Revista galega de

TRABALLO SOCIAL

fervenzas—24—

Colexio Oficial de
Traballo Social
de Galicia

Revista galega de
TRABALLO SOCIAL

fervenzas—24—

Colexio Oficial de Traballo Social de Galicia

Xunta de Goberno

Presidenta, Miriam Rodríguez Sierra
Secretario, Antonio Doval Canabal
Tesoureira, Maira Vilar Pumares
Vogal, Ana María Rodríguez
Vogal, Ana María Vilar Varela
Vogal, Isabel Fernández Lema
Vogal, Silvia Sanjurjo Constenla
Vogal, María Pilar Lema Rey

Responsable da edición Miriam Rodríguez Sierra

Coordinadora da edición Ana Mª Fungueiriño Carneiro

Mesa de redacción Mª Elena Puñal Romarís,
Mª Xosé Vázquez Vázquez
Ana María Rodríguez González,
Begoña Sánchez Roura,
Francisco Xabier Aguiar Fernández ,
Diana Escobar Arias

Edita Colexio Oficial de Traballo Social de Galicia
Rúa Dublín, 6, baixo, porta 3
15707 Santiago de Compostela
Teléfono: 981 56 81 00 I Fax: 981 94 18 98
E-mail: fervenzas@traballosocial.gal

Data da Publicación: Febreiro 2022
Imprime Sacauntos Cooperativa Gráfica

ISSN 1698-5087
ISSN eletrónico 2254-7657

Dep. Legal C-1.884/97

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

SUMARIO

LIMIAR Páx. 5

1. **Unha aproximación á intervención do Traballo Social Sanitario no período perinatal. Propostas de aplicación práctica para servizos de saúde.**
   M.ª de la O Fresco Torrente, Emma Lamas Maceira. Páx. 7

2. **As expresións teóricas do traballo social forense e as novas posibilidades da intervención social en e desde a Xustiza de Menores en España**
   Emiliano A. Curbelo Hernández, Rubén Yusta Tirado Páx. 35

3. **Saúde mental en menores tutelados: o papel do traballo social**
   Lucía Palacios Rodríguez Páx. 57

4. **O coidado das persoas maiores na provincia de Lugo: a pequena escala**
   Sagrario Fernández Méndez Páx. 87

PREMIO DIA MUNDIAL DO TRABALLO SOCIAL 2021
Modalidade Investigación

- **Necesidades sociais da poboación da zona rural norte. Visión dende o traballo social**
  Rosa Ana Baleirón Baamonde Páx. 113

PREMIO DIA MUNDIAL DO TRABALLO SOCIAL 2021
Modalidade Boa Práctica

- **Servizo de atención psicosocial urxente covid-19**
  Noela Lorenzo Gallego, Montserrat Rosales, Iria Camba e Tania García Páx. 145

PREMIOS DIA MUNDIAL DO TRABALLO SOCIAL 2021
Modalidade TFG/TFM

- **Persoas trans: unha realidade oprimida. Investigación cualitativa en traballo social.**
  Iago Aperador Páx. 185

SUMARIO

EN REDE
Programa Acompáñote. Cáritas interparroquial da Coruña **Páx. 223**

Asociación abuso e maltrato infantil no galicia "Amino.Gal" **Páx. 229**

ENTREVISTA
Noelia Ordieres. Traballo social e defensa dos dereitos dos e das pacientes ao final da vida
María Jesús Lago Vilaboa **Páx. 235**

RECENSIÓN DE PUBLICACIÓNS
A violencia contra as mulleres. Prevención e detección. Como promover desde os servizos sanitarios relacións autónomas, solidarias e gozosas
Ana María Rodríguez González **Páx. 241**

RECENSIÓN DE INVESTIGACIÓN SOCIAL
Ana María Rodríguez González **Páx. 245**

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

Limiar

Prezados/as compañeiros/as,

Chega as vosas mans o número vinte e catro da Revista Falega de Traballo Social *Fervenzas* no que se recompilan artigos de diversas áreas de intervención en plena actualidade no ámbito do traballo social.

A revista ábrese co artigo *Unha aproximación á intervención do Traballo Social Sanitario no período perinatal. Propostas de aplicación práctica para servizos de saúde* no que Mª de la O Fresco Torrente e Emma Lamas Maceira dan a coñecer a figura do/a traballador/a social sanitario na atención psicosocial das mulleres e das súas familias no período perinatal á vez que xustifican a importancia e necesidade da existencia deste perfil profesional nos equipos interdisciplinares de saúde.

Continúa a revista co artigo de Emiliano A. Curbelo Hernández e Rubén Yusta Tirado *As expresións teóricas do traballo social forense e as novas posibilidades da intervención social en e desde a Xustiza de Menores en España* no que se recolle a necesidade de dotar de novos paradigmas o traballo social forense neste ámbito co obxectivo de protexer o interese superior do menor. Para elo, recolle as correntes de pensamento máis habituais que sustentan a praxe neste escenario.

Tamén no ámbito de menores, Lucia Palacios en *Saúde Mental en menores tutelados: O papel do Traballo Social* aborda, a través dunha revisión bibliográfica, a teoría de Paul Gilbert sobre a intervención con mente compasiva e a súa potencial adaptación á intervención en Traballo Social, definindo as súas características e as funcións que os/as traballadores/as sociais poden desempeñar con menores tutelados con trastornos mentais.

No ámbito das persoas maiores, Sagrario Fernández Méndez en *O coidado das persoas maiores na provincia de Lugo: A pequena escala* achéganos un artigo onde se analizan os recursos existentes dirixidos ás persoas maiores

na provincia de Lugo para posteriormente propornos estratexias que permitan asentar un novo modelo de coidados baseado na proximidade e a socialización destes.

Destacar así mesmo os artigos premiados no Día Mundial do Traballo Social 2021: na modalidade de investigación, Rosa Ana Baleirón Baamonde con *Necesidades sociais da poboación da zona rural norte*. Na modalidade de boas prácticas, *Servizo de Atención Psicosocial Urxente COVID-19* de Noela Lorenzo Gallego, Montserrat Rosales, Iria Camba e Tania García e na modalidade TFG/TFM, o artigo de Iago Aperador *Persoas Trans: unha realidade oprimida. Investigación cualitativa en Traballo Social*.

Na sección en rede dáse a coñecer o Programa Acompáñote, integrado dentro do programa de maiores de Cáritas, que da resposta a aquelas persoas maiores que viven soas e se atopan en risco de exclusión social. E, a asociación AMINO: Asociación Abuso e maltrato infantil no Galicia que persegue o obxectivo de poñerlle voz á infancia maltratada e promover o bo trato á infancia.

Seguidamente, na sección entrevista, Mª Jesús Lago Vilaboa realiza unha entrevista a Noelia Ordieres Buarfa-Mohamed, unha traballadora social con formación en protección xurídica, emerxencias e peritaxe social que, leva máis dunha década militando na defensa a unha morte digna e a regulación da eutanasia.

Na sección de Recensións de Publicación, atoparedes una recensión realizada por Ana María Rodríguez González da reedición do libro *A violencia contra as mulleres. Prevención e detección. Como promover desde os servizos sanitarios relacións autónomas, solidarias e gozosas* escrito por Belén Nogueiras, Consue Ruíz-Jarabo, Cistina Polo, Fina Sanz, Juan Teresa Jiménez, Lourdes Mendi, Amelia Morales, Paloma Andrés, Pilar Babi, Pilar Blanco, Raquel Millán, Rosa María Arranz, Santiago Moreno, Sara Vicente e Antonia Aretio.

Pecha este número a ficha de investigación social da tese de doutoramento de Ana María Rodríguez González, titulada: *Midiendo la dependencia y su impacto en las personas cuidadoras*.

De novo, agardamos que este novo número da revista sexa do voso interese, e damos as grazas a todas as persoas que colaboraron na súa realización. Finalmente, alentámosvos a publicar nos próximos números de *Fervenzas* para contribuír á visibilización do labor profesional.

A mesa de redacción

UNHA APROXIMACIÓN Á INTERVENCIÓN DO TRABALLO SOCIAL SANITARIO NO PERÍODO PERINATAL. PROPOSTAS DE APLICACIÓN PRÁCTICA PARA SERVIZOS DE SAÚDE.

M.ª de la O Fresco Torrente.
Traballadora Social. Servizo Galego de Saúde.
Centro de Saúde de Pontedeume.

Emma Lamas Maceira.
Traballadora social.
Colexio Oficial de Traballo Social de Galicia.

RESUMO

O presente artigo pretende dar a coñecer e visibilizar a figura do/a traballador/a social sanitario na atención psicosocial das mulleres e das súas familias no período perinatal. Neste sentido, elabórase unha análise respecto das características desta etapa vital, a clarificación dos obxectivos de intervención, o enfoque, as funcións por parte do/a traballador/a social e a xustificación da necesidade deste perfil profesional nos equipos interdisciplinares no ámbito sanitario.

Finaliza presentando unha serie de propostas de aplicación práctica nos servizos de saúde.

PALABRAS CLAVE

Traballo social sanitario, período perinatal, indicadores de risco sociosanitario, equipo interdisciplinar, prevención.

RESUMEN

El presente artículo pretende dar a conocer y visibilizar la figura del/a trabajador/a social sanitario en la atención psicosocial de las mujeres y de sus familias en el período perinatal. En este sentido, se elabora un análisis respecto a las características de esta etapa vital, la clarificación de los objetivos de intervención, el enfoque, las funciones por parte del/a trabajador/a social y la justificación de la necesidad de este perfil profesional en los equipos interdisciplinares del ámbito sanitario.

Finaliza presentando una serie de propuestas de aplicación práctica en los servicios de salud.

PALABRAS CLAVE

Trabajo social sanitario, periodo perinatal, indicadores de riesgo sociosanitario, equipo interdisciplinar, prevención.

ABSTRACT

This article is aimed at informing about and highlighting the role of healthcare social workers in the psychosocial attention of women and their families during the perinatal period. In this sense, an analysis is given as regards the main features of this vital stage, the clarification of intervention objectives, the approach taken, the social worker´s duties and the justification of the need for this professional profile within the interdisciplinary healthcare team.

The article ends with a presentation of a series of practical proposals for their application in health services.

KEYWORDS:

Health social work, perinatal period, social health risk indicators, interdisciplinary teams, prevention.

"Mientras se debate a través de un tumulto de emociones ambivalentes, la mujer embarazada estará particularmente dispuesta a recibir el apoyo de otras personas. La futura madre suele desarrollar una fuerte transferencia hacia cualquier profesional que la respalde es este período, que el profesional tendrá que identificar y aceptar sin sentirse abrumado"

T. Berry Brazelton, B. Cramer 1993.

GLOSARIO

- Período neonatal: período desde o nacemento ata o 28 día de vida.

- Período perinatal: período que comprende desde as 22 semanas de xestación (154 días) ata o termo das primeiras 4 semanas de vida neonatal (28 días).

- Posparto ou puerperio: período que se abre a partir do parto e ten unha duración variable. A *Sociedade Española de Xinecoloxía e Obstetricia* (SEGO) utiliza a definición clásica e fala dun período de 40 días desde a finalización do parto. Outras definicións médicas establecen que dura entre 6 e 8 semanas tras o parto. Incluso hai quen fala do puerperio tardío, o tempo que tarda o corpo da muller en recuperarse, e que pode estenderse ata un ano tras o nacemento.

- Risco prenatal: segundo a Lei 26/2015[1], defínese como: "a falta de coidado físico da muller xestante ou o consumo abusivo de substancias con potencial aditivo, así como calquera outra acción propia da muller ou de terceiros tolerada por esta, que prexudique o normal desenvolvemento ou poda provocar enfermidades ou anomalías físicas, mentais ou sensoriais ao neonato.

- Risco sociosanitario: situación na que se atopan persoas, familias, grupos e comunidade que, sendo atendidas nos servizos sanitarios, presentan factores de risco social[2].

- Síndrome socio-sanitario: é aquel problema de saúde que se presenta nun/nunha paciente con demandas de atención e coidados múltiples, tanto médicos como sociais, en diferentes niveis asistenciais (primario,

[1] Lei 26/2015, de 28 de xullo, de modificación do sistema de protección á infancia e á adolescencia

[2] Carteira de Servizos de Atención Primaria do Servizo Andaluz de Saúde (2019)

hospitalario, saúde mental, servizos sociais etc.) que ten unha etioloxía plural (biolóxica, familiar, psicolóxica etc.), ante a cal o conxunto de servizos sanitarios e sociais é incapaz de dar unha resposta global e coordinada, o que provoca unha progresiva perda de autonomía do/a paciente. O síndrome agrupa un conxunto de manifestacións (demandas) de causa variada e a súa orixinalidade como problema estriba na incapacidade dunha abordaxe adecuada coa tecnoloxía organizativa habitual médica e social.

INTRODUCIÓN

Unha necesidade persoal e profesional

A presentación deste artigo xorde da experiencia persoal da maternidade, inevitablemente traspasada polo exercicio profesional como traballadoras sociais, así como da experiencia acumulada en distintos niveis asistenciais e cara a diferentes tipoloxías de persoas/familias e servizos dentro e fóra do Servizo Galego de Saúde.

As carencias observadas na atención psicosocial ás mulleres na etapa do embarazo, parto e posparto dende os diferentes servizos de saúde crean a necesidade de visibilizar esta situación e propoñer actuacións e enfoques alternativos a estas deficiencias dende o traballo social sanitario.

Á hora de poñer en valor este perfil profesional durante este proceso vital debemos ter en conta que o ámbito da saúde é un dos campos pioneiros do traballo social.

Orixe e concepto

Se consultamos as súas orixes, observamos que a súa inclusión no contexto da atención primaria de saúde a nivel mundial prodúcese como resultado dun proceso histórico, no século XIX, durante o cal a medicina se fixo cada vez máis sensible ao contexto social que rodea a enfermidade.

Debémonos neste senso ao doutor Richard C. Cabot (EUA) quen incorporou, xa no século XX (1905), a figura do traballo social nun hospital, en colaboración coa traballadora social Ida M. Cannon (EUA), creando o que se coñece como o primeiro departamento de “Servicio Social Médico” en 1907.

Nesta análise cabe destacar tamén pola súa importancia para a profesión neste eido, a orixe do traballo social comunitario, con grupos e co individuo e a súa familia.

O movemento settlement, liderado por Jane Adams (EUA) para o comunitario e o Casework de Mary Richmond (EUA) para o de caso, supoñen momentos trascendentais para o traballo social supoñendo a súa aceptación e recoñecemento como profesión e a súa sistematización.

En España, o proceso tivo as súas propias características e tiveron que pasar décadas para que a presencia do traballo social no sistema sanitario fose xeneralizado tanto a nivel hospitalario como de atención primaria.

No noso país, o primeiro "asistente social sanitario" foi contratado no Hospital Provincial polo Dr. López Ibor (Sollana, Valencia) en 1950. Foi a partir dos anos 60 cando comezan a aparecer traballadores/as sociais en hospitais, sendo Cataluña pioneira. Non será ata os anos 90 cando se inicien as contratacións en atención primaria de saúde.

En atención primaria de saúde xorden cambios importantes a partir do ano 1985, grazas á reforma sanitaria. Esta reforma, baseada na filosofía Alma-Ata (1978), introduce unha nova percepción da saúde como concepto integral, atendendo ao concepto biopsicosocial.

Esta intención xa fora plasmada na Carta Constitucional da OMS en 1946, presentando unha definición innovadora de saúde e de orientación positiva que recollía os aspectos físico, mental e social, sendo revisada para ampliar esta liña anos despois.

Con base en todo o exposto, obsérvase o cambio de modelo, pasando dun modelo biomédico de carácter clínico e centrado na cura de enfermidade a un modelo biopsicosocial, que abarca tamén o funcionamento óptimo dos niveis psicolóxico e social, e fai necesaria a participación e incorporación no proceso de recuperación de novos perfís profesionais do ámbito social.

A pesar deste recoñecemento da relevancia da esfera social na saúde, os comezos foron pouco valorados, e provocou que as funcións asumidas polos/as traballadores/as sociais fosen ambiguas, o que conduciu á creación de servizos de traballo social sanitario sen encargo específico.

En definitiva, o traballo social sanitario ocúpase dos aspectos psicosociais da persoa, a través do estudo, diagnóstico e tratamento dos factores sociais que concorren na promoción da saúde e na aparición da enfermidade das persoas, familias, grupos e a comunidade.

Promoción da saúde e participación comunitaria como principios

En canto á importancia da promoción da saúde e participación comunitaria reflectida neste artigo, tamén as diferentes conferencias mundiais organizadas pola OMS estableceron conceptos, principios e accións nesta liña. Nelas profundouse na definición de políticas que impulsen as contornas propicias para a saúde e na abordaxe dos determinantes da saúde. De todas elas, pódese destacar:

- Otawa (1986), onde se considerou que a promoción da saúde era unha estratexia fundamental para aumentar a saúde da poboación.

- Jakarta (1997), que destaca a creación de oportunidades que aumentasen a capacidade para promover a saúde, o apoderamento do individuo e a relevancia da promoción da responsabilidade social.

- Bangkok (2005), que identifica a necesidade de abordaxes con alianzas mundiais.

- Shanghai (2016), que pon fincapé no apoderamento das persoas en canto á promoción e control da súa saúde así como os determinantes que inflúen nela.

Recoñecemento do traballo social como profesión sanitaria

En novembro de 2020, o Ministerio de Sanidade anunciaba no programa de Políticas de Saúde e Ordenación Profesional a *inclusión do traballo social como profesión sanitaria para o ano 2021*, seguindo a modificación da Lei 44/2003[3], na que se prevía a regulación do traballo social como nova profesión sanitaria, pero a día de hoxe segue pendente, e o ministerio alega que esta inclusión non é unha prioridade[4].

A exclusión do traballo social da ordenación de profesións sanitarias, está sen dúbida relacionada e mantén como consecuencia, certa exclusión dos/as profesionais do traballo social dos equipos de saúde, dos órganos de go-

[3] Lei 44/2003 de 21 de novembro, de ordenación das profesións sanitarias (LOPS)

[4] Segundo o "Consello Xeral de Traballo Social" defínese o traballo social sanitario como: "un exercicio profesional diferenciado do doutras contornas e caracterizado por exercer de forma cotiá funcións de apoio e axuda a persoas e familias inmersas en procesos de dificultades de saúde, dirixir as súas intervencións á recuperación, normalización e adaptación social, centrar a súa práctica asistencial no incremento da autonomía e a recuperación da saúde, e garantir a toma de decisións responsable, respectuosa coa autodeterminación, individualización e ao ritmo que o proceso de cada individuo requira desde o respecto ás particularidades".

berno, consultivos e comisións de saúde, constituídos fundamentalmente por médicos/as e persoal de enfermería, relegando en ocasións os/as primeiros/as a unha figura profesional de apoio destes.

Esta situación estase a modificar lentamente, grazas á creación de servizos de traballo social con xefatura propia e capacidade de autogoberno, que polo momento son independentes e carecen dunha dirección que os apoie, impulse e unifique.

O impulso e o desenvolvemento da actividade profesional do traballo social sanitario na nosa comunidade autónoma durante moito tempo partiu das necesidades de apoio que teñen as estruturas e servizos nos que se conforma o Servizo Galego de Saúde, e nos que os servizos de traballo social como tal, acaban de chegar na meirande parte das áreas sanitarias, e mesmo inexistentes nalgunha delas, algo que non podemos esquecer para comprender a situación actual do traballo social sanitario en Galicia.

É indiscutible que a formación especializada é necesaria, pero na actualidade a oferta é escasa e custosa, e a ampliación da oferta formativa de cara á especialización en traballo social sanitario irá ligado ao recoñecemento do traballo social como profesión sanitaria.

Relevancia do traballo social de grupo e comunitario neste enfoque

Algúns acontecementos da vida poden ser tan abrumadores e complexos que exceden a capacidade de afrontamento das persoas de xeito individual, para o que o traballo social de grupo e comunitario poden amosarse efectivos.

Este artigo pretende poñer de manifesto, entre outros aspectos, a importancia do grupo e da comunidade para a intervención do/a traballador/a social sanitario/a coas persoas e familias no período perinatal, é dicir, exercer unha función de acompañamento profesional facilitando o sentimento de pertenza e comprensión así como diminuíndo o nivel de estrés que a adaptación á nova etapa pode xerar. Intervención social dende unha posición de igualdade, colaborativa.

1. MARCO TEÓRICO. CONTEXTUALIZACIÓN NO ESCENARIO NORMATIVO DO TRABALLO SOCIAL SANITARIO

É importante nesta análise facer un percorrido teórico e normativo, tanto en España como en Galicia, sobre a presenza da figura do traballo social no Sistema de Saúde e sobre a consideración da atención específica

a grupos especiais de poboación, entre os que destacan os/ás menores e ás mulleres xestantes.

Xa no Real decreto 137/84, de 11 de xaneiro, sobre estruturas básicas de saúde, foron reguladas as estruturas básicas de saúde *incluído* o *perfil do/a traballador/a social* entre os/as profesionais do equipo básico de atención primaria. Obsérvase xa unha nova orientación ideolóxica, que pon énfase na atención á saúde e non á enfermidade.

A Lei 14/1986, de 25 de abril, xeral de sanidade no seu artigo 18 recolle que as administracións públicas, a través dos seus servizos de Saúde e dos órganos competentes en cada caso, levarán a cabo as seguintes actuacións: *"Adopción sistemática de accións para a educación sanitaria como elemento primordial para a mellora da saúde individual e comunitaria, comprendendo a educación diferenciada sobre os riscos, características e necesidades de mulleres e homes, e a formación contra a discriminación das mulleres". "Tamén que os programas de atención a grupos de poboación de maior risco e programas específicos de protección fronte a factores de risco, así como os programas de prevención das deficiencias tanto conxénitas como adquiridas."*

Tanto a Lei 16/2003, de cohesión e calidade do Sistema Nacional de Saúde como o Real decreto 1030/2006 que establece a Carteira de Servizos Comúns do Sistema Nacional de Saúde, recollen que a atención primaria é o nivel básico e inicial da atención e comprenderá actividades de promoción da saúde, educación sanitaria, prevención da enfermidade, asistencia sanitaria, mantemento e recuperación da saúde, así como rehabilitación física e *traballo social*.

Facendo referencia ao Anexo II deste real decreto destácanse para esta análise as seguintes atencións e servizos específicos relativos á muller, á infancia e grupos de risco, poñendo fincapé nalgunhas delas:

- Atención ao embarazo e puerperio: captación da muller embarazada no primeiro trimestre de xestación e detección dos embarazos de risco, seguimento do embarazo normal, de maneira coordinada e protocolizada con atención especializada, educación maternal, incluído o fomento da lactancia materna, a prevención de incontinencia urinaria e a preparación ao parto, visita puerperal no primeiro mes do posparto para valoración do estado de saúde da muller e do neonato, prevención, detección e atención aos problemas da muller no climaterio.

- Actividades de prevención e promoción, consello e apoio para o mantemento da saúde mental nas distintas etapas do ciclo vital.

- Consellos xerais sobre o desenvolvemento do/a neno/a, hábitos nocivos e estilos de vida saudables.

- Educación sanitaria e prevención de accidentes infantís.

En Galicia, a Lei 8/2008, de 10 de xullo, de saúde de Galicia modificada pola Lei 8/2021, de 25 de febreiro tamén contempla no seu artigo 4 a "protección á saúde e a atención sanitaria ás persoas menores e ás mulleres xestantes non engadidas no apartado 1".

Outros dos dereitos recollidos relacionados coa prestación de servizos sanitarios (artigo 12) e que gardan relación con esta etapa vital son: o dereito á humanización da asistencia sanitaria, o dereito á educación sanitaria e á información adecuada que propicien a adopción de hábitos e estilos de vida saudables, o dereito das mulleres nos períodos de embarazo, lactación e menopausa a dispoñer de programas específicos e o dereito das mulleres á interrupción voluntaria do embarazo.

Tamén o artigo 14, sobre dereitos relacionados con grupos especiais contempla que *"as persoas menores, as maiores dependentes, as enfermas mentais e terminais, as enfermas que padecen enfermidades crónicas e discapacitantes, os e as pacientes diagnosticados/as de enfermidades raras ou de baixa incidencia na poboación e as persoas pertencentes a grupos de risco, en tanto que colectivos que deben ser obxecto de especial atención polas administracións sanitarias competentes, teñen dereito a actuacións e/ou programas sanitarios específicos e preferentes, os cales se executarán a través dos centros, servizos e establecementos do Sistema Público de Saúde de Galicia"*.

Por último, destacar o artigo 50, da atención primaria, que inclúe para esta, dentro do seu catálogo de servizos, as funcións e modalidades de atención seguintes:

- As atencións e servizos específicos relativos a programas integrais de atención a grupos específicos de poboación: atención á muller e aos anciáns.

- O traballo social cos usuarios e usuarias, en coordinación co sistema de servizos sociais.

Tal e como se pode observar, no ámbito da saúde sí está recollida a importancia da atención á muller e á familia durante o proceso de embarazo, parto e posparto, así como a necesidade de conectar e coordinar o sistema sanitario co de servizos sociais para dar continuidade á atención en circunstancias especiais.

O acompañamento e apoio psicosocial nesta etapa vital é fundamental. A maternidade e a paternidade supoñen un cambio, unha crise vital que en si mesma pode resultar estresante (gran responsabilidade, emocións encontradas entre alegría/ilusión e frustración/inseguridade…), e máis se cabe se a unimos outras condicións consideradas de risco sociosanitario que engadan dificultades.

Interiorizar os cambios sociais

Os cambios sociais non se producen inmediatamente coa regulación e publicación de nova normativa senón cando a propia sociedade os interioriza e os incorpora á súa cultura.

Nesta transición, o/a traballador/a social ten un papel fundamental, tal e como ven recollido na súa propia definición. FITS (2014)[5].

Con relación a isto e tendo en conta o contexto actual, os/as traballadores/as sociais temos a responsabilidade de participar na implementación real e efectiva destes cambios.

A recente regulación do permiso de paternidade equiparable ao de maternidade, as novidades recollidas na Lei de protección integral á infancia e adolescencia fronte á violencia, e todos aqueles outros cambios que se xeran, obrigan nesta liña o traballo social a estar en continua actualización, adaptación e evolución.

Tanto no primeiro caso coa promoción da corresponsabilidade nos coidados como no segundo coas medidas do ámbito familiar recollidas na Lei de protección *("promover o bo trato, a corresponsabilidade, o exercicio da parentalidade positiva, adquisición de valores e competencias emocionais, promover a atención ás mulleres durante o período de xestación e facilitar o bo trato prenatal, proporcionar un entorno obstétrico e perinatal seguro para a nai e o neonato, adoptar programas de promoción de formas positivas de aprendizaxe, proporcionar orientación, información e apoios"…*) o traballo social debe estar á altura e acompañar a sociedade neste proceso de cambio buscando un desenvolvemento saudable e integral así como unha relación/vínculo seguro co/a novo/a bebé para o seu desenvolvemento futuro, establecéndose como un referente de apoio neste proceso.

[5] "O traballo social é unha profesión baseada na práctica e unha disciplina académica que promove o cambio e o desenvolvemento social, a cohesión social, e o fortalecemento e a liberación das persoas. Os principios da xustiza social, os dereitos humanos, a responsabilidade colectiva e o respecto á diversidade son fundamentais para o traballo social. Apoiada polas teorías do traballo social, as ciencias sociais, as humanidades e os coñecementos indíxenas, o traballo social involucra ás persoas e ás estruturas para facer fronte a desafíos da vida e aumentar o benestar".

Enfoque

Partindo desta responsabilidade adquirida do traballo social e facendo referencia aos determinantes de saúde definidos pola OMS, pódese indicar, pola súa aceptación, que o contexto vital das persoas determina a súa saúde, o que inclúe a súa situación económica, educativa, laboral, o lugar e contorno onde viven, as redes de apoio coas que contan, o acceso a recursos sanitarios, os acontecementos vitais que atravesan, a súa cultura, xenética etc.

O embarazo, parto e puerperio non son enfermidades, senón unha etapa vital de grandes cambios. Dende esta perspectiva, e coa mirada posta na construción dun sistema de atención articulado dende un ENFOQUE SALUTOXÉNICO, presentamos esta aproximación ao traballo social sanitario na atención perinatal; unha atención centrada na promoción da saúde, na utilización e potenciación dos factores que lles permiten ás persoas reaccionar de modo positivo ante os cambios e crise vitais, circunstancias adversas ou, de ser o caso, problemas de saúde.

Diversos/as autores/as en España, tales como Francisco Rivera De Los Santos, Pilar Ramos Valverde, Carmen Moreno e Mariano Hernán6[6], concluíron que o binomio saúde-enfermidade é un continuo, un proceso de autorregulación.

Os/as autores/as fixan o establecemento da salutoxénese como modelo na Primeira Conferencia Internacional sobre Promoción da Saúde de Otawa-Canadá onde se definiu como o proceso que lles permite ás persoas incrementar o control sobre a súa saúde para mellorala. Defenden a influencia deste modelo, pese a non estar recollido de forma explícita na carta de Otawa. Nun artigo elaborado por estes/as autores/as, explican que no cambio de paradigma da atención sanitaria, o piar fundamental é o respecto aos dereitos humanos, a participación activa das persoas nos procesos de construción do seu benestar, do mesmo modo que os/as profesionais teñen un labor de apoio ao apoderamento das persoas, ofrecendo opcións, apoiando as súas decisións, e acompañando na toma de conciencia dos determinantes da saúde.

Obxecto da intervención do traballo social sanitario nesta etapa

O embarazo e o posparto son procesos xeralmente fisiolóxicos que revisten unha grande importancia tanto persoal, familiar como social. Coa atención e

[6] Seguiron ao médico e sociólogo Aaron Antonovsky no estudo do modelo e enfoque salutoxénico, pioneiro nos anos 70. *"Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos de salud.*

o apoio axeitados, a maioría das mulleres terán un embarazo e un puerperio satisfactorios e os/as bebés un desenvolvemento saudable que repercutirá no seu futuro.

Non obstante, todos os esforzos para previr complicacións foron postos na realización de actuacións prenatais durante a xestación, probas complementarias e de intervencións.

Non é así para o puerperio, que a pesar de ser un período moitas veces difícil para as mulleres e as súas familias e de grande importancia no desenvolvemento saudable dos nenos e nenas, suscita menos atención e oferta de coidados dos que posiblemente se precisen.

Ademais, non se confire importancia á necesidade dunha atención máis integral que contemple aspectos psicosociais.

A intervención do/a traballador/a social sanitario/a no período perinatal, xa sexa no ámbito da atención primaria ou hospitalaria, ten unha importancia fundamental nesta etapa vital como profesional de acompañamento e facilitador/a de recursos de apoio para que as familias podan afrontar este novo cambio nas mellores condicións. A detección precoz de dificultades, as carencias dende o embarazo, a planificación do regreso á casa co bebé, a creación do vínculo, a adaptación ás novas necesidades e roles, a xeración de benestar e redes de apoio e protección social, o apoderamento etc. son factores para ter en conta para reforzar a relevancia da intervención deste perfil profesional.

Ademais de abordar os factores psicosociais que rodean a este proceso e acompañalo, o traballo social presta atención e intervén ante posibles situacións de risco que se presenten.

Ana del Amo (2018), fai unha definición dos/as traballadores/as sociais perinatais nesta liña[7]: *"Las trabajadoras sociales perinatales acompañan a los individuos, las familias y las comunidades y responden a los problemas psicosociales que surgen durante el período de pre-embarazo hasta los primeros años del menor".*

O traballo social pode ir máis alá e non só quedar no acompañamento e atención de situacións consideradas de risco sociosanitario asociadas ao embarazo, parto e posparto, nas que se concentra a maior parte da demanda de actuación dos/as traballadores sociais por parte do resto de profesionais do sistema sanitario.

[7] Blog Rompiendo techos de cristal

A *National Association of Perinatal Social Worker* (NAPSW) marca catro obxectivos nos que o/a traballador/a social debería intervir durante este período:

- Traballar coas mulleres e as familias para avaliar as súas fortalezas e desafíos a medida que se aproximan á maternidade.
- Mellorar os efectos das dificultades psicosociais e médicas traballando directamente coa muller e a familia, ao mesmo tempo que lles axuda a acceder aos servizos de apoio a longo prazo cando sexa necesario.
- Axudar a crear relacións sas e nutritivas entre pais/nais e fillos/as.
- Avogar pola muller e a súa familia no ámbito da atención da saúde e na comunidade.

2. CARACTERÍSTICAS DESTA ETAPA VITAL CON RELACIÓN Á PRÁCTICA PROFESIONAL DO TRABALLO SOCIAL SANITARIO.

Atención sociosanitaria ante o nacemento

É básico resaltar a importancia da calidade da atención social e o acompañamento ás persoas en procesos vitais de envergadura, dos que se derivan cambios substanciais na vida das persoas e das súas familias, determinantes no seu estado de saúde, e que non por ser naturais están exentos de riscos de carácter biopsicosocial.

Do mesmo xeito que se foi desenvolvendo a atención sociosanitaria de calidade ante a morte, ou ante o afrontamento dun diagnóstico de enfermidade crónica, grave ou enfermidade rara, deberá tamén ocorrer o mesmo coa atención sociosanitaria ante o nacemento. Todas estas situacións vitais, tan diferentes en principio, comparten algo común: modifican enormemente as condicións de vida, laborais, de relación familiar e social, as necesidades, os recursos necesarios..., e estenden o seu impacto ao contorno familiar e social máis próximo. Sen ánimo de comparar os impactos dunha e outra situación, a atención sociosanitaria de calidade, integral e interdisciplinar, pode e debe estar presente en todas elas.

O traballo social conta cunha presenza tradicional no ámbito da saúde. Non obstante, no noso país, non é o suficientemente coñecido pola sociedade en xeral nin polo conxunto de profesións sanitarias. Na atención ás familias en período perinatal, e en xeral, esta especialidade debe ir moito máis alá do que inicialmente se espera de nós, da xeración e

prescrición de recursos, e colócase nunha situación privilexiada para a valoración das necesidades da poboación ante situacións vitais de crise ou estresantes e afondando, en primeira instancia, na prevención e na promoción da saúde.

Un xiro á visión asistencialista actual

A práctica profesional do traballo social sanitario foi derivando co paso do tempo nunha práctica de corte máis asistencialista, en detrimento da intervención social e atención comunitaria formulada nas súas orixes.

Xeralmente téndese a descartar a figura do/a traballador/a social sanitario, xa que se asocia exclusivamente coa mera tramitación de recursos e/ou para a atención de situacións de risco; o máis habitual é a valoración social e a resposta correspondente, é dicir, "demanda-resposta". Esta dinámica dáse a demanda das familias, persoas, ou profesionais cando se detectan factores de risco ou complicacións.

Como sinala Ituarte (2009) ao igual que Mellado (2008) a expectativa que se ten dos/as traballadores/as sociais sanitarios é que sexan capaces de solucionar unicamente todos os problemas vinculados aos recursos sociais, polo tanto, non se lles aprecia como parte do equipo sanitario.

Ante isto, desexamos incidir en que os/as traballadores/as sociais posúen a capacidade e formación axeitada para a intervención nos problemas psicosociais que se xeran no binomio saúde-enfermidade, dende unha perspectiva holística e non só na abordaxe das complicacións derivadas da enfermidade, senón tamén na fase diagnóstica que determina as causas da perda da saúde (recordemos que enfermar ten determinantes biopsicosociais) así como nos plans de prevención e de promoción da saúde.

Demostrar esta premisa é un dos desafíos aos que se enfronta a profesión, lograr o desenvolvemento do seu potencial nun contexto hostil á atención dos factores sociais que inciden na saúde, a través da práctica profesional, da formación especializada, e do incremento na participación nos equipos interdisciplinares.

Neste contexto resulta importante visibilizar e recoñecer o papel que desenvolve o/a traballador/a social sanitario dentro do equipo interdisciplinar, e que nós desexamos concretar nesta etapa vital.

Apóstase así, por dar un xiro á dinámica habitual máis asistencialista e recuperar a orixe da intervención social e comunitaria, concretamente neste período, que pode ser complexo por múltiples factores: incerte-

za e ansiedade na transición ao novo rol de nai ou pai en embarazos saudables, infertilidade, adopción, aborto involuntario/fetal/mortinato, morte neonatal, embarazos de alto risco, diagnóstico prenatal, neonatos prematuros/enfermos con necesidade de coidados especiais, adicciónns pola muller embarazada e/ou a súa familia, conflitos familiares, problemas legais, necesidades de saúde cognitivas, de comportamento ou mentais, a ambivalencia sobre o embarazo e a situación social etc.

Débese resaltar tamén a través desta análise a xeración da necesidade de que os/as traballadores/as sociais que traballamos con persoas e familias nestas circunstancias sexamos capaces de levar a cabo funcións que impliquen acompañar, soster, conter… á vez que potenciamos os recursos persoais internos, o fortalecemento da identidade materna/paterna dotando de estratexias axeitadas para os coidados, facilitando a adaptación aos novos roles e acompañando no afrontamento das dificultades, co que se logra así a homeostase desexada ante o distrés producido polas situacións de crise diversas indicadas anteriormente.

Con isto non tratamos de renunciar á análise e atención inmediata de situacións de risco de persoas e/ou grupos especialmente vulnerables, prioridade do traballo social, senón que propoñemos formar parte do proceso de apoderamento das persoas, da capacitación das persoas e familias para o afrontamento das situacións de crise e adaptación ás novas necesidades, do acompañamento e comprensión, da planificación, da crianza, da construción de relacións de apego sólidas, da intervención temperá coa díada nai-bebé como factor de prevención e protección para ambos, das relacións familiares sas, protectoras e corresponsables, da xeración do benestar, da creación de redes de apoio, do impulso á creación e desenvolvemento de recursos de apoio para as persoas, grupos e familias…

Despois desta revisión pódese considerar a importancia e necesidade da valoración psicosocial para acadar unha valoración global e integral da muller, do bebé e do pai ou parella, de ser o caso, nesta etapa vital, así como o acompañamento na adquisición de habilidades/capacidades de promoción da saúde familiar.

Este aspecto só pode ser valorado e diagnosticado polo perfil sanitario específico para esta función, o/a traballador/a social sanitario/a. Por este motivo, e baseándonos na finalidade deste artigo, manifestar a necesidade de apostar por este perfil profesional como parte dos equipos interdisciplinares para garantir o cumprimento do dereito a atención integral e aos coidados adicionais ou especiais, se fose o caso.

3. FUNCIÓNS DO/A TRABALLADOR/A SOCIAL SANITARIO/A NESTA ETAPA

Tras a revisión bibliográfica realizada pódese constatar que as funcións do/a traballador/a social sanitario/a non están claramente definidas nin consensuadas na atención xeral, tampouco para esta atención específica, polo que con este artigo pretendemos presentar e achegar unha posible clasificación das funcións que poderían ser atribuídas a este perfil profesional.

Para a elaboración propia da clasificación de funcións do/a traballador/a social sanitario nesta etapa atenderase a diferentes documentos que recollen diferentes aspectos e funcións para considerar.[8]

Tal e como se recolle na *Carteira de Servizos de Traballo Social Sanitario da Comunidade Valenciana,* propoñemos para Galicia e outros servizos de saúde ao/á traballador/a social como o/a profesional do equipo interdisciplinar que intervén ante as carencias e necesidades sociais que inciden no proceso de saúde-enfermidade das persoas, grupos e comunidades.

Debe ocuparse da atención e xestión das circunstancias sociais das persoas, das súas familias e do seu contorno, axudándolles a enfrontarse a estes cambios e a atopar o equilibrio entre os seus hábitos de vida e a nova situación. Encárgase tamén de promover a utilización dos recursos dispoñibles, xestionándoos e coordinando os apoios profesionais e institucionais necesarios.

Así mesmo, debe intervir na promoción da saúde e na prevención da enfermidade a través de programas de saúde na comunidade.

No período perinatal o traballo social sanitario ten que procurar que os procesos de xestación, adopción e crianza sexan desenvolvidos nas condicións o máis idóneas posible para acadar niveis óptimos de saúde (promovendo as relacións afectivas positivas na familia, a suficiencia de medios, os soportes familiares e redes sociais informais necesarias, o acceso a recursos sociais/educativos/sanitarios, a reorganización das familias ante situacións adversas…).

Ante esta visión da descrición xeral da función do/a traballador social sanitario nesta etapa, achégase no seguinte cadro unha clasificación de elaboración propia, segundo o nivel de atención, orientativa e con vocación de

[8] "Rol profesional de Trabajo Social en la atención primaria de salud y en la Instrucción n.º 3/06, que define el papel del trabajador/a social en la atención primaria de salud" elaborado polo Servizo Canario de Saúde no ano 2004, *Libro Blanco del Titulo de Grado en Trabajo Social* da Axencia Nacional de Avaliación da calidade e da acreditación (2004), *Cartera de Servicios de trabajo social sanitario Comunidad Valenciana AETSyS* (2012) e *Aportaciones del Trabajo Social Sanitario al sistema sanitario público de Andalucía* (2017).

mostrarse viva e aberta ás modificacións necesarias para responder á especificidade dos centros ou equipos de traballo e poboación atendida:

Táboa 1

Clasificación das funcións segundo o nivel de atención

Funcións	Atención Primaria (A.P.)	Atención Hospitalaria (A.H.)
Prevención e promoción da saúde	Creación e coordinación de grupos de apoio. Participación nas actividades de preparación á maternidade como parte do equipo interdisciplinar nos temas propios da atención social a mulleres e familias. Creación e mobilización de recursos. Promoción de activos de saúde. Acompañamento na preparación ante distintas situacións do ciclo vital. Participación na elaboración de plans de promoción da saúde dos centros de A.P. Coordinación continuada con centros de atención á infancia	Coordinación con A.P., detección de embarazos de risco social, falta de controis, apoio ao seguimento. Proposta, creación e mobilización de recursos, programas ou protocolos de atención, en función de necesidades específicas detectadas.

Información, orientación e asesoramento	Información e difusión do servizo prestado polo/a traballador/a social entre o resto do equipo. Información, orientación e asesoramento á familia sobre recursos e servizos do sistema de protección á maternidade e á paternidade, cobertura sanitaria, e outros recursos de atención social. Acompañamento no manexo do afrontamento ante diferentes situacións (toma de decisións, resolución de conflitos, mobilización de recursos…) tras o nacemento.	
Atención directa/ intervención	Intervención directa que se realiza coas persoas usuarias e pacientes a nivel individual e familiar a instancia destes/as, do/a TS, ou doutros/as profesionais dende o embarazo.	
Identificación e detección	Identificación de situacións de risco sociosanitario, mediante cribados, observación directa, coordinación entre profesionais etc. Valoración das necesidades das mulleres e familias tanto latentes como manifestas.	
Diagnóstico socio sanitario	Inclusión de indicadores/datos/variables na historia clínica: socioeconómicas e familiares que inciden na saúde. Interpretación: identificación de fortalezas e debilidades. Factores de risco e protección. Diagnóstico social	
Promoción do apoio social e comunitario	Impulso de redes sociais de apoio como recurso en saúde mediante a utilización dos grupos, ou por outros medios. Facilitación ao acceso aos recursos sociosanitarios e ás redes de apoio social e comunitario.	

Educación	Proporcionar os medios necesarios para o desenvolvemento integral de funcións e habilidades.	
Seguimento	Establecemento de consultas coincidentes con controis de saúde ordinarios. Acompañamento na consecución de obxectivos, previamente acordados coas persoas/familias.	Establecemento de consultas coincidentes con controis de saúde nos servizos de pediatría hospitalaria no período perinatal, para os casos de risco sociosanitario.
Coordinación sociosanitaria e inter-disciplinar	Coordinación cos recursos sociais da zona e especializados para ofrecer unha resposta integral. Coordinación con outros perfís sanitarios do equipo interdisciplinar. Coordinación A. H.	Coordinación cos recursos sociais da zona e especializados para ofrecer unha resposta integral. Coordinación outros perfís sanitarios do equipo interdisciplinar. Coordinación A.P.
Investigación e docencia	Promoción de actividades de investigación propia, difusión de resultados e participación en estudos. Participación en proxectos interdisciplinares. Colaboración, promoción e implementación de formación permanente. Intercambio de experiencias e boas prácticas	
Avaliación	De caso A nivel xeral: contexto social e de intervención	
Derivación	Facilitación da conexión con recursos e servizos especializados, e entre os diferentes niveis de atención sanitaria.	

PROPOSTAS:

Neste apartado preténdense elaborar unha serie de propostas para a mellora da calidade da atención integral das mulleres e das súas familias no período perinatal nos diferentes servizos e niveis de atención á saúde, buscando a súa proxección práctica e de utilidade para o exercicio profesional dos/as traballadores/as sociais que están a exercer neste sistema.

O enfoque que se presenta e as propostas teñen xa como referente o recollido en diferentes guías, estratexias e directrices nesta liña9[9], e todo isto ante a falta de incorporación dunha planificación e directrices claras para os servizos de traballo social neste senso.

Achégase cadro de propostas con dúas liñas de actuación diferenciadas (a inclusión da atención social do/a traballador/a social no proceso asistencial de atención ao embarazo normal e a inclusión da atención social do/a traballador/a social no programa de atención ao neno/a san/a) e unha proposta de protocolo de atención social continuada no período perinatal.

Táboa 2.

Liñas de actuación

Liña 1. Inclusión da atención social do/a traballador/a social no proceso asistencial de atención ao embarazo normal	Liña 2. Inclusión da atención social do/a traballador/a social no programa de atención ao neno/a san/sa
Uso da historia clínica, estruturada e coa inclusión dos aspectos psicosociais que lles facilite a todos/as os/as profesionais a avaliación prenatal a identificación de factores de risco psicosocial. Historial Ambiental Pediátrico OMS (PEH). Elaboración de xenograma-ecomapa.	Uso da historia clínica do bebé R.N. e inclusión de datos sociofamiliares para enriquecer e facilitar o control de saúde e a promoción da mesma desde unha perspectiva integral e personalizada.

[9] *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio" do Ministerio de Servicios Sociales e Igualdad* (2014), *Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva" do Ministerio de Sanidade e Política Social* (2011) e *Directrices da Dirección Xeral de Saúde Pública* (2003).

<table>
<tr><td rowspan="3">Ofrecer a todas as xestantes e ás súas parellas a oportunidade de participar nos programas de preparación ao nacemento co fin de adquirir coñecementos e habilidades relacionadas co embarazo, parto, posparto, neonato e lactancia.</td><td>Ofrecer durante o ingreso tras o parto información social de utilidade</td></tr>
<tr><td>Ofrecer a participación en actividades educativas tras o parto, dirixidas especificamente á prevención e á formación dos/as proxenitores sobre aspectos relacionados coa saúde, desenvolvemento persoal e familiar, relación cos bebés, afrontamento e superación de obstáculos e acceso a recursos asistenciais.</td></tr>
<tr><td>Programación dunha visita de control posparto para a valoración do contorno social e familiar.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Establecer un plan de visitas á consulta de A.P. co fin de facer unha valoración global do estado de saúde e sociofamiliar e o seguimento correspondente.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Establecer criterios para valorar a priorización das visitas dependendo das necesidades da muller e identificación de criterios para valorar situacións psicosociais que determinen a necesidade de coidados especiais ou adicionais.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ofrecer a participación en grupos de apoio preparto/posparto (xa existentes, nova creación, necesidades específicas — morte neonatal, discapacidades/dependencia—…)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Atención comunitaria: promoción de activos, coordinación con outros dispositivos...</td></tr>
</table>

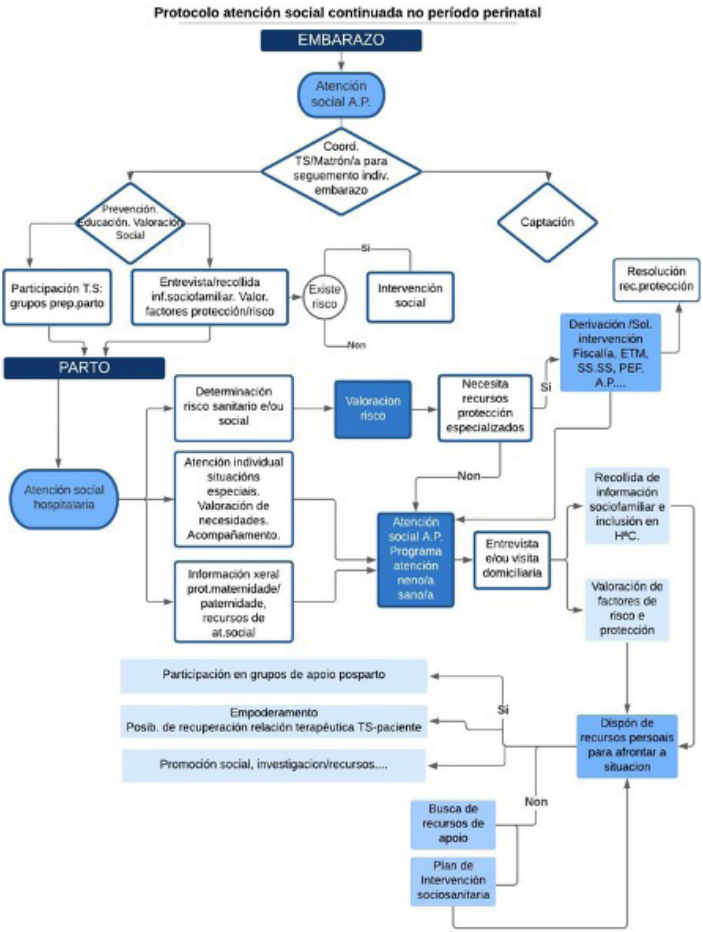
As propostas culminan así coa presentación deste protocolo, de elaboración propia, extensible a todos os servizos de saúde e niveis de atención así como ás etapas posteriores ao período perinatal, ata os primeiros anos do/a menor. Un protocolo de actuación para guiar a actuación e participación do/a traballador/a social e do resto de profesionais do equipo interdisciplinar na etapa de embarazo, parto e posparto baseado no principio de continuidade asistencial.

A súa aplicación teórico-práctica foi probada con diferentes casuísticas, entre as que se poden destacar as seguintes:

- Embarazo normal sen risco con factores de protección

- Embarazo con risco prenatal detectado en atención primaria (con ou sen controis).
- Embarazo con risco prenatal detectado en atención hospitalaria.
- Risco social detectado tralo parto en atención hospitalaria
- Parto con ingreso do R.N. en neonatoloxía (prematuridade, discapacidade/dependencia, outros).
- Embarazo ou parto con previsión de adopción (atención primaria ou hospitalaria).

Figura 1. Protocolo de atención social continuada no período perinatal



CONCLUSIÓNS

Tal e como se indicaba na propia introdución, coa existencia *dunha necesidade persoal e profesional,* sentimos a obriga de lembrar de onde vimos, e reflexionar sobre se isto pode ter algo que ver na situación analizada, e sobre o contexto social marcado polo patriarcado que invisibiliza e aparta todo aquilo que teña que ver co benestar e apoderamento das mulleres.

Os propios sistemas de protección, tamén o sanitario, poden presentar certos sesgos "ou descoidos" neste sentido, tanto de estrutura como a nivel profesional.

As mulleres víronse obrigadas a facer uso das súas propias ferramentas e habilidades persoais, e no mellor dos casos co acompañamento doutras mulleres das redes informais, para afrontar acontecementos vitais como é a maternidade e o nacemento. Este modo de afrontamento é positivo posto que contribúe á autonomía das mulleres na xestión da súa vida, da toma de decisións, superación de obstáculos e dificultades.

A día de hoxe isto segue acontecendo, sobre todo a causa dos cambios demográficos, económicos, sociais... e outros, e son as redes familiares e sociais cada vez máis débiles, inaccesibles, e mesmo inexistentes. Por este motivo, e co compromiso e responsabilidade que o traballo social ten sobre as persoas, este debe aproximarse a esta situación e facer uso do seu método para garantir o acompañamento para todas aquelas mulleres e familias que o precisen.

No contexto profesional que nos ocupa obsérvase unha falta de planificación en canto ao rol e funcións do/a traballadador/a social, así como ausencia de guías, programas e protocolos que guíen e homoxeneicen a intervención, a pesar de que as directrices de atención sanitaria á muller neste período tanto a nivel europeo, estatal como autonómico contemplan, definen e prevén este tipo de atención.

No que respecta a atención do período perinatal, esta falta de planificación e homoxeneización é se cabe, maior.

Achegámonos a unha etapa esquecida, marcada polo seu carácter sanitario e esquecendo a esfera psicosocial, tan importante para o benestar presente e futuro das nais, pais, parellas e crianzas.

Pretendemos con este artigo, mellorar a experiencia do proceso asistencial no período perinatal (extensible a etapas posteriores) e suscitar a reflexión das nais, pais, parellas, familias, dos/as traballadores/as sociais que exercen no sistema sanitario, do resto de profesionais implicados/as na atención deste período e do propio sistema e propoñer unha alternativa de

atención integral, interdisciplinar, continuada, preventiva, individualizada, especializada, comunitaria… baseada na evidencia clara sobre a efectividade do Traballo Social Sanitario na mellora dos resultados de afrontamento nesta etapa vital.

REFERENCIAS

- Axencia Valenciana de Salut (2012). *Cartera de Servicios de trabajo social sanitario Comunitat Valenciana*. Recuperado de http://www.san.gva.es/documents/157385/752399/Castellano_CARTERA_TRABAJO_SOCIAL_SANITARIO_C_V_tr.pdf

- Axencia Nacional de Avaliación da calidade e da acreditación (2004). *Libro Blanco do Titulo de Grao en Traballo Social*. Recuperado de http://www.aneca.es/var/media/150376/libroblanco_trbjsocial_def.pdf

- Consello Xeral de Traballo Social (2012*). Código Deontolóxico de Traballo Social*. Recuperado de https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico

- Consello Xeral de Traballo Social. *Definición de Traballo Social Sanitario*. Recuperado de https://www.cgtrabajosocial.es/Ejes_Estrategicos_ambito_intervencion_Salud

- Del Amo, A. (2018*). Rompiendo techos de cristal*. Recuperado de https://rompiendotechosdecristal.com/author/mamafenix/

- Francisco Rivera, F.; Ramos, P.; Moreno, C.; Hernán, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos de salud. *Revista Española de Salud Pública,* 85(2). Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000200002

- Lei 26/2015, do 28 de xullo, de modificación do sistema de protección á infancia e á adolescencia. *Boletín Oficial do Estado*, 180, do 29 de xullo de 2015.

- Lei 44/2003 do 21 de novembro, de ordenación das profesións sanitarias (LOPS). *Boletín Oficial do Estado*, 280, do 22 de novembro de 2003.

- Ministerio de Sanidade e Política Social (2011). *Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf

- Ministerio de Servicios Sociales e Igualdad (2014*). Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio.* Recuperado de https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf

- Servicio Andaluz de Salud (2017). *Aportaciones del Trabajo Social Sanitario al sistema sanitario público de Andalucía.* Recuperado de https://cadiztrabajosocial.es/app/webroot/files/cadiz/files/AREAS%20DE%20INTERVENCI%c3%93N/TS%20Sanitario/Aportaciones%20del%20TSS%20al%20Sistema%20Saniatrio%20de%20Andaluc%c3%ada.%20CATS%202017.pdf

- Servicio Andaluz de Salud. *Cartera de Servicios de Atención Primaria del Sistema Andaluz de Salud* (2014). Recuperado de https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios/atencion-primaria/iii-area-de-atencion-la-comunidad/1-atencion-la-comunidad/14-atencion-al-riesgo-social-en-salud

- Servicio Canario de la Salud (2006). *Rol profesional de Trabajo Social en la atención primaria de salud y en la Instrucción n.º 3/06, que define el papel del trabajador social en la atención primaria de salud.* Recuperado de https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs//content/96948615-ff9a-11e4-9e16-d107cd1682ec/Instruccion_3_06.pdf

BIBLIOGRAFÍA

- Abreu Velázquez, M.C.(2009). El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud. *Ene, Revista de enfermería.* 3 (2).

- Abreu, M.; Mahtani, V. (2018). Las funciones de los trabajadores sociales sanitarios en atención primaria de salud: evolución, redefinición y desafíos del rol profesional. *Cuadernos de Trabajo Social, 31* (2), 355-368

- Agencia Valenciana de Salut (2000). Protocolo de Trabajo Social en el Programa de embarazo-partopuerperio. *Revista de Trabajo Social y Salud.* 36. 147-173.

- Bobadilla, J.L; Bronfman, M. (1988). El apoyo psicosocial durante el periodo perinatal. Revisión conceptual y bibliográfica. *Revista Salud Pública de México, 30* (1)

- Castaño, L.; Cossent A. ; Martínez, C. (1994). El Síndrome sociosanitario. Estrategias de intervención ante un problema nuevo en salud pública. *Revista de Sanidad e Higiene Pública, 68,* 261-266.

- Colom, D. (2008). *El Trabajo social sanitario. Atención primaria y atención especializada*. Siglo XXI/ Consello Xeral de Traballadores Sociais.

- El parto es nuestro y Umamanita (2009). *Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal*. Recuperado de https://www.umamanita.es/guia-de-atencion-a-la-muerte-perinatal-y-neonatal/

- Fundación Meniños (2017). *Programa de atención prenatal e perinatal para nais en dificultade social*. Recuperado de https://www.meninos.org/prenatal_perinatal_es

- Hervás, A. (2010). *La participación comunitaria en Salud y el Trabajo Social Sanitario*. (tese de doutoramento), Universitat Oberta de Catalunya.

- Ituarte Tellaeche, A. (1990). Trabajo social en salud. Historia. Situación actual. Perspectivas.*Trabajo social y salud*. N.º 6. 21-61.

- Martín Benavidez, M.A (2016). *Las estrategias de intervención del Trabajo Social en relación a la Ley de Parto Humanizado y las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia. El caso de la Maternidad Martín* (tese de doutoramento), Escola de Traballo Social, Arxentina, Recuperado de https://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/8290/Benavidez%20Final.pdf?sequence=4&isAllowed=y

- Ministerio de Sanidade e Consumo (1996). *Codificación Clínica con la CIE-9-MC, Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud*. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion_clinica_n04_96.pdf

- Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade (2014). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Recuperado de https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf

- Nadal, D. *Trabajo social sanitario en infancia y adolescencia*. UOC. Recuperado de http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/77185/3/Intervenci%C3%B3n%20segun%20desarrollo%20vital_M%C3%B3dulo%202_Trabajo%20social%20sanitario%20en%20infancia%20y%20adolescencia.pdf

- Observatorio de Biopolítica. Grupo de Sanidad y Biopolítica-Profesionales por el Bien Común. *Conferencias mundiales de promoción de la salud*. Recuperado de https://biopolitica.net/2017/05/10/conferencias-mundiales-de-promocion-de-la-salud/

- Olza,I. (2017). *PARIR, El poder del parto*. (1.ª Ed.) Ediciones B.S.A.

- Pereiro Francisco, C. (2019). Funcións e tarefas do/a profesional do traballo social nun servizo de atención primaria de saúde. Análise, valoración e propostas de mellora da praxe en traballo social. *Revista Galega de Traballo Social. Fervenzas 21*

- Rodríguez González, A. M. (2018). La intervención social en el abordaje de la maternidad y paternidad desde el contexto de salud: la figura del/de la trabajador/a social sanitario/a. *Trabajo Social Hoy*, 85, 7-26.

- Rodríguez González, A.M. (2018). Sistema de protección social en la maternidad y la paternidad: la intervención social del/la trabajador/a social sanitario/a. *Trabajo Social Hoy, 85*, 7-26

- Sanchez, S. (2019). *La Imagen del Trabajador Social en atención primaria*. (TFG), Universidade Pontificia de Comillas, Madrid. Recuperado de https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/32318/TFG-%20SANCHEZ%20DE%20ANDRAS%2C%20SARA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Sociedade Española de Medicina de Familia e Comunitaria (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata*. Recuperado de https://www.semfyc.es/la-medicina-de-familia/alma-ata/declaracion/

- The National Association of Perinatal Social Working. Recuperado de https://www.napsw.org/

- Xunta de Galicia (2019). *Consulta preconcepcional e de atención ao embarazo normal. Proceso asistencial*. Recuperado de https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Consulta-preconcepcional-e-de-atencion-ao-embarazo-normal-Proceso-asistencial

- Xunta de Galicia (2008). *Guía técnica do proceso de educación maternal prenatal e posnatal*. Recuperado de https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/40/PMG05.pdf

AS EXPRESIÓNS TEÓRICAS DO TRABALLO SOCIAL FORENSE E AS NOVAS POSIBILIDADES DA INTERVENCIÓN SOCIAL EN E DESDE A XUSTIZA DE MENORES EN ESPAÑA[1]

"(…) todas as teorías e a ciencia do mundo
non poden axudar a ninguén,
tanto como un ser humano
que non teme abrir o seu corazón a outro".
(Elizabeth Kübler-Ross).

** Emiliano A. Curbelo Hernández*
Doutor en Traballo Social pola Universidade de Castela a Mancha, especializado en Traballo Social, forense
experto universitario en Ciencias Forenses aplicadas ao Traballo Social e en delincuencia xuvenil e en dereito penal de menores de idade

*** Rubén Yusta Tirado*
Doutorando en Traballo Social pola Universidade Complutense de Madrid e mestrado interuniversitario no Modelo de Atención Centrado na Persoa pola Universidade de Valencia

[1] Ao referirnos á xustiza de menores en España, estámola encadrado no marco da Lei orgánica 5/2000 reguladora da responsabilidade penal do menor e sucesivas modificacións, así como no seu regulamento de desenvolvemento 1774/2004, do 30 de xullo.

RESUMO

A necesidade de dotar de novos paradigmas o traballo social forense en e desde a Xustiza de Menores co obxecto de lograr unha maior protección e preservación do interese superior do menor, deberíanos levar a reescribir outros esquemas explicativos teóricos e innovadoras expresións prácticas que conecten con esas novas concepcións dimensionais dunha intervención social participativa e representativa e colaborativa e empática-emocional (Curbelo, 2020b, 2021b). E o devandito, obrigatoriamente, condúcenos a desvelar sucintamente as tres correntes de pensamento máis habituais en e desde o social-forense neste escenario: o paradigma lineal ou simplista ou asistencial, o paradigma complexo ou transformador e o paradigma humanista ou de dereitos que, indubitadamente, sustentan a praxe do contido da devandita intervención social. No texto, téntase escribir un novo caderno de bitácora desde un enfoque centrado na persoa menor de idade, desde os fundamentos desa ultramodernidade disciplinar dimanada da actual definición global de traballo social (FITS, 2014) e dos principios da declaración de principios éticos do traballo social (FITS, 2018), ambas aprobadas pola Federación Intencional de Traballo Social.

PALABRAS CRAVE

Traballo social forense, ultramodernidade, Xustiza de Menores, paradigmas, intervención social, expresións prácticas, modelo centrado na persoa.

ABSTRACT

The need to provide new paradigms to forensic social work in and from Juvenile Justice, in order to achieve greater protection and preservation of the best interests of the minor, should lead us to rewrite other theoretical explanatory schemes and innovative practical expressions that connect with these new dimensional conceptions of a participatory and representative and collaborative and empathic-emotional social intervention (Curbelo, 2020b, 2021b). And what has been said, necessarily, leads us to succinctly reveal the three most common currents of thought in and from the social-forensic in this scenario: the linear or simplistic or welfare paradigm, the complex or transforming paradigm and the humanist or rights paradigm that Undoubtedly, they support the praxe of the content of said social intervention. In the text, an attempt is made to write a new logbook from an approach centered on the minor person, from the foundations of that disciplinary ultramodernity derived from the current global definition of social work (FITS, 2014) and from the principles of the declaration of ethical principles of the social work (FITS 2018), both approved by the Intentional Federation of Social Work.

KEYWORDS

Forensic social work, ultramodernity, Juvenile Justice, paradigms, social intervention, practical expressions, person-centered model.

INTRODUTORIO ARGUMENTATIVO

O concepto "persoa" que, neste contexto, pode estenderse simplemente a "persoa menor de idade", máis aló de consideracións tales como infractoras, delincuentes, en conflito coa lei etc. debe comprenderse desde as súas características máis representativas como son a igualdade, a liberdade e a dignidade, desde ese dinamismo relacional que os aboca a vincularse "con outros seres humanos dos cales depende continuamente" (Martínez, 2006, p. 15). E se falamos de interdependencia, debemos manter a tendencia de incluír a todos os actores sociais participantes, polo que, o conveniente é aceptar os modelos teóricos e prácticos que se centren e conten con todos eles/as, especialmente, coas persoas menores de idade, desde esas novas innovacións sociais que permitan que "se convertan no eixe central das actuacións profesionais" (Carrera e Jiménez, 2014) a faise necesario o uso dunha metodoloxía que, segundo o aconsellado por Yusta (2017), debe pivotar sobre as bases da dignidade e o respecto ás características particulares destas, con base en enunciados que orienten o norte da acción social, desde o pensar e o facer, pero tamén desde o sentir, tendo en conta que, un acto ou vivencia "non reside só no noso presente, senón tamén no pasado e a fantasía do futuro, porque o acto reflexivo que lle confire sentido a unha vivencia constrúese, desde aquí e agora (…)" (Velasco, 2004, p. 169).

Ben se comprende que o indicado se relaciona con esa nova era da acción social da que fala (Molina, 2007) que, ao noso xuízo, non é outra cousa que esa ultramodernidade disciplinar que asume e aplica as miradas humanistas ou o enfoque de dereitos desde modelos "orientados a promover cambios na sociedade e nas propias persoas, o apoderamento e a defensa dos seus dereitos sociais, a través dos procesos dialécticos, participativos e colectivos" (Barranco, 2004, p. 83), débense asumir para iso os preceptos da ultramodernidade disciplinar recollidos na definición global de traballo social (FITS, 2014) que describe o traballo social, como unha profesión baseada na práctica e unha disciplina académica que promove o cambio e o desenvolvemento social, a cohesión social, e o fortalecemento e a liberación das persoas. Os principios da xustiza social, os dereitos humanos, a responsabilidade colectiva e o respecto á diversidade son fundamentais para o traballo social. Apoiada polas teorías do traballo social, as ciencias sociais, as humanidades e os coñecementos indíxenas, o traballo social involucra as persoas e as estruturas para facer fronte a desafíos da vida e aumentar o benestar social. Á súa vez, a devandita ultramodernida-

de tamén pasa por integrar o contido da declaración de principios éticos do traballo social (FITS, 2018), que recoñece un conxunto de principios e postulados éticos como o recoñecemento da dignidade inherente á humanidade, a promoción dos dereitos humanos, o desafío á discriminación e a opresión institucional, ás políticas e prácticas inxustas, o respecto pola diversidade, a construción de solidariedade, a promoción do dereito á participación e a autodeterminación, o respecto pola confidencialidade e a privacidade, así como tratar as persoas na súa totalidade e tender a unha integridade profesional democratizadora.

Comentado isto, as novas achegas epistémicos, deben superar os escollos presentes nas interaccións e realidades sociais maquilladas por esa natureza singular e global, por tanto, estes deben refuxiarse en teorías que xeren novas propostas e ideas, e permítennos (re)pensar outra análise reflexiva-dedutivo-interpretativa que nos sirva de ponte para transitar cara a modelos que acheguen novos aires ao escenario forense, e cobra especial relevancia a lóxica da razón, pero ademais, as esferas humanistas e empáticas-emocionais, prestando sustantiva referencia ás expresións experienciales e vivenciais que permitan recrear as prácticas sociais forenses desde formulacións máis próximas ao século XXI, respondendo con iso "(…) ás esixencias materiais e morais que parece impoñer a eclosión de nova cuestión social (…)" (Fernández, 2011, p. 52). Isto supón fomentar actitudes como a apertura persoal, espiritual, mental e social, o respecto por un mesmo e cara aos demais, a aceptación, o dialogo apreciativo e valorativo, o compromiso, a liberdade, a corresponsabilidade, a visión de futuro e os proxectos de vida.

E as bases substanciais do modelo centrado na persoa, normalmente aplicado no ámbito da xerontoloxía, non constitúen unha excesiva novidade, debido a que, gran parte do seu contido, conecta cos archicoñecidos fundamentos humanistas, polo tanto, a cuestión pasaría por extrapolar algunhas das súas consideracións a outros colectivos, ámbitos, escenarios e/ou contextos de actuación como o que nos ocupa e preocupa. E a implementación do devandito modelo non supón senón aceptar os postulados do traballo social desde esa estética da ética que prioriza a liberdade de elección e autodeterminación, a participación e o libre albedrío das persoas menores de idade para construír e elixir o seu propio destino e o seu propósito de vida, co acompañamento do traballador e a traballadora social como unha figura meramente facilitadora.

No contexto social forense, asumir algúns principios funcionais respecto das persoas menores de idade, supón cumprir cos seguintes criterios:

Táboa I

Algúns principios funcionais de actuación coas persoas menores de idade

Algúns principios funcionais de actuación coas persoas menores de idade	Protexer á persoa menor de idade de calquera forma de discriminación ou malos tratos. Considerar a persoa menor de idade como persoa suxeita a dereitos, tendo en conta a súa idade e as súas circunstancias. Promover e potenciar o seu desenvolvemento integral, normalizando a súa vida e favorecendo a súa autonomía persoal. Escoitar activamente a persoa menor de idade, facilitar a súa participación activa no procedemento penal e promover o seu desenvolvemento integral, co obxecto de contribuír a afianzar a súa responsabilidade, a súa autoestima e autorepresentación.

Fonte: Adaptación propia baseado en González (2018, p. 320).

En resumidas contas, os axiomas do devandito modelo, necesariamente deben imbricarse co principio do interese superior do menor, propiciar o apoderamento pacífico das persoas menores de idade, recoñecer e inculcar as súas competencias, capacidades, habilidades, destrezas, condutas, actitudes, desexos, pensamentos, criterios, poñendo o foco de atención nos factores protectores/evolutivos por encima dos factores (deas)protectores/involutivos, respectando ese conxunto de principios de pensamento e acción que protexan a dignidade, as garantías de dereitos e a pluralidade das condicións de vida.

1. A ULTRAMODERNIDADE DO TRABALLO SOCIAL: ANÁLISE DAS PRINCIPAIS EXPRESIÓNS TEÓRICAS EN E DESDE O TRABALLO SOCIAL FORENSE

O traballo social como disciplina técnica e profesional desde a cientificidade e a institucionalización da acción social, debe asumir os contidos dunha serie de paradigmas teóricos, entendidos como eses exemplos, ideas e

pensamentos que serven de referencia para alentar os ventos dunha innovación social, cuxos postulados se mesturan coas expresións prácticas da intervención social que se fan explícitas neste contexto social/xudicial/penal. O comentado supón destacar as nosas achegas desde as ciencias sociais e humanas (Curbelo, 2019, 2020a, 2020c) á Xustiza de Menores, en e desde esa "relación entre o social e o legal que estivo presente na profesión desde as súas orixes (…)" (Menéndez, et al., 2017, p 22). Desta forma, o construcionismo social, ao noso xuízo, está más próximo a este traballo social, debido a que, a partir das relacións sociais e humanas, xorden un encontro dialóxico, próximo e empático, participado por unha identidade igualitaria e uns sentimentos de aceptación, comprensión e compaixón cara a nós/as e cara ao outro/a.

Nesta dirección, para unha maior comprensión sobre as expresións teóricas que, desde o traballo social forense, en liñas xerais, fanse explícitas na Xustiza de Menores, seguidamente describirase sucintamente cada unha delas:

1.1 As expresións teóricas desde o paradigma simplista ou lineal ou asistencial en e desde o traballo social forense

Aínda que este paradigma parte de premisas carentes de escasas posibilidades transformadoras, achegando moi pouco á ultramodernidade do traballo social forense, estimamos necesario desenvolvela brevemente, dado que, por desgraza, adoita estar moi presente na cotidianeidade da práctica profesional. Desde esta visión, cabe dicir que, as persoas menores de idade que cometeron un delito, adoitan situarse en disímiles planos de igualdade que, para nada, procuran a conexión cos principios cardinais dos dereitos á reeducación e/ou resocialización, e, moito menos, xera procesos transformadores. E este tipo de perspectiva simplista, lévanos a xustificar e perpetuar os fundamentos dun traballo social tradicional que, entende a persoa menor de idade como obxecto, onde as súas circunstancias se abordan poñendo o foco de atención maioritariamente nos factores (deas)protectores/involutivos, máis non, prestándolles a atención debida aos factores protectores/evolutivos. Nesta dirección, o desenvolvemento e coidado do outro/a e polo outro/a quedan relegados a unha mera asistencia suxeita a aqueles elementos primarios que caracterizan a nosa actuación profesionalizada, en lugar de procesos relacionais de axuda mutua onde nós achegamos e neste caso, as persoas menores de idade e as súas familias, tamén nos achegan.

Antes de seguir adiante convén sinalar que, as problemáticas ou, como sinala Curbelo (2021b) ese "sufrimento psicosocial" das persoas menores de idade, se visibilizan como fragmentos non interrelacionados e interconectados entre si, que nos sitúan no presente e non valoran o percorrido da súa historia de vida, entón, a pretensión por superar as múltiples situacións

problemáticas derívannos ao meramente asistencial (Campana, 2015). Á súa vez, existen limitacións debido ás restricións estruturais do ámbito xudicial e ao esquema mental do profesional forense, o que converte os nosos privilexios en nuboeiros que limitan o noso raciocinio. Aquí manifestamos actitudes de poder máis que de comprensión e apoio, onde un adoita gañar e o outro adoita perder, de aí, a imperiosidade como sinala Curbelo (2020e) de transitar do paradigma "gañador/perdedor" ao "gañador/gañador", co obxecto de reafirmar esa necesaria correspondencia empática da que tanto nos falaron na nosa etapa universitaria, aínda que, Giannelli (2018) sinala o carácter residual que presenta, o asistencial reforza o estigma social da persoa, a que encadramos como un suxeito carente de dereitos, restrinxindo de maneira exacerbada o principio do interese superior do menor, ese alicerce reitor e cardinal, incorporado nas normas nacionais e supranacionais.

Concretizando, cabe indicar que, o asistencial, en certa forma deriva do epistémico funcional, onde as respostas profesionalizadas na relación de axuda, normalmente responden á proximidade, son escasamente resolutivas sen profundar na xénese ou orixe das diversas situacións problemáticas ou as diversas manifestacións do sufrimento psicosocial, polo que, lonxe de solucionalos, perpetuámolos e acentuamos, constituíndo unha forma de actuación profesional na que predomina o poder sobre o deber, creando relacións de desigualdade, control e fiscalización, elementos que impiden a liberación das persoas menores de idade e as súas posibilidades expansivas reivindicativas, discursivas e de dereitos.

Ineludiblemente, o devandito paradigma asistencial, pode perfectamente vincularse coas expresións prácticas da función pericial forense, marcada por unha actividade que se produce nun momento concreto e para unha determinada finalidade: a avaliación das circunstancias da persoa menor de idade, para a elaboración e emisión do ulterior informe social forense ou ditame técnico profesional, que recollerá a medida xudicial e a proposta socioeducativa, así como a proposta de arquivo ou conclusión das actuacións ou o inicio do proceso mediador se fose o caso[2]. En suma, a nosa misión debe partir de concienciar e sensibilizar sobre a necesidade de que se recoñeza "a influencia do traballo social na Administración de Xustiza, contribuíndo desta maneira para superar as posicións asistencialistas, excluíntes e ideolóxicas que permean a profesión" (Quintero, 2014, p. 37). Agora cabe ben dicir que, esta concepción asistencialista, entendida como ese conxunto de actividades e tarefas burocráticas, en absoluto, evitan ou minimizan a reiteración delituosa, debido a que, pivota sobre alicerces orientados parchear, máis non solucionar, o sufrimento psicosocial e as necesidades sociais e hu-

[2] Cabe aclarar que, o dito proceso mediador, no seu desenvolvemento circunscríbese maiormente ao paradigma transformador, no marco da función mediadora, aínda que, no asesoramento da proposta da viabilidade desta, ampárase no paradigma asistencial ao dimanar da función pericial forense.

manas, e non achega solucións integrais ás circunstancias da persoa menor de idade e a súa contorna.

1.2 As expresións teóricas desde o paradigma complexo ou transformador en e desde o traballo social forense

Cando falamos de transformación estamos a facer alusión a eses fortes cambios e rexurdimentos que provocan grandes sacudidas dentro da persoa e nas súas contornas, desde esa holística da complexidade. Dito de maneira máis clara, o paradigma da complexidade debe proporcionarnos estratexias que permitan romper, acabar ou liquidar como ben expoñen Cordero e Blanco (2004, p. 412) con "os lastres positivistas que nos obrigan a seguir buscando cal é a pedra filosofal, cal é o fundamento (máis alá do propio ser humano), cal é o obxecto, e a especificidade en traballo social e que achega ao conxunto das ciencias sociais". Ao fío do expresado, falamos de procesos que non responden á proximidade, así, Fuentes (2019), expresa que un proceso non acaba nunca, un programa ou proxecto si, deste xeito, departimos de accións procesuais-circulares dilatadas no espazo, o que nos permite dispoñer de maiores posibilidades conectivas desde esa óptica que propicia novas oportunidades no marco das novas complexidades socio-xurídicas-penais. A teor de todo iso, desde a pedagoxía do traballo social, como será Beltrán (2012) téntanse transformar as situacións en lugar de simplemente interpretalas, construíndo camiños que permitan transmutar os valores, as motivacións e os propósitos de vida, cara a ese espertar da conciencia transformadora.

Ao mesmo tempo, este paradigma, implica formas novas de entendernos e comprendemos, de socializar os coñecementos e as accións que producimos e de valorar obxectivamente o mundo que tentamos planificar, necesitando reestruturar actitudes, condutas e comportamentos, co obxecto de non volver reproducir feitos que subxectiven máis sufrimento psicosocial, e débeselle dar un adecuado sentido á vida (Velasco, 2004) desde ese encontro entre almas, un intercambio dialóxico, espiritual, mental, emocional, educativo, pedagóxico, e moral, onde todos benefícianse, aprenden, achegan, desenvólvense, crecen e evolucionan nunha simbiose transformativa que as encamiña cara á paz, a convivencia, a concordia, desde os preceptos dun apoderamento pacífico, no que, os valores intrínsecos do traballo social toman sentido.

E disto nace a motivación, como esa tendencia para idear, desenvolver e realizar un crecemento persoal e espiritual ante a variedade de situacións de sufrimento psicosocial, buscando alternativas de vida máis pracenteiras e humanas que, aínda que mostran unha grande intersubxectividade, dado que, a percepción de si mesmo e da realidade para cada persoa é diferente respecto das sensacións, apreciacións, recordos, significados etc. e incumbe

aplicar a congruencia co outro/a, mesmo cando os seus pensamentos, sentimentos e actuacións non sexan compartidas, debido a que, trátase das súas vidas, das súas formas de vida e debemos respectalo desde o principio sacrosanto da liberdade de elección e autodeterminación, para vertebrar como sinala Marañón (2014) un desenvolvemento humano integral sen ataduras que derive nunha transformación e un cambio.

Do anterior derívase que, a devandita formulación, mantén unha correspondencia coas expresións prácticas da función mediadora, onde nese encontro físico, espiritual e emocional, dúas ou máis persoas, a través de diferentes momentos procesuais, coinciden voluntariamente para liquidar os conflitos que as unen, colaborando asertivamente para levalos a bo fin, tendo en conta que, soamente a través da acción colectiva, podemos certeramente reverter as circunstancias, situacións e realidades.

1.3 As expresións teóricas desde o paradigma humanista ou de dereitos en e desde o traballo social forense

Na Conferencia Mundial sobre Traballo Social, Educación e Desenvolvemento Social (2015) organizada pola Federación Internacional de Traballo Social, a Asociación Internacional de Escolas de Traballo Social e o Comité Internacional de Benestar Social, celebrada en Seúl, o punto central foi "a promoción e a dignidade do valor das persoas", facendo unha puntualización e mención específica aos dereitos sociais e humanos que, desde ese recoñecemento garantista, procuren unha cosmovisión máis protectora e preservadora en correspondencia cos postulados de defensa do interese superior do menor, como ese principio sacrosanto recolleito nas diferentes normativas nacionais e supranacionales en materia de infancia e adolescencia.

Agora ben, esta filosofía debe servir para promover esa apertura a principios existencialistas, compasivos, comprensivos, empáticos e emocionais que, máis alá do delito cometido pola persoa menor de idade, a comprendan e entendan como un todo indivisible que se debate constantemente entre un decálogo de circunstancias, o ben e o mal, os seus anxos e o seu demos, as súas alegrías e tristezas, a súa evolucións e involucións, desde ese dinamismo que tenta que a balanza se incline por aqueles valores próximos á humildade, a espiritualidade, a compaixón, a comprensión, a honestidade, a confianza, a sinceridade e a xenerosidade, desde eses complexos cambios que lles permitan orientar as súas vidas cara á sociabilidade, buscando esa xustiza social que debe amparar a calquera ser humano, aínda que, o paradigma de dereitos humanos implicou "avances, rupturas e tensións que emerxen constantemente no escenario socio-xurídico" (Miguera, 2018, p. 66), dado que, como mencionamos, o sistema da Xustiza de Menores non deixa de ser un contexto peculiar por moitas previsións restaurativas e non punitivas que enmarquen os principios da súa filosofía xurídica, sen esquecer

que, as persoas menores de idade, constitúen un colectivo vulnerable que require unha especial atención (Reglas de Brasilia, 2018).

E para poñer branco sobre negro na presente táboa resúmense as características más representativas dos principios humanistas que deberían servir como base de inspiración en e desde a práctica forense dos traballadores e traballadoras sociais:

Táboa II

Consideracións humanistas e existencialistas presentes no traballo social forense na Xustiza de Menores

Obxecto	Dotar a práctica do traballo social forense duns principios inspiradores e uns valores que teñan en conta esencialmente os dereitos do ser humano e os seus diferentes niveis contextuais.
Características	O traballador e a traballadora social deben contar cun alto grao de madurez emocional para poder apoiar o cambio da persoa a través dunha relación horizontal e simétrica, sen que asuma un rol directivo, unicamente sendo un apoio para que estas poidan superar a súa situación, reeducándoas e axudándoas no seu desenvolvemento social e humano. Facilitar a defensa e o crecemento da persoa menor de idade e o resto de membros, mediante o apoio e a axuda profesionalizada transitando a unha comunicación dialóxica baseada en habilidades interpersoais e asertivas que fomenten a empatía, a igualdade, a xustiza social e os dereitos sociais e humanos.
Principios inspiradores	Papel protagonista da persoa menor de idade como un todo, como un ser humano gozante de dereitos, cun alto grao de participación nos diversos procesos que lle incumben e na interacción coa súa contorna para unha mellor comprensión que lle permita o respecto polas experiencias e vivencias doutras persoas a través da honestidade, a comprensión, a sinceridade, a humanidade e a incondicionalidade.

Contexto	En situacións de interacción e interrelación coa persoa menor de idade e as súas redes de apoio baseadas nas estruturas sociais nas que se atopa insertos desde un enfoque de dereitos co acompañamento social do traballador e a traballadora social forense.
Teorías	Sociopsicolóxica. Filosofía Existencial e Humanista. A Fenomenoloxía.

Fonte: Curbelo (2019, p. 115).

Debemos advertir que, os devanditos elementos nutren a expresión práctica da función de acompañamento social, polo que, a orientación da relación de axuda non vai dirixida cara a un problema, senón cara á persoa, así, "como tal, está centrada na persoa, e camiña ao seu paso e ao seu ritmo" (Martínez, 2006, p. 15). Desta forma, convertémonos en acompañantes nas diversas fases do procedemento penal, altofalantes e facilitadores dunha información e asesoramento profesionalizado que protexa o interese superior do menor como un dos máximos fundamentos humanistas, xerando conciencia e sanación espiritual, así como recoñecemento dos valores humanos e os dereitos que dimanan destes, cumprindo os fundamentos humanistas que permitan articular actitudes, valores, habilidades e experiencias para un desenvolvemento singular integral (Marañós, 2014), sendo necesario engadir, non soamente en cuestións interpersoais, senón desde a comovisión en e desde as interaccións e relacións sociais.

Así e soamente así, a comprensión da necesidade do desenvolvemento holístico da persoa menor de idade cobra un especial e considerable sentido, respectando os procesos madurativos, de crecemento e evolución, respectando as dinámicas e os tempos da persoa menor de idade, promovendo un verdadeiro proceso de axuda profesionalizada transformadora e democratizadora.

2. A ULTRAMODERNIDADE DO TRABALLO SOCIAL FORENSE: EXPRESIÓNS DIMENSIONAIS PRÁCTICAS EN E DESDE A INTERVENCIÓN SOCIAL

Describir a praxe do traballo social forense na Xustiza de Menores ou como expresa Kmprovic (2013) desde o campo socio xurídico, transcorre por desfiar as particularidades dunha ultramodernidade que, más alá da habitualidade conceptual, metodolóxica ou procedimental, lévanos a entender e comprender en e desde o traballo social forense, outras modelos de integrar as acepcións cognitivas, emocionais e/ou comportamentais. E para

iso, Navarro (2020, p. 7) alude a necesidade de procurar "(…) un cambio en nós mesmos (…)", aínda que, lamentablemente, ante o tradicionalismo que impera na nosa disciplina, "Non é fácil insistir, persistir, resistir e nunca desistir cando case nada é propicio (…)" (Navarro, 2019, p. 63), polo que, debemos ser consecuentes: non existe unha intervención social perfecta, pero se existen momentos e maneiras de cambiar esas formas de abordar o sufrimento psicosocial.

Destas circunstancias nace o feito de facer esforzos para lograr ese pretendido salto evolutivo, debemos entender o práctico do traballo social forense, como unha especialidade dentro da acción social, enraizada en e cos diferentes niveis da intervención social, valorando a súa incidencia real no cambio compartido do sufrimento psicosocial que presentan as persoas menores de idade, convindo (re)pensar novas expresións prácticas, así, "(…) debemos como campo profesional e disciplinar, intervir doutro xeito, pensar doutra maneira (…)" (Campana, 2021, p. 25), dentro deses mundos da complexidade, correspondendo defender accións profesionais que poñan en valor a dignidade das persoas, cumprindo os postulados da declaración de principios éticos do traballo social (FITS, 2018). E todo o dito ata o momento, suxire afianzar novas prácticas forenses innovadoras, asumindo o analítico-racional pero poñéndonos á espreita no empático-emocional, baixo o paraugas do mundo dos valores sociais, humanos, espirituais e morais.

E partindo de todos estes alicerces reitores, ao amparo dun modelo de atención centrado na infancia (Monfort et al., 2020), ou o que viñemos falando, centrado na persoa, incumbimos transitar a unha comprensión da intervención social en e desde a ultramodernidade o traballo social forense que "debe permitir articular procesos complexos e transformadores que superen a simplicidade asistencialista que, en raras ocasións, provoca cambios estruturais" (Curbelo, 2021b), e convén falar da mestura dos paradigmas teóricos coas expresións prácticas en e desde esa intervención social participativa e representativa e colaborativa e empática-emocional (Curbelo, 2020b, 2021b), asignando con iso un maior sentido e alcance ao traballo social forense. É así como, dito isto, a continuación, explicitaranse cada unha das ditas características aplicándoas á intervención social forense:

2.1 Expresións dimensionais prácticas da intervención social forense: unha mirada participativa

A participación convén entenderse como esa vontade de tomar parte ou involucrarse en algo de forma libre desde esa acción ou efecto de procurar un protagonismo organizado entre as que atopamos as persoas menores de idade e a súa familia ou titor/a, dado que, atendendo a Curbelo (2021c, p. 85) "non debemos esquecer que estes coñecen mellor que ninguén a súa propia realidade, a xénese dos seus problemas e por tanto, as mellores

alternativas resolutivas destes". Con todo, a participación en e desde este escenario preséntase como unha cuestión complicada, tendo en conta que, as normas están preestablecidas en e desde un ámbito que, aínda que, adoita mostrar máis flexibilidade que a xurisdición de adultos, non deixar de ser un contexto onde se dirimen todas aquelas cuestións xudiciais. Deste xeito, debemos ser profesionais máis reivindicativos dos dereitos, mesmo ante as limitacións do propio sistema xudicial, provendo de maiores oportunidades e posibilidades participativas ás persoas menores de idade e as súas familias ou o seu titor/a, humanizando, na medida do posible, os procedementos penais, dado que, "A participación leva tempo incorporada como un indicador de calidade (…)" (Ramos e Francés, 2021, p. 53).

Neste sentido, a participación debe fluír con ese suficiente dinamismo que debe converterse nun prisma cardinal, dado que, construír procesos participativos servirá para contribuír á prosecución desa igualdade, a ese dereito de libre expresión que, como aconsella Fuentes (2019), sirva para promover dinámicas de protagonismo activo, dinamizando diagnósticos, procesos e actuacións compartidas. Á súa vez, debemos encamiñar canles interactivas pasados e presentes, debido a que, non poderemos tecer pontes para coñecer a realidade da persoa menor de idade que cometeu un delito penal, quedándonos na mera superficialidade, sen entrar no fondo do que realmente nos interesa: a participación para o protagonismo, o (re)coñecemento das circunstancias, os factores (des)protectores/involutivos desde a mirada do outro/a, co obxecto de "(…) actuar nos déficits que xa presentan os devanditos menores coa finalidade de lograr a súa resocialización e integración na sociedade." (Navarro et al., 2016, p. 28), aínda que, tamén é importante incidir nos factores de protección/evolución, suxerindo soñar, pensar e construír positivamente unhas novas lentes que, inspírennos a reflectir a realidade, tendo en conta que, como sinalan Ramos e Francés (2021, p. 65) as persoas destacan por " a necesidade de ser escoitadas", e necesítanse expresións prácticas forenses, máis activas, inclusivas e humanas e menos pasivas, coercitivas e inhumanas, sempre desexosos da prosecución do ben dos demais, amparados nesa pedagoxía participativa, expresiva e liberadora que nos brinda o traballo social e o forense en particular.

2.2 Expresións dimensionais prácticas da intervención social forense: unha mirada representativa

A representatividade na actuación profesional permite asumir a pluralidade das características que presentan as persoas menores de idade. Asignar unha identidade, comporta evitar procesos deshumanizadores onde poidamos perder a obxectividade, debido a que, estamos ante o recoñecemento da condición de seres humanos heteroxéneos, suxeitos a uns deberes, pero tamén obxecto duns dereitos recoñecidos nos diversos marcos normativos. Esencialmente, estamos a tratar con persoas menores de idade involucradas

na comisión dun delito que, deben considerarse como suxeitos que debemos respectar considerando as súas preferencias, gustos, criterios etc. E no caso que nos ocupa e preocupa, a pesar de tratarse de persoas menores de idade, debemos aceptar sen excepción ningunha as súas condicións calquera que sexan, preservando o enfoque de xénero e a identidade sexual no caso de pertencer ao colectivo LGTBI, sen minusvaloralas ou recibir un trato discriminatorio, todo iso, a teor do art. 14 da C.E. Compréndase entón que asumir a esencia humana, é aceptar a pluralidade e diversidade de todas e cada unha das súas condicións, características e significantes desde esa tolerancia que nos axude a construír dignidade, respectando todas as razóns, condicións e circunstancias que caracterizan a cada ser humano.

E indo más alá, todo iso implica promover ese simbolismo identitario que trata de recuperar a xustiza social desde o individual/singular e o plural/diverso, potenciando ese recoñecemento simbólico que pretende evitar calquera tipo de trato degradante e inhumano por calquera causa ou razón, onde todos como iguais pero diferentes á vez, en síntese, significa considerar as persoas menores de idade baixo esa mirada garantista que ofrece a protección do interese superior do menor.

2.3 Expresións dimensionais prácticas da intervención social forense: unha mirada colaborativa

Estamos a facer especial énfase á colaboración, non soamente, coas persoas menores de idade e as súas familias ou titores/as, senón, con outros profesionais, entidades e institucións, dentro e fóra do ámbito da Xustiza de Menores, como sinala González (2018, p. 328) é importante coordinarse con todas as persoas que "teñen relación cos/as menores de idade con necesidades de apoio para unir esforzos (familias, outros profesionais e voluntariado) para observar as posibles melloras na nosa intervención diaria", formalizando procesos conxuntos desde esas sinerxías que tentan espir colaborativamente o sufrimento psicosocial, desde ese "cambio en enfoque profesional: transición do modelo paternalista e a súa relación vertical, por un modelo igualitario e colaborativo de relación horizontal" (Fernández, 2011, p. 57).

Co sinalado, poderemos facer manifestos verdadeiros contextos colaborativos que multipliquen os esforzos individuais para lograr un sumatorio colectivo que, desde a individualidade/singularidade, lle transite á colectividade/xeneralidade, desde esa confianza e complicidade cooperativa, pois, o importante é que "a construción de alternativas e respostas ás situacións dadas, realízase de forma conxunta, no encontro dos diferentes actores e os seus saberes" (Cabo et al., 2012, p. 40), buscando solucións compartidas que axuden a navegar cara a unha nova percepción onde "a persoa sexa realmente a protagonista dos seus procesos de cambio", en base a esa pedagoxía do traballo social que permita "(…) impulsar e conseguir a motivación

ao cambio do menor, coa finalidade de poñer fin aos comportamentos delituosos (…)" (Massanet, 2016, p. 29) dando lugar a novos espazos de encontro na que, a nosa mente e o noso corazón, sintan a voluntariosa necesidade de asumir esa cohesión social desde "(…) un novo enfoque que permita transitar do lineal ao complexo" (Curbelo, 2020d, p. 196), prestando inter és cara ao outro/a, a cooperación, a colaboración, a coordinación etc.

2.4 Expresións dimensionais prácticas da intervención social forense: unha mirada empático-emocional[3]

Aquí podemos aproveitar para incorporar algunhas recomendacións éticas provenientes do modelo de intervención en traballo social empático-emocional desde unha mirada sentín-pensante (Curbelo, 2021a). Estamos a referirnos a todos eses afectos e emocións que dimanan en calquera proceso interpersoal, debido a que, nada nos fai máis humanos que as emocións e os sentimentos, procurando non emitir ningún xuízo valorativo, simplemente mostrando respecto pola realidade das persoas menores de idade, debido a que, estas deben aprender a buscar alternativas e solucións ás súas situacións. Esta perspectiva debe convertelos en persoas positivas que "(…) vivan o presente sen ningunha expectativa de futuro, aprendan a soñar, a mostrar paixón pola vida, a valorar o que teñen e non o que non teñen, a sorrir ante a adversidade, a non renderse" (Curbelo, 2021a, p. 66).

Pero o máis que nos interesa dicir é que é fundamental soster unha actitude e unha conduta positiva e empática para un mellor desempeño e funcionamento mental. Se puidésemos escoitar o corazón das persoas menores de idade que cometeron un delito e das vítimas, sentir o que senten, experimentar o que experimentan, coñecer os motivos das súas actitudes, condutas e comportamentos, evitariamos moitos xuízos de valor innecesarios e certos prexuízos que eluden o seu crecemento persoal, desde ese "encontro interpersoal e experiencial de reflexión mutua que forman unha soa realidade configurada" (Martínez, 2006, p. 15) que defenda os seus dereitos, concienciando a estas das súas obrigas e deberes individuais e colectivos, fomentando esa responsabilidade persoal que o achegue a condutas asertivas e construtivas de mellora individual, familiar e social.

Con todo e o anterior, acerca das expresións explicativas do modelo empático-emocional, fundaméntase no amor ao próximo, fraterno, consciente e condescendente por parte do traballador e a traballadora social, desde un sentimento afectivo e emocional moi forte e un interese vinculante, ocupando valores consubstanciais do ser humano (Curbelo, 2021a) como a

[3] Ademais diso, aconséllase consultar a: Curbelo Hernández, E. (2021). O modelo de intervención en traballo social empático-emocional desde unha mirada sentí-pensante. *Revista Galega de Traballo Social-Fervenzas*, 23, 55-78.

proximidade, a intimidade, a vontade, o compromiso, o coidado, a responsabilidade, o respecto, a valentía, a compaixón, a sabedoría, a confianza e a lealdade e o cumprimento dos dereitos sociais e humanos, sendo de aplicación en escenarios, ámbitos e contextos da acción social, a calquera realidade, podendo coexistir xunto a outros modelos e podendo ser aplicado en e desde disciplinas do social e humano.

Cremos que chegamos ao núcleo principal: a actitude comprensiva, compasiva e tolerante, así como a escoita activa e empática, deben ser os eixes vehiculares que fagan ruxir o motor de calquera actuación de axuda profesionalizada, desde esa relación de intencionalidade que tenta minimizar esa sensación de ansiedade, desesperación, medo, inseguridade, culpa, impaciencia, impotencia, desilusión e tristeza que se fan presentes nas persoas menores de idade que están inmersas nun procedemento penal, facendo cumprir os postulados do interese superior do menor.

3. ANÁLISE REFLEXIVA E CONCLUSIVA

Desde a innovación social, as liñas de pensamento, deben interpelar ao protagonismo das persoas menores de idade como núcleo e eixo central de calquera proceso de relación de axuda profesionalizada, desde a manifestación dunhas sas relacións humanas, desde esa interacción emocional curativa, desde esas habilidades sociais que promoven aprendizaxes e ensinos baseadas nun traballo social preventivo e proactivo, e, non só resolutivo do sufrimento psicosocial, revisando constantemente as nosas achegas desde ópticas pedagóxicas que permitan contribuír a entender e comprender ao outro/a, a lograr consensos científicos e avances sociais forenses que non repercutan exclusivamente na nosa disciplina ou en nós mesmos/as, senón o máis importante, que sirvan de ferramenta para mellorar o sentido da vida das persoas menores de idade e as súas familias, tendo en conta que, todo ser humano debe evolucionar e crecer sanamente, preservando esa óptica humanista que trata de facer valer o principio do interese superior do menor.

Consideremos agora que, o enfoque centrado na persoa desde o traballo social forense na Xustiza de Menores, ten como finalidade deseñar intervencións que fomenten o desenvolvemento humano, a través de accións educativas e pedagóxicas, desde ese traballo social innovador ou ultramoderno, onde o foco de interese é o ser humano polo simple feito de selo (obxectividade garantista) e non as súas circunstancias (subxectividade protectora), co obxecto de poder cambiar o seu autoconcepto, as súas actitudes e a súa conduta, potenciando todos eses recursos protectores/evolutivos que esta ten dentro de si para responder resolutivamente ás múltiples realidades que lle rodean. Dito sexa, como expresan Betina e Norma (2016, p. 73) as relacións positivas "supoñen habilidades de empatía, cooperación e compromiso polo benestar dos demais. No caso de os adolescentes, estas relacións favo-

recen o desenvolvemento de fortalezas persoais, proporcionan apoio emocional e instrumental (…)". Desta forma, entendemos que esta concepción do ser humano, desde o traballo social forense, interprétase como un ser persoal e social que necesariamente mantén interaccións e vínculos co resto de persoas e contextos nos que se socializa, á vez que mostran carencias e necesidades —factores (des)protectores/involutivos— que o fan vulnerable, fráxil e necesitado de apoio e acompañamento, pero tamén dotado das súas potencialidades, capacidades, destrezas e habilidades —actores protectores/evolutivos— que sirvan para dar ese primeiro paso que os leve a esa felicidade, valorando o que se ten e non o que non se ten.

Ata o momento, debemos entender o traballo social forense desde esa postura inconformista, que simplifica miradas e converte as persoas de obxectos a suxeitos, asignándolles altos graos de participación, aceptando representativamente os seus propios pronunciamentos, ideas, criterios, colaborando conxuntamente (non é igual camiñar que ir xuntos da man), valorado a súa esfera emocional como principal fonte de riqueza para o rexurdimento e a transformación, sen volvernos profesionais deshumanizados que omiten a complexidade da persoa menor de idade e as súas circunstancias para convertelo nun simple expediente de reforma.

Feitas estas condición, necesitamos entender que estamos ante suxeitos protagonistas das súas vidas (Yusta, 2017) en e desde esa acción social que titula ese libre albedrío como pedra filosofal liberadora que contribúe á toma de decisións e á elección dos camiños e carreiros da vida, permitindo con iso un crecemento e desenvolvemento profesional e disciplinar do traballo social: valorar e sistematizar as experiencias e vivencias, os fallos e os acertos, o que se realiza e o realizado, serve para crecer e dotar de mellores fundamentos á profesión e a nós mesmos/as, desde ese reto de constituírnos como seres humanos e profesionais completos, persoas integrais, que nos permita interaccionar relacionalmente co mundo persoal, social, espiritual e material que nos rodea.

O desafío a futuro é asumir outro traballo social forense, en e desde a nosa mente en e desde o noso corazón, como indican Hernández e Sánchez (2008, p. 71) entón o "(…) reto para o traballo social é o de potenciar o desenvolvemento humano desde a esfera afectiva (…)", abrindo novas posibilidades empáticas e emocionais para cumprir cos múltiples retos, envorcando a mirada na persoa para "tocar as profundidades da súa persoa para lograr unha transformación interior que a conduza a vivir na congruencia, na liberdade responsable cun claro sentido existencial" (Velasco, 2004, p. 20), poñendo en solfa a defensa sen concesións do interese superior do menor. En suma, os eixes medulares do traballo social forense en e desde a Xustiza de Menores ameritan peregrinar cara a mensaxes que transmitan unha maior flexibilidade, apertura e asunción das experiencias de vida, das vivencias, a procura de identidade, a responsabilidade de crecemento e desenvolvemen-

to social e persoal, a aceptación das propias eleccións e decisións, recoñecendo os recursos da propia persoa menor de idade e se contorna, así como aquelas limitacións que, no día a día, debemos superar para ser mellores persoas e profesionais, para acompañar a (re)construír persoas, conectando cos sentimentos e emocións para xestionalos de maneira máis asertiva.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barranco Expósito, C. (2004). La intervención en trabajo social desde la calidad integrada. *Alternativas de trabajo social*, 12, 79-102.

- Beltrán Villalva, M. (2012). Conocimiento de la realidad y transformación social. *Papers*, 97/2, 291-310.

- Betina Lancuza, A., e Norma Contini, E. (2016). Relaciones interpersonales positivas: los adolescentes como protagonistas. *Revista Psicodebate,16*(2), 73-94.

- Cabo, M.E., Musto, L., e Vallelisboa, L. (2012). El trabajo social y las prácticas integrales. *Revista Regional de Trabajo Social EPPAL, 26*(3), 56, 16-21/39-43.

- Campana Alabarce, M. (2021). Crítica y resistencias: ¿cuáles son las trincheras posibles? *Revista Propuestas Críticas en Trabajo Social, 1*(1), 12-27.

- Campana Alabarce, M. (2015). La Asistencia Social como derecho: una apuesta estratégica. En *VIII Jornadas de la Carrera de Trabajo Social "Sociedad y Universidad: Ciencias Sociales, Conocimiento Orientado y Políticas Públicas"*. Buenos Aires, 1-9.

- Carrera Velasco, A., e Jiménez Pérez, I. (2014). *Caminando hacia un modelo de atención centrado en la persona.* (Trabajo de Fin de Grado). Universidad de Zaragoza, Zaragoza.

- Cordero Ramos, N., e Blanco López, J. (2004). ¿Trabajo social sin fundamento? Aportaciones del paradigma de la complejidad a la epistemología del trabajo social. *Revista Portularia, 4*, 407-412.

- Curbelo Hernández, E. (2019). La mediación judicial con menores de edad al amparo de la Ley Orgánica 5/2000: la práctica mediadora dialógica-racional y empática-emocional del trabajador/a social forense desde el modelo humanista desde un enfoque de derechos. *Anuario de Justicia de Menores, 19*, 109-134.

- Curbelo Hernández, E. (2020a). El/la trabajador/a social forense en el marco de la Ley Orgánica 5/2000: la entrevista social forense como un encuentro dialógico-empático-emocional. *Revista Zerbitzuan, 73*, 105-115.

- Curbelo Hernández, E. (2020b). (1 de diciembre de 2020). Las dimensiones de la intervención social en y desde el Trabajo Social. *Blog sobre Trabajo Social de Víctor Nieto*. https://www.victornieto.es/dimensiones-intervencion-social-trabajo-social//

- Curbelo Hernández, E. (2020c). Dos décadas desde la entrada en vigor de la Ley Orgánica 5/2000: una mirada al trabajo social forense desde una perspectiva o un enfoque de derechos. *Acciones e Investigaciones Sociales, 41*, 117-135.

- Curbelo Hernández, E. (2020d). La intervención del trabajador y la trabajadora social: ¿Necesidad de transitar hacia un nuevo (re)enfoque del Trabajo Social? *Revista Humanismo y Trabajo Social, 19*, 195-211.

- Curbelo Hernández, E. (2020e). La intervención social en trabajo social: una mirada epistémica a los clásicos modelos de intervención en trabajo social. *Revista de Trabajo Social Caleidoscopio, 5*(20), 33-44.

- Curbelo Hernández, E. (2021a). O modelo de intervención en traballo social empático-emocional desde unha mirada sentí-pensante. *Revista Galega de Traballo Social-Fervenzas, 23*, 55-78.

- Curbelo Hernández, E. (2021b). Construyendo paradigmas complejos y transformadores para la ultramodernidad en y desde el trabajo social: expresiones humanizates en y desde la intervención social participativa y representativa y colaborativa. *Revista del Colegio Oficial de Trabajo Social de Navarra, 69*, 5-9.

- Curbelo Hernández, E. A. (2021c). (Co)creando contextos participativos, representativos y colaborativos: Concretizaciones del trabajo en equipo democratizador en y desde el Trabajo Social ultramoderno. *Trabajo Social Hoy, 92*, 79-100. DOI: https://doi.org/10.12960/TSH.2021.0004

- Federación Internacional de Trabajo Social. (2014). *Definición Global de Trabajo Social*. https://www.iassw-aiets.org/es/global-definition-of-social-work-review-of-the-global-definition//

- Federación Internacional de Trabajo Social. (2018). *Definición Global de Principios Éticos del Trabajo Social*. https://www.google.com/amp/s/inmaculadasol.com/2018/08/06/declaracion-de-principios-eticos-del-trabajo-social-federacion-internacional-de-trabajado-social-julio-2018/amp//

- Fernández Riquelme, S. (2011). La nueva era de la acción social. El trabajo social ante los retos del desarrollo humano. *Revista Electrónica de Humanidades, Educación y Comunicación Social, 6*(11), 51-75.

- Fuentes Rey, P. (2019). Los "otros" derechos, el rescate del sujeto. Documentación Social. *Revista para pensar la intervención social, 1*, 1-5.

- Giannelli Rocío, P. (2018). *La dimensión asistencial del Trabajo Social. El caso de la Tarjeta Única de Ciudadanía en Atención Primaria de la Salud en Rosario.* (Tesis de Grado). Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

- González Herrera, I. (2018). Atención centrada en la persona (ACP): buenas prácticas en un centro de atención a menores con necesidades de apoyo (CAM Xiquets). *Documentos de Trabajo Social, 61*, 315-330.

- Hernández Sánchez, ML., e Sánchez Agudelo, F.J. (2008). La dimensión afectiva como base del desarrollo humano. Una reflexión teórica para la intervención en trabajo social. *Revista Eleuthera, 2*, 53-72.

- Kmprotic, C. (2013). El Trabajo Social forense como campo de actuación de lo social. *Trabajo Social Global. Revista de Investigaciones en Intervención Social, 3*(4), 37-54.

- Marañón García, M.C. (2014). Desarrollo humano y el enfoque centrado en la persona. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de tula, 1*(2).

- Martínez Miguélez, M. (2006). Fundamentación Epistemológica del Enfoque Centrado en la Persona. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana, 5*(15), 1-15.

- Massanet Sureda, A. (2016). *Delincuencia juvenil. Características de los menores con conducta delictivas en España.* (Trabajo de Fin de Grado). Universitat de Les Illes Balears, Islas Baleares.

- Menéndez Menéndez, F.G., Rodríguez Álava, L.A., Escobar García, M.C., y García Ponce, N.P. (2017). Modos de actuación del trabajador social forense: una experiencia en la ciudad de Portoviejo. *Revista RECUS, 2*(3), 21-26.

- Miguera, A. (2018). *La interpretación Forense en Trabajo Social. Una lectura socio-semiótica en perspectiva socio-jurídica.* (Tesis Doctoral). Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

- Molina Cano, J. (2007). *Epítome de la Política Social*. Isabor.

- Monfort Costa, F., Silvestre Fernández, L., e Ten Doménech, E. (2020). La infancia y la adolescencia como sujetos activos de derechos: un cambio de paradigma. *Revista TSnova, 16*, 111-115.

- Navarro Pedreño, S. (2019). Esta es la historia. En Montagud, X. (coord.). *Cuando el Trabajo Social es literatura. La narrativa como creación y herramienta de aprendizaje*. Editorial Nau Llibres.

- Navarro Pedreño, S. (2020). Elogio de la imaginación radical o contra las prisiones de lo imposible. *Revista de Treball Social, 219*, 5-9.

- Navarro Pérez, J.J., Botija, M., e Uceda i Maza, F.X. (2016). La justicia juvenil en España: una responsabilidad colectiva. Propuestas desde el Trabajo Social. *Interacción y Perspectiva Revista de Trabajo Social, 6*(2), 156-173.

- Quintero Velásquez, A.M. (2014). Peritaje social: Contexto no clínico en la intervención socio-familiar. *Revista de la Facultad de Trabajo Social, 30*(30), 25-40.

- Ramos Feijóo, C., e Francés García, F. (2021). Participación en los procesos de cuidados desde el modelo de atención integral y centrado en la persona (MAIPC). *Revista Prisma Social, 32*(1), 46-68.

- Velasco Vélez, S. (2004). *El sentido de la vida en los adolescentes: un modelo centrado en la persona*. (Tesis de Maestra en Desarrollo Humano). Universidad Iberoamericana, México.

- Yusta Tirado, R. (2017). El trabajo social y el método de atención centrado en la persona en el ámbito de la gerontología. *Revista Trabajo Social Hoy, 81*, 19- 28.

LEXISLACIÓN E NORMATIVA

- Constitución española de 1978. 06 de decembro. BOE-A-1978-31229.

- Lei orgánica 5 de 2000. Pola cal se regula a responsabilidade penal do menor. 12 de xaneiro. BOE-A-2000-641.

- Regulamento 1774 de 2004. Polo cal se desenvolve a Lei orgánica 5 de 2000 que regula a responsabilidade penal do menor. 30 de xullo. BOE-A-2004-15601. Regras de Brasilia de 2018. Pola cal se trata o acceso á xustiza das persoas en condición de vulnerabilidade. 18 ao 20 de abril. XIX Cumbre Xudicial Iberoamericana.

SAÚDE MENTAL EN MENORES TUTELADOS: O PAPEL DO TRABALLO SOCIAL[1]

Lucía Palacios Rodríguez
Traballadora social

RESUMO

Os/as menores tutelados/as teñen que facer fronte a numerosos problemas que poden xerar problemas de saúde mental, os cales deben ser intervidos da mellor forma posible. Polo que coñecer os diferentes trastornos mentais que poden padecer estes/as menores, resulta de grande interese á hora de traballar con eles/as, xa que como se ve reflectido neste traballo, se o/a profesional pode chegar a ver o punto de vista do usuario/a e intervir desde aí, obteranse grandes resultados.

A través dunha exhaustiva revisión bibliográfica, este traballo ten por obxecto describir a teoría de Paul Gilbert, sobre a intervención con mente compasiva e a súa potencial adaptación á intervención en Traballo Social. E ao mesmo tempo, identificar cales son os modelos de intervención en saúde mental con menores nesta disciplina.

Ademais, deféndese o papel do Traballo Social e exponse unha aproximación de intervención desde a teoría de Paul Gilbert, definindo as súas características e as funcións que os/as traballadores/as sociais poden desempeñar con estes/as menores.

[1] Artigo derivado do TFG, do título de Grao en Traballo Social dá Universidade de Santiago de Compostela non ano académico 2019/2020

PALABRAS CHAVE:

Menores tutelados, saúde mental, intervención centrada na compasión, traballo social.

RESUMEN

Los/las menores tutelados/as tiene que hacer frente a numerosos problemas que pueden generar problemas de salud mental, los cuáles deben ser intervenidos de lo mejor forma posible. Por lo que conocer los diferentes trastornos mentales que pueden padecer estos/as menores, resulta de gran interés a la hora de trabajar con ellos/as, ya que como se ve reflejado en este trabajo, si el/la profesional puede llegar a ver el punto de vista del usuario/a e intervenir desde ahí, se obtendrán grandes resultados.

A través de una exhaustiva revisión bibliográfica, este trabajo tiene por objeto describir la teoría de Paul Gilbert, sobre la intervención con mente compasiva y su potencial adaptación a la intervención en Trabajo Social. Y al mismo tiempo, identificar cuáles son los modelos de intervención en salud mental con menores en esta disciplina.

Además, se defiende el papel del Trabajo Social y se plantea una aproximación de intervención desde la teoría de Paul Gilbert, definiendo sus características y las funciones que los/las Trabajadores/as Sociales pueden desempeñar con estos/as menores.

PALABRAS CLAVE:

Menores tutelados, salud mental, Intervención Centrada en la Compasión, Trabajo Social.

SUMMARY

There are many problems that may give rise to mental health problems, which must be dealt with in the best possible way. So knowing the different mental disorders that these minors may suffer, is of great interest when working with them, because as is reflected in this work, if the professional can see the point of view of the user and intervene from there, great results will be obtained.

Through an exhaustive literature review, this paper aims to describe the theory of Paul Gilbert, about the intervention with a compassionate mind and its potential adaptation to the intervention in Social Work. And at the

same estafe, identify what are the models of mental health intervention with minors in this discipline.

In addition, it defends the role of Social Work and proposes an approach based on the theory of Paul Gilbert, defining its characteristics and the roles that Social Workers can play with these minors.

KEY WORDS:

Child Care, Mental Health, Compassion-Centered Therapy, Social Work.

INTRODUCIÓN

Os problemas de saúde mental que poden padecer os/as menores é un tema que preocupa, polos desencadeamentos que poidan provocar. En Traballo Social, o benestar do menor é un dos dereitos que prima á hora de traballar con eles/as. Moitas veces, os/as nenos/as vivenciaron unha serie de acontecementos que poden resultar traumáticos para a súa curta idade, ou ben, o simple feito de ser criado e afastado dunha familia por múltiples problemas, pode xerar nestes/as rapaces e rapazas un desequilibrio emocional importante, o que pode derivar nun problema de saúde mental. No presente traballo móstranse as características propias da infancia e da adolescencia con risco de presentar problemas de saúde mental, co que se dá a coñecer así, todos os factores que poden influír na súa desprotección ou na expresión de condutas agresivas reactivas.

Tamén se mostran os distintos tipos de trastornos que poden presentar estes/as novos, explicando cal é a súa problemática e as características de cada un. Isto é crucial á hora de intervir cos/as menores, xa que coñecer a súa problemática axudará á hora de entender a súa situación e o seu punto de vista sobre as cousas.

De igual forma preténdese mostrar que, á hora de intervir con estes menores resulta crucial establecer un novo tipo de intervención baseado na comprensión por parte do profesional. Por iso, destaca a importancia de intervir non só cos e as menores senón cos/as profesionais a través de formación e adestramento en estratexias de intervención que permitan establecer vínculos e confianza para un axuste óptimo aos centros que acollen os/as devanditos menores. Esta nova forma de traballar con estes/as novos, é a posta en marcha dunha intervención baseada na teoría de Paul Gilbert centrada en mentalidade compasiva. Teoría a partir da cal, un equipo interdisciplinar do norte de Portugal e de Galicia está a deseñar un programa de intervención con profesionais da atención en vivendas tuteladas de menores. Co obxectivo de previr, detectar e, no seu caso, derivar para a intervención terapéutica no ámbito de saúde mental en menores.

Ademais, expóñense os modelos de intervención que gardan relación con esta teoría, destacando a importancia da participación activa dos/as traballadores/as sociais á hora de intervir con menores.

1. OBXECTIVOS

- Xerais:
  - Identificar os problemas de saúde mental máis frecuentes en poboación infanto-xuvenil.
  - Describir a teoría de Paul Gilbert sobre a intervención centrada na compaixón e a súa potencial adaptación á intervención en Traballo Social.
  - Identificar os distintos modelos de intervención en saúde mental con menores desde o Traballo Social.
- Específicos:
  - Establecer o papel que desempeña un traballador/a social con menores tutelados que padecen trastornos depresivos e ansiedade.
  - Comprobar as distintas intervencións realizadas con menores tutelados que padecen trastornos depresivos e ansiedade.
  - Determinar como deben intervir os/as profesionais do traballo social para axudar a estes/as menores.
  - Identificar as bases teóricas e ferramentas que permitan adaptar a teoría de Paul Gilbert centrada na compaixón á intervención en traballo social con menores tutelados/as.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este traballo realizouse, a través dunha revisión bibliográfica narrativa, seleccionando, estruturando e organizando aqueles textos que conteñen información relevante seguindo a temática do traballo, co fin de poder fundamentalo. A poboación estudo deste traballo é con menores tutelados/as seguindo a liña temática do Programa piloto de regulación dos sistemas emocionais DST (Drive, Sooth, Threat), que está en proceso de desenvolvemento en Igaxes, seguindo unha nova forma de intervención en mente compasiva, desenvolta por Gilbert.

Á hora de buscar fontes de información, usáronse distintas bases de datos e portais, ademais de material relevante achegado pola titora. As ditas bases de datos e portais son: Dialnet, Pub Med, Scielo e Google académico. E, dentro dos materiais que se recibiron, por parte dun dos profesionais que intervén no estudo, dun programa de prevención e intervención, na saúde mental con menores tutelados/as seguindo a Teoría de Paul Gilbert.

Utilizáronse como criterios de selección, aqueles documentos que fosen publicados nos últimos 5 anos, aínda que existen algunhas excepcións, cando o documento é de gran relevancia. Outros criterios foron, que estivesen escritos en español, inglés ou portugués e que o texto estivese completo e accesible.

As palabras clave que se utilizaron para poder atopar os documentos válidos para este traballo, son aquelas que cumpren os criterios anteriormente mencionados nos distintos portais e bases de datos, e que foron: adolescencia, autocompaixón, intervención centrada na compaixón, trastornos emocionais, ansiedade, trastornos depresivos, traballo social, saúde mental, menores, risco, menores tutelados, trastorno de ansiedade e prevención. Combináronse as ditas palabras clave cos operadores booleanos “AND” E “OR”, para obter un maior rango de procura. Cabe destacar que á hora de combinar as palabras, apareceron documentos a través dos cales con tan só ler o título ou o resumo, víase con certa seguridade, que o seu contido non era o adecuado xa que non gardaba relación coa temática do presente traballo fin de grao.

Unha vez realizada a procura de documentos, divídense en tres categorías. A primeira contén todos aqueles documentos que se obtiveron a través das distintas bases de datos (ver Táboa 1). A segunda categoría recolle todo o material achegado por unha das profesionais que traballa no estudo no que se fundamenta este traballo. E por último, na terceira categoría, co fin de fundamentar este traballo consultáronse páxinas web concretas como a de distintas entidades ou ong que gardan relación co programa piloto no que se basea este traballo, ou páxinas web de institucións internacionais relacionadas e especializadas en saúde mental.

A continuación móstranse recolleitos, de forma sintética e organizada, os documentos empregados para desenvolver o presente traballo.

Táboa 1.

Resultados de procura nas distintas bases de datos.

Fonte	Palabras clave	Documentos elixidos	Criterios de inclusión
Scielo	Saúde mental AND menores tutelados		Estudos sobre problemas de saúde mental en mozos e mozas tutelados/as
	Intervención en traballo social "or" papel do traballo social "AND" menores tutelados	3	Que funcións realizaron traballadores sociais con menores tutelados/as
	Teoría centrada na compaixón AND Paul Gilbert		
	(Traballo social or traballo social comunitario) AND (menores or menores tutelados or menores en risco)		Información sobre problemáticas de saúde mental mozos tutelados
Dialnet	Saúde mental AND menores tutelados	10	Estudos en cuxa intervención se aplicase a teoría de Gilbert
	Trastornos emocionais, ansiedade ou depresión AND novas tutelados		

	Saúde mental AND menores tutelados		Intervencións levadas a cabo en traballo social con menores
Pub Med	Intervención en traballo social “or” papel do traballo social “AND” menores tutelados	4	
	Mozos “AND” trastornos depresivos, emocionais e de ansiedade		Definición dun trastorno de saúde mental concreto
	Intervención en traballo social “AND” menores tutelados		
Google académico	Problemas de saúde mental “AND” mozos e mozas tutelados/as	33	Estudos sobre casas de acollemento residencial terapéutico
	Trastornos do humor		
	Traballo social e saúde mental con menores		
	Trastorno de ansiedade		

En conclusión á táboa anterior, cabe destacar que se levou a cabo unha procura exhaustiva de toda aquela información que dese resposta aos obxectivos, citados anteriormente, co fin de lograr que os/as traballadores/as sociais tivesen un lugar dentro do equipo que traballa con menores tutelados/as, levando a cabo unha nova forma de intervención en mente compasiva. A maior limitación foi á hora de tentar atopar material que resultase válido nos buscadores en liña, debido á situación vivida pola Covid-19. Obtidos.

2.1. Xustificación e interese do tema

A realización deste traballo supón abrir a posibilidade, de pensar na adaptación dun novo modelo de intervención que inclúa os/as traballadores/as sociais na intervención con menores tutelados/as. Esta oportunidade de intervención supoñería un avance tanto na disciplina de traballo social como na mellora da situación destes/as rapaces e rapazas, xa que desde unha boa intervención multidisciplinar pódeselle axudar ao menor para retomar a súa vida e superar as dificultades que o levaron ata alí.

3.TRASTORNOS DE SAÚDE MENTAL EN MENORES TUTELADOS

A adolescencia caracterízase por un conxunto de transicións relacionadas co desenvolvemento, tanto físico como psíquico. Nesta idade, os/as mozas teñen que facer fronte a distintos retos, entre eles están, a presión social ou as distintas perspectivas familiares. Cabe destacar o valor que os adolescentes dan ao tipo de visión que os demais teñen sobre eles xa que estes, buscan a aceptación social co fin de sentirse máis seguros e así poder darse maior valor persoal. Os/as adolescentes tenden a ser moi sensibles á imaxe e aos sentimentos que lles xeran aos seus iguais. Ás veces a visión que teñen os demais sobre un mesmo, non é a esperada, xerando un sentimento de vergoña no/a adolescente, que se ve a si mesmo como defectuoso e sen valor ningún, polo que recorre ao uso de estratexias defensivas para autoprotexerse. A autocrítica tamén é un sentimento que ten moito peso nesta idade, pode estar dirixida a corrixir aqueles defectos que nos atopemos ou ben pode tentar destruír o noso eu interno. (Rijó, Oliveira e Brazao, 2017).

Os distintos tipos de trastornos de saúde mental que poden padecer estes menores son: trastornos depresivos, trastornos de ansiedade, trastorno por tensión aguda e trastorno por tensión postraumática, trastornos do humor, trastornos de personalidade e trastornos de comportamento disocial. É importante que todos os profesionais que interveñan con eles poidan entender mellor a súa situación e darlles o apoio e axuda que necesiten. As definicións máis usadas serán as realizadas pola OMS (2001) a través do CIE-11 (2019) e pola American Psychiatric Association co seu Manual de diagnósticos o DSM-V (APA, 2014).

4. ACOLLEMENTO RESIDENCIAL OU FAMILIAR PARA MENORES TUTELADOS/AS

O acollemento residencial ou familiar, é o recurso ao que, a gran maioría de menores, acceden cando son separados das súas familias por diversas problemáticas. Durante a súa permanencia nestes centros ou casas de acollida, os/as profesionais que interveñen con estes/as rapaces e rapazas,

poden realizar diversas funcións, entre as que se atopan (Ballester, Oliver e Jaume, 2016):

- A preparación para a reunificación familiar ou para un acollemento familiar preadoptivo ou permanente.

- Traballar a emancipación para aqueles mozos con nulas posibilidades de retorno á familia de orixe, ou simplemente, como lugar de estancia transitoria durante unha primeira fase de avaliación (normalmente en centros de observación da Administración).

Á hora de intervir con estes/as menores, os/as profesionais que traballan con eles/as, coñecen a evolución pola que pasaron os distintos tipos de acollementos ao longo dos anos. Polo que, no seguinte punto, se fala da saúde mental dos/as mozas e mozas tutelados/as, e destácase a necesidade dun cambio na forma de intervir dos/as profesionais que interveñen con eles/as, para poder cubrir as demandas que estes menores requiren. E con base nisto último, tamén se comentan as distintas intervencións realizadas por traballo social neste contexto.

4.1. Traballo do terceiro sector: IGAXES e Meniños

Cabe destacar o traballo con menores tutelados/as que se está facendo desde o terceiro sector en Galicia. Dentro deste sector, destaca o labor realizado por dúas entidades galegas, e aínda que non son exclusivas xa que aínda que existen outras, estas espertaron un grande interese debido ao seu contido e ao seu exemplo de boas prácticas.

En primeiro lugar, está Igaxes, unha ONG galega creada no ano 2005, cuxo Plan estratéxico fala en profundidade da preparación que os profesionais lles dan aos/ás menores para a vida adulta. Dentro de devandito plan, atópase o Programa Mentor destinado á protección e ás futuras oportunidades de todos/as os rapaces e rapazas tutelados. “Desde 2015 está catalogado como boa práctica da Unión Europea na categoría de políticas para a inclusión social da mocidade. É un programa auditado anualmente que financian o Fondo Social Europeo e a Xunta de Galicia”. (Igaxes, 2018, p.1). O Programa Mentor consiste nunha solución para todos aqueles menores en situación de desamparo e risco de exclusión social, no que se lles ofrece unha vivenda, unha manutención, unha formación académica, apoio psicolóxico e unha preparación para poder acceder nun futuro ao emprego.

E en segundo e último lugar, está a Fundación Meniños (2020) creada en 1996 traballa “desenvolvendo programas de prevención e atención familiar en Galicia e Asturias, en colaboración coas administracións públicas e outras entidades.” Fundación Meniños (2020, p.1). Na súa páxina web, atópase o

seu Plan estratéxico do ano 2019-202,1 a través do cal se explica a forma de intervir por parte dos/as profesionais, cos/as rapaces e rapazas.

Tanto Igaxes como Meniños, serviron como fonte de inspiración á hora de elaborar este traballo. É de gran relevancia, destacar o labor que se está realizando na asociación Igaxes mediante o Programa Mentor, xa que nel se recolle o estudo que se está levando a cabo con menores tutelados, seguindo unha nova metodoloxía baseada na teoría que Paul Gilbert desenvolveu, onde os profesionais traballan desde a comprensión do dano e reparación deste.

4.2. Cambio na intervención por parte dos profesionais

Nas bases para a elaboración de protocolos de traballo socioeducativo coas familias de nenos/as, adolescentes e xente nova tutelada pola Administración, afírmase a necesidade patente dun cambio de intervención por parte dos profesionais e dos métodos de intervención utilizados ata o momento, tal e como expoñen Ballester, Oliver e Jaume (2016, p.282):

> A pesar do elevado consenso sobre a necesidade do traballo coas familias, tanto en situacións de prevención universal, como en situacións de protección, aínda deben desenvolverse mellores modelos de traballo. Talvez, os enfoques terapéuticos, singularizados nalgúns casos de nenos, estean mellor cubertos, pero non se pode dicir o mesmo dos niveis de intervención socioeducativos coas familias atendidas polos sistemas de protección á infancia.

Seguindo o Programa Mentor realizado na ONG, Igaxes (2018), pódense distinguir unha serie de características que son: ofrecerlles distintas liñas de apoio aos/as menores tutelados/as recomendadas pola Federación de Xoves e Inclusión para tentar conseguir o benestar absoluto da xente nova, ademais de protección ata os 25 anos para que os/as mozos/as poidan emanciparse de forma estable e tranquila, garantindo a súa autonomía persoal, fomentando a súa integración na comunidade e ofrecéndolles a unhas persoas de referencia ás que poidan acudir en busca de axuda e, coas que sintan confianza.

É moi importante que tanto os/as profesionais que interveñen con estes/as menores tutelados/as, como os servizos de acollemento residencial, actualicen a súa forma de intervención con eles. En especial, os profesionais deberán adquirir un tipo de formación académica especializada que poida responder, mediante novas técnicas e coñecementos, aos distintos casos que pode presentar cada menor. Unha das calidades máis importantes, que deben aprender, é a de saber controlar situacións conflitivas moi elevadas mantendo ao mesmo tempo un ambiente de convivencia tranquilo entre o resto de menores.

"Os problemas de conduta e saúde mental aparecen xa hai anos como a principal preocupación dos educadores e os servizos de menores, pola dificultade de ser traballados adecuadamente en acollemento residencial." (Del Valle et al., 2011, p.26).

Finalmente, tras todas estas reflexións, pódese ver que os métodos de intervención non conseguen abordar de forma satisfactoria os problemas de saúde mental. Ademais, o traballo social tería un papel relevante neste ámbito xa que poden achegar ideas e formas de abordaxe diferentes, que se adecúen ás necesidades deste colectivo, para iso debe recibir unha formación adecuada, actualizada e específica para poderlles facer fronte a estes casos.

4.3. Funcións do traballo social na intervención con menores tutelados

Un papel fundamental nos/nas traballadores/as sociais, é analizar e observar a realidade que os rodea desde calquera ámbito no que se atopen traballando, é dicir, á hora de intervir con menores, pararse a observar a súa vida, a dos seus familiares, a súa contorna, detectando ao mesmo tempo, todas aquelas barreiras que dificultan o bo desenvolvemento da súa vida. E posteriormente realizar unha valoración de todo o observado, para achegar recursos que permitan poñer en marcha distintas formas de intervención, como as "medidas de carácter preventivo, como (…) os programas para mozos en lecer alternativo, a derivación das familias ao programa de apoio familiar, a sensibilización sobre a violencia familiar, a prevención de adiccións ou os programas de control de emocións." (Díez, 2018, p.42).

A Lei orgánica 5/2000, do 12 de xaneiro, reguladora da responsabilidade penal dos menores (LORPM), recolle que os traballadores sociais están incluídos dentro do Equipo Técnico de Menores.

As intervencións de traballo social nos centros de menores, deben clasificarse en tres tipos, segundo Díaz, López, Barahona e Sundheim (1997, p.191):

Táboa 2.

Tipos de intervención dentro da área de traballo social e a función do profesional.

TIPO DE INTERVENCIÓN	FUNCIÓN DO TRABALLADOR/A SOCIAL
Interdisciplinar	O/a traballador/a social expón a súa valoración integral de cada caso, baseándose na evolución do menor e a da súa contorna.
Familiar	O/a traballador/a intervirá sempre que sexa posible, realizando un seguimento desta e potenciando a súa participación no proceso de intervención.
Externa	O/a traballador/a social traballa de forma coordinada con recursos externos, co fin de conseguir documentación necesaria de cada caso e a solicitude de recursos que faciliten a reinserción destes mozos e mozas na sociedade.

Nota: Fonte: Adaptada de Díaz, C., López, P., Barahona, M. y Sundheim, M., (1997) Intervención Psicosocial con Menores Infractores. *Cuadernos de Trabajo Social, 10*, 187-194.

O/a traballador/a social conecta estes catro elementos entre si e combinando os seus distintos tipos de intervención.

Táboa 3.

Etapas de intervención do profesional de traballo social.

ETAPA DE INTERVENCIÓN	CONCEPTO
De acollida	Nesta fase os obxectivos para conseguir por parte dos profesionais que interveñen con estes menores son: compresión da situación do menor, facilitar a súa adaptación ante esta nova situación e a posta en marcha dun proxecto educativo que se adapte ás necesidades de cada un.
De adaptación	Aquí o/a traballador/a social intervén nas distintas áreas que rodean o menor (familiar, social, sanitaria, educativa…)
De saída	E nesta, o/a profesional de traballo social realiza un proxecto que permita conseguir todos os obxectivos propostos, mediante o uso dos recursos existentes.

Nota: Fonte: Adaptación de Díez, S. (2010). Las funciones del trabajador social en un centro de internamiento de menores por orden judicial. *Trabajo Social y salud, 67*, 125-152.

O/a profesional de traballo social intervén seguindo estas tres etapas sucesivamente. Desta forma primeiro coñece cada caso de forma global, recollendo todo tipo de información que sexa relevante e sempre salvagardando o compromiso de confidencialidade. Despois avalía e analiza a situación desde dentro e intervén adaptándose ás necesidades que se requiren. E, finalmente, axuda a resolver a situación problemática.

Táboa 4.

Funcións dos/as traballadores/as sociais segundo o obxecto de intervención.

OBXECTO DE INTERVENCIÓN	FUNCIÓNS DO TRABALLADOR/A SOCIAL
Menor	Coñecer a súa situación psicosocial. Elaboración do seu diagnóstico social. Promover unha boa adaptación dos menores tutelados a esta nova situación e unha mellora psicosocial. Elaboración dun informe social no que se recollan pautas de actuación que melloren a súa situación sociofamiliar. Determinar as distintas necesidades sociais dos menores, solicitando todos aqueles recursos que sexan necesarios.
Familia	Determinar un conxunto de pautas que reforcen a contorna sociofamiliar dos/das menores tutelados/as. Investigar a situación sociofamiliar dos menores tutelados, a través de entrevistas dentro e fóra do domicilio.

Recursos e outros profesionais	Apoio e asesoramento social. Coordinación cos distintos profesionais que interveñen cos menores. Orientar os profesionais que interveñen directamente cos menores, sobre as súas características e particularidades e como abordar cada caso desde a comprensión. Coordinación con todo o equipo interdisciplinar para elaborar e aplicar os programas de tratamento e un novo modelo de intervención centrado na compaixón. Coordinación con recursos xudiciais para resolver os casos que o necesiten.

Fonte: Elaboración propia seguindo o exposto por Díez, S. (2010). Las funciones del trabajador social en un centro de internamiento de menores por orden judicial. *Trabajo Social y salud, 67*, 125-152.

Tras o contido das táboas anteriores e, da información recollida sobre a función que desempeñan os/as traballadores/as sociais, pódese observar que as funcións que estes/as profesionais cumpren abarcan un gran campo de intervención, destacando a presenza destes á hora de intervir coas persoas, xa que poden ofrecerlles os seus recursos para poder mellorar a súa situación ou acompañalos para que se sintan escoitados durante procesos que sexan duros e/ou requiran dun grande esforzo mental que pode verse danado, ao facer fronte a diversas adversidades.

5. INTERVENCIÓN CENTRADA NA COMPAIXÓN

A intervención centrada na compaixón desenvolta por Gilbert (2014, p.2) xurdiu co fin de axudar a todas aquelas persoas que padecían problemáticas de saúde mental unidos a un sentimento de vergoña e autocrítica. Estas persoas, normalmente, foron criadas en ambientes conflitivos.

Este tipo de intervención, consiste nunha forma de traballar cos/as usuarios/as de diversas formas a través dun modelo que bebe de diferentes teo-

rías como a cognitiva, a humanista existencial e a de xestión de casos, entre outras. A definición deste tipo de intervención segundo Gilbert (2014, p.19):

> (…) implica axudar os clientes a (motivarse para) desenvolver a compaixón cara a si mesmos, a compaixón cara aos demais e tamén, a sensibilidade para percibir a compaixón proveniente dos demais. (…) A CFT non consiste en evitar a dor nin en tentar afastalo senón que, máis ben é unha forma de implicarse coa dor."

A intervención en mente compasiva é un compendio doutros modelos de intervención, ademais dos empregados en distintas disciplinas budistas.

Segundo Gilbert (2014, 2018), a compaixón é unha palabra procedente do latín que significa "sufrir con" pero para el, a mellor definición é a exposta polo Dalai Lama que, defínea como "unha sensibilidade cara ao sufrimento do eu e dos outros xunto cun compromiso profundo para tratar de alivialo; é dicir, atención-conciencia máis motivación." (Gilbert, 2014, p.18). Por outra banda, Gómez e Ferreiro (2020, p.2) defínena como unha especie de motivación "que promove comportamentos prosociais e inclúen coidado, auto-coidado e altruísmo."

As ferramentas que emprega dita intervención, segundo Gilbert (2014, p.20) son:

> (…) a regulación terapéutica (…), o diálogo socrático, o descubrimento guiado, a psico-educación (do modelo CFT), as formulacións estruturadas, o pensamento, a emoción, a conduta e a supervisión "corporal", a cadea de inferencias, a análise funcional, os experimentos condutuais, a exposición, tarefas graduadas, a imaxinación centrada na compaixón, o traballo na cadeira, a representación de diferentes "egos", mindfulness, a aprendizaxe de tolerancia emocional, aprendizaxe a entender e facerlles fronte aos conflitos e complicacións emocionais, a formulación de compromisos para o esforzo e a práctica, o esclarecemento de estratexias de seguridade, a mentalización, a escritura expresiva (carta), o perdón, a distinción entre autocrítica e corrección do eu compasivo e o traballo para fose da sesión así como a práctica guiada (…).

A formulación teórica de Gilbert (2014) traballa sobre os conