidade e fortaleza no que se autodefine. Compara a **vida a un xogo de cartas** na que calquera xogo pode triunfar, o importante é saber xogar as cartas que che tocan. Culmina o libro afirmando que o único erro irreversible é o de negarnos a vivir, e o acompaña dun verso de Celso Emilio co que tamén inicia o libro: “A vida é un motor moi complicado e a morte unha solemne imbecilidade”.

Cando un remata de ler esta publicación, párase a pensar en cousas pequenas que poden supoñer grandes avances, como o sinxelo da aceptación a través do coñecemento ou como a integración na vida cotiá (integración natural). Permite abrir novas perspectivas así como, derrubar algunha barreira mental que ás veces condiciona o noso funcionamento. Achéganos á posibilidade dun porvir mellor, á importancia do ser social e da colectividade no desenvolvemento da persoa, á necesidade de estar e ser valorado, ao respecto e á convivencia, aos apoios... en definitiva, permítenos abrir un chisco máis os ollos en relación coa vivencia dunha discapacidade e cuestionarse acerca de cambios posibles (persoais e sociais) de cara a garantir a aceptación e integración da diferenza como elemento enriquecedor.



PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS E OUTRAS CONDUTAS ADITIVAS

Manuel Isorna , David Saavedra Piñeiro

Este manual cobre un oco na literatura profesional sobre a prevención das drogodependencias e outras condutas aditivas baseadas na evidencia científica. Esta obra vai dirixida principalmente aos profesionais da saúde e a educación que traballan en prevención e tratamento de drogodependencias e outras condutas aditivas e ao alumnado das ramas sociosanitaria e educativa que deben desenvolver competencias en distintos temas relacionados cos procesos preventivos de avaliación e intervención con persoas, maioritariamente novas, que van ter contacto, con toda seguridade, coas drogas, e a posibilidade de levar a cabo outras condutas con alto potencial de xerar adicións. Na obra, o lector atopará os fundamentos teóricos e prácticos da prevención eficaz baseada na evidencia, incluíndo as referencias directas aos programas preventivos, o que lle permitirá identificar rapidamente os procedementos máis eficaces e establecer a súa aplicabilidade nun breve período de tempo (da teoría á práctica profesional). Os capítulos do libro, escritos por profesionais de recoñecido prestixio nacional e internacional, organízanse ao redor de tres bloques. Os contidos do primeiro bloque están relacionados coa redución da oferta, é dicir, que medidas se tomaron e deben ser tomadas fronte á oferta de drogas na rúa. O bloque segundo trata sobre as repercusións persoais, familiares e sociais que está a carrexar o consumo de drogas e/ou determinadas condutas aditivas. Por último, no bloque terceiro evidénciase que programas ou medidas preventivas mostraron ser eficaces para reducir a prevalencia e incidencia da drogodependencia e doutras condutas aditivas.

ÍNDICE

Os diñeiros da droga. A lei da oferta e a demanda. Repercusións e consecuencias do consumo do tabaco. Consecuencias neurocognitivas do consumo de alcol. Repercusións e consecuencias neurobiolóxicas do consumo de cannabis. Repercusións e consecuencias neurobiolóxicas do consumo de opiáceos. Repercusións e consecuencias neurobiolóxicas do consumo de cocaína e éxtase. Deseño, planificación, xestión e coordinación dos programas de prevención de drogodependencias. Estratexias de prevención.

Evidencia científica sobre a efectividade das estratexias de influencia ou informativas en relación coa prevención dos consumos de drogas. Publicidade institucional e drogodependencias. Prevención efectiva das drogodependencias na escola. Evidencia científica dos programas de prevención do consumo de tabaco. Estratexias eficaces en programas de prevención do consumo de alcol. A evidencia científica na prevención do consumo de cannabis. Evidencias na prevención familiar. Das necesidades dos menores á intervención. A prevención selectiva no ámbito educativo e as boas prácticas. Programas de prevención de trastornos da conduta alimentaria baseados en probas (evidencia). As evidencias científicas no ámbito do lecer e do tempo libre. Programas de prevención das adicións comportamentais baseados na evidencia. A redución de danos. A estratexia preventiva sobre adicións no ámbito laboral.

CARACTERÍSTICAS DOS USUARIOS DE SERVIZOS SOCIAIS PARA MAIORES E PROPOSTA DUN MODELO DE ASIGNACIÓN A RECURSOS

Patricia María Iglesias Souto. Licenciada e Doutora en Psicoloxía. Profesora titular da Escola Universitaria de Traballo Social de Santiago de Compostela.

NATUREZA DO TRABALLO:

Tese de doutoramento

DIRECCIÓN:

Agustín Dosil Maceira e Eva M.^a Taboada Ares

ANO DE REFERENCIA:

2010

ACCESIBILIDADE AO DOCUMENTO:

Biblioteca Xeral da Universidade de Santiago de Compostela. Biblioteca da Facultade de Psicoloxía da Universidade de Santiago de Compostela. Biblioteca da Escola Universitaria de Traballo Social de Santiago de Compostela.

PALABRAS CLAVE:

Servizos sociais, Situación, Toma de decisións, Persoas maiores.

RESUMO

As persoas maiores conforman un dos colectivos que máis atención reciben por parte dos encargados da xestión das políticas de protección social, xa que son un dos principios demandantes de servizos.

Na situación actual, as necesidades dos maiores deben recibir unha atención de carácter integral e, dada a escaseza de recursos, a optimización destes preséntase como un obxectivo irrenunciable.

Esta investigación pretende contribuír a mellorar a atención social dos maiores. Para isto, pártese dunha avaliación de necesidades e desenvólvese un modelo de toma de decisións que guía a asignación das persoas maiores en situación de dependencia aos principios recursos destinados á súa atención.

A parte teórica do traballo divídese en cinco capítulos. O primeiro dos cales recolle a situación demográfica actual, caracterizada polo envellecemento da poboación, así como as principais características e necesidades dos maiores. En segundo lugar preséntase unha revisión sobre os sistemas de protección social da dependencia en España e dos principios servizos sociais para maiores dispoñibles na Comunidade Autónoma de Galicia. O terceiro punto céntrase na Valoración Xeriátrica Integral, como instrumento básico para a identificación das necesidades dos maiores, de xeito que logo poidan axustarse ás prestacións máis indicadas para darlle resposta. A continuación, recóllense os principais factores asociados ao uso de servizos sociais para maiores. Analízanse tamén os sistemas existentes para a clasificación destas persoas nos distintos sistemas asistenciais. No último punto realízase a proposta dun modelo de toma de decisións, que ten como finalidade guiar e orientar á persoa maior e/ou á súa familia á hora de elixir o recurso que mellor se axuste ás súas necesidades. O modelo está baseado en criterios de relevancia clínica e é o suficientemente parsimonioso como para que poida ser utilizado por calquera profesional do ámbito psicosocial.

MÉTODO

A mostra está formada por 632 maiores usuarios dos seguintes servizos sociais para maiores: servizo de axuda no fogar, centros de día, apartamentos tutelados e vivendas comunitarias, e residencias.

Para a recollida dos datos elaborouse un expediente de avaliación a través do que se obtivo información sobre as seguintes áreas: saúde, capacidade funcional, capacidade cognitiva, apoio social e vivenda.

A partir da análise destas variables e de acordo coas especificación do modelo de toma de decisións, realizouse unha nova asignación dos suxeitos aos servizos, para comprobar a pertinencia e relevancia das variables estudadas e para comparar as discrepancias entre os criterios de asignación a servizos que se utilizan na realidade e os propostos polo modelo.

RESULTADOS

Os resultados ofrecen, en primeiro lugar, un perfil amplo dos usuarios de servizos sociais para maiores e, en segundo lugar, permitiron comprobar que a clasificación actual dos usuarios difire moito da que se derivaría dunha hipotética aplicación do modelo. Isto pon de manifesto que, ou ben a situación actual das persoas maiores a servizos sociais se realizou sen ter en conta as variables fundamentais que deben guiala, ou ben, as limitación derivadas da escaseza de recursos da lugar a unha asignación de servizos que dista de ser óptima, e probablemente non sirva para atender debidamente as necesidades de moitos usuarios.

Trátase, en todo caso, de resultados preliminares e que constitúen tan só un primeiro paso de cara a desenvolver un sistema de clasificación óptimo a través do que se poida establecer a máxima concordancia entre as necesidades das persoas e as prestacións dos servizos.

MAREA LARANXA.

REIVINDICACIÓN COLECTIVA POR UNS SERVIZOS SOCIAIS DE CALIDADE

José Antonio Ramírez Amor. *Mediador Sociocomunitario*

O 15 de setembro unha marea laranxa levantouse sobre os seus pés e camiñou polas rúas de Madrid. Buscaban expresar o seu malestar, o seu cansazo e a súa indignación polos recortes que os diferentes gobernos lles impuxeron aos servizos sociais. Eses servizos sociais que adoitan ser a concellaría ou consellaría do gasto, que sempre necesitan máis e acaban facendo piruetas co esforzo persoal dos seus traballadores e traballadoras. Eses mesmos servizos que non dan tanto lustre ao responsable político correspondente como unha boa ponte ou unha praza con sinatura de urbanista, aínda que vivan demasiadas historias e logren axudar nalgúns.

Marcharon por Madrid porque algúns sen consultar a cidadanía decidiron que debemos salvar o país aínda que a maioría dos seus habitantes se doían baixo o peso dos esforzos continuamente solicitados, deixando na cuneta os máis vulnerables.

Durante moitos anos díxose que ninguén quedaría atrás. Ata Caixa Madrid emitiu un anuncio sobre este compromiso. Esa imaxe e esas declaracións están para ser recordadas.

Desgraciadamente, conforme a economía financeira se deterioraba, o ben común transformouse no ben do sistema bancario e os seus apancamentos. O corazón deste sistema que di ser o que máis eficientemente produce e distribúe bens e servizos, necesitaba o sangue para si, para evitar necrosarse. E condenamos ao resto do corpo social ao recorte ou directamente ao empobrecemento.

John Rawls no seu xa clásico libro *Teoría da xustiza* defendía que se unha persoa tivese que legislar sen coñecer se unha vez promulgada a lei esta o beneficiaría ou o prexudicaría, as súas decisións serían seguramente máis xustas. Rawls denominouno o *veo da ignorancia*, xa que o decide descoñecendo se a súa situación final será privilexiada ou non.

Pregúntome como propoñen as súas medidas os señores De Guindos, Montoro ou a señora Báñez. Se tivesen que volver decidir e lles dixesen aos tres que medidas tomarían sen saber se están no grupo dos privilexiados ou o do común dos mortais... que sucedería?

Seguramente os máis impetuosos legislarían a favor dos privilexiados porque lles parecería inconcibible caer do lado vulnerable da sociedade. Os

máis prudentes elixirían unhas políticas que suavizasen os esforzos da cidadanía, por aquilo do “se me toca”. Polo tanto, teremos que concluír que os ministros aludidos implantan estas políticas porque están onde están e son o que son: non se poñen nos zapatos do cidadán ou cidadá á que piden repagamentos, a paga extra de Nadal, que paguen 3 euros por quentar o *taper*, ou un IVE excesivo para os produtos de primeira necesidade.

Durante moito tempo as primeiras institucións de axuda social ou beneficencia eran unha prolongación do estado ou de poderes paraestatais co fin de dispoñer do control e a paz social. A Marea Naranja que se fixo oír en Madrid busca o contrario: dar ou amplificar a voz da cidadanía que ve os seus dereitos recortados e o seu futuro en risco. Marchan profesionais e cidadanía porque os dereitos quitáronllos a ambos os dous.

A Marea Naranja, tornada en Laranxa en Galicia, comezou coa asistencia dun grupo de profesionais ao II Foro de EAPN-Galicia. Un relatorio de **José Manuel Ramírez Navarro**, presidente da Asociación Estatal de Directoras e Xerentes de Servizos Sociais. Coa súa camiseta laranxa, gañounos con cada argumento ou dato que desentrañaba. Despois de varias explicacións documentadas sobre a desfeita sufrida nos servizos sociais por comunidades, díxonos: *“Nesta situación, por favor non miredes só o voso cu; así iríamos mal”*.



O **Colexio de Traballo Social** e o de **Educación Social** estaban ben representados no foro e entre todos cambiamos impresións do que oíramos, do que acontecera cos recortes noutras autonomías.

Así empezamos un traballo en rede: organizando e documentando información, fabricando as xa famosas camisetas laranxas, intentando implicar organizacións da sociedade civil que aceptasen o reto: o **Colectivo Encontro Benestar Social** de Pontevedra comezou o seu traballo de difusión creando unha páxina en Facebook específica cunha liña de traballo implicada na Marea Naranja. Establecéronse contactos con Aragón e A Rioxa, de onde se recibiu alento apoio e información sobre accións na rúa.

O 12 de setembro, tres días antes da manifestación en Madrid, o Colectivo Encontro acolle unha asemblea de representantes de institucións, ONG, traballadoras sociais, educadoras sociais, psicólogas, mediadores e membros da **Asociación Boa Vida Inclusión Activa**. Estes últimos xa se uniran ao movemento por moitas razóns, aínda que sobresaía unha: a Marea Naranja non é só unha mobilización profesional ou sectorializada: implica a sociedade civil e como tal, alí estaban elas e eles.

O resto da historia teremos que facela antes de escribila. Sen baixar os brazos, sen deixar que nos amedrenten, cos medios da paz e a palabra. Con moitas razóns. Sumando a máis organizacións e sobre todo persoas, seguiremos de naranxa/laranxa.

“CONDICIÓN S 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. *Reseña de Investigación Social* (incluíra fichas-resumo de teses ou tesíñas) Os apartados que debe ter son: Título, autor/a, natureza do traballo (tese), ano de referencia, accesibilidade ao documento (biblioteca no que se pode atopar a tese ou tesíña), palabras clave, síntese do contido, método e principais conclusións.
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 necesiten para a tradución dos resumos. O desenvolvemento do artigo terá como mínimo 10 páxinas e como máximo 30, incluíndo gráficos, táboas, bibliografía, etc.

Respectaranse as cursivas e negriñas que aparecen no texto orixinal do/a autor/a pero a edición non leva subliñados.

As **notas a pé de páxina** terán letra tipo Arial, tamaño 10 e interliñado simple.

Os **cadros, táboas, gráficos e figuras** terán que intercalarse no artigo e terán obrigatoriamente que presentar: numeración, título e fonte de procedencia dos datos (ó pé destes). Recoméndase presentar unha análise dos datos aparecidos en táboas, gráficos, etc.

As referencias **bibliográficas** do artigo presentaranse ó final do texto, por orde alfabética.

NORMAS DE PRESENTACIÓN DAS CITAS E DAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AS NORMAS PARA CITAR SON AS SEGUINTE:

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, empregáranse letras minúsculas para diferenciarlas 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

ALGUNAS REVISTAS DE TRABAJO SOCIAL EN ESPAÑA
SOME SOCIAL WORK SPANISH JOURNALS



TÍTULO: Revista Servicios Sociales y Política Social
ISSN: 1130-7633
EDITOR: Consejo General del Trabajo Social
PERIODICIDAD: Cuatro números al año
FECHA DE INICIO: 1984
WEB: www.cotrabajosocial.es
CORREO ELECTRÓNICO: revista@cotrabajosocial.es



TÍTULO: Alternativas. Cuadernos de trabajo social
ISSN: 1133-0473
EDITOR: Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad de Alicante
PERIODICIDAD: Anual
FECHA DE INICIO: 1992
WEB: <http://nua.ua.es/tspase/handle/10045/5269>
<http://diss.ua.es/es/alternativas/cuadernos/trabajosocial/>
CORREO ELECTRÓNICO: diss@ua.es



TÍTULO: Revista Canaria de Trabajo Social "Trazos, Horizontes y Alisios".
DEPÓSITO LEGAL: G.C.-1071-1996
EDITOR: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y AA.SS. de Las Palmas.
PERIODICIDAD: Cuatro números al año
FECHA DE INICIO: 2006
WEB: www.trabajosocialcanarias.org
CORREO ELECTRÓNICO: trazos@trabajosocialcanarias.org



TÍTULO: Trabajo Social y Salud
ISSN: 1130-2976
EDITOR: Asociación Española de Trabajo Social y Salud
PERIODICIDAD: Cuatrimestral
FECHA DE INICIO: 1989
WEB: <http://www.revistadetrabajosocialysalud.es/>
CORREO ELECTRÓNICO: suscriptores@revistadetrabajosocialysalud.es



TÍTULO: Trabajo Social Hoy
ISSN: 1134-0991
EDITOR: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Madrid
PERIODICIDAD: Tres números al año
FECHA DE INICIO: 1993
WEB: www.cotrabajosocial.com
CORREO ELECTRÓNICO: publicaciones@cotrabajosocial.com



TÍTULO: Portularia
ISSN: 1578-0236
EDITOR: Escuela Universitaria de Trabajo Social de Huelva
PERIODICIDAD: Anual
FECHA DE INICIO: 2001
WEB: www.portularia.com
CORREO ELECTRÓNICO:



TÍTULO: DTS. Documentos de trabajo social. Revista De Trabajo Social Y Acción Social
ISSN: 1133-6552
EDITOR: Colegio profesional de trabajo social. Málaga
PERIODICIDAD: dos números al año.
FECHA DE INICIO: 1993
WEB: http://www.trabajosocialmalaga.org/revistadts/acerca_de.php

CORREO ELECTRÓNICO: dts@trabajosocialmalaga.org



TÍTULO: Acciones e Investigaciones Sociales
ISSN: 1132-192X
EDITOR: Universidad de Zaragoza
PERIODICIDAD: Semestral
FECHA DE INICIO: 1991
WEB: <http://eueas.unizar.es/index.php?modulo=fichas&id=334>
CORREO ELECTRÓNICO: ais@unizar.es



TÍTULO: Cuadernos de Trabajo Social
ISSN: 0214-0314
EDITOR: Servicio Publicaciones Universidad Complutense de Madrid
PERIODICIDAD: Semestral
FECHA DE INICIO: 1987
WEB: www.ucm.es/publicaciones
CORREO ELECTRÓNICO: ctrabajo@trs.ucm.es



TÍTULO: Revista Galega de Traballo Social FERVENZAS
ISSN: 1698-5087
EDITOR: Colexio Oficial de Traballo Social de Galicia
PERIODICIDAD: Anual
FECHA DE INICIO: 1997
WEB: http://traballosocial.org/web/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=70&Itemid=364&lang=gl
CORREO ELECTRÓNICO: fervenzas@traballosocial.org

Consejo General
del Trabajo Social

ALGUNAS REVISTAS DE TRABAJO SOCIAL EN ESPAÑA
SOME SOCIAL WORK SPANISH JOURNALS



TITLE: JOURNAL SOCIAL SERVICES AND SOCIAL POLICY
ISSN: 1130-7633
PUBLISHER: GENERAL COUNCIL OF SOCIAL WORK
PERIODICITY: Four issues a year
START DATE: 1984
WEB: www.cgtrabajosocial.es
EMAIL: revista@cgtrabajosocial.es



TITLE: PORTULARIA
ISSN: 1578-0236
PUBLISHER: Faculty of Social Work of Huelva (Spain)
PERIODICITY: Annual
START DATE: 2001
WEB: www.portularia.com



TITLE: ALTERNATIVAS. CUADERNOS DE TRABAJO SOCIAL
ISSN: 1578-0236
PUBLISHER: Department of Social Work and Social Services, University of Alicante, Spain
PERIODICITY: Annual
START DATE: 1992
WEB: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5289>
<http://dtss.ua.es/es/alternativascuadernosocial>
EMAIL: dtss@ua.es



TITLE: Dsw. Documents Of Social Work. Journal Of Social Work And Social Action
ISSN: 1133-6552
PUBLISHER: Professional School Of Social Work, Malaga
PERIODICITY: two issues per year.
START DATE: 1993
WEB: http://www.trabajosocialmalaga.org/revista_dts/acercade.php
EMAIL: dts@trabajosocialmalaga.org



TITLE: Journal of Social Work Canaria "Strokes, Horizons and Trades".
DEPÓSITO LEGAL: G.C.-1071-1996
PUBLISHER: Association of Graduates in Social Work and AA.SS. of Las Palmas.
PERIODICITY: Four issues a year
START DATE: 2006
WEB: www.trabajosocialcanarias.org
EMAIL: trasos@trabajosocialcanarias.org



TITLE: Social Actions and Research
ISSN: 1132-192X
PUBLISHER: University of Zaragoza
PERIODICITY: Semiannual
START DATE: 1991
WEB: <http://eues.unizar.es/index.php?modulo=fichas&id=334>
EMAIL: ais@unizar.es



TITLE: Health and Social Work
ISSN: 1130-2976
PUBLISHER: Spanish Association of Social Work and Health
PERIODICITY: Quarterly
START DATE: 1989
WEB: <http://www.revistadetrabajosocialysalud.es/>
EMAIL: suscriptores@revistadetrabajosocialysalud.es



TITLE OF REVIEW: Cuadernos de Trabajo Social
ISSN: 0214-0314
PUBLISHER: Service of Publications of the Complutense University of Madrid
PERIODICITY: bi-annual review
START DATE: 1987
WEB: www.ucm.es/publicaciones
EMAIL: ctrabajo@trs.ucm.es



TITLE: Social Work Today
ISSN: 1134-0991
PUBLISHER: Official College of Graduates in Social Work and Social Assistants in Madrid.
PERIODICITY: Three issues a year
START DATE: 1993
WEB: www.comtrabajosocial.com
EMAIL: publicaciones@comtrabajosocial.com



TITLE: Galician magazine of Social Work FERVENZAS
ISSN: 1698-5087
PUBLISHER: Official College of Social Work of Galicia (Spain)
PERIODICITY: Annual
START DATE: 1997
WEB: http://traballosocial.org/web/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=70&Itemid=364&lang=gl
EMAIL: fervenzas@traballosocial.org

Consejo General
del Trabajo Social

Subvencionada por:

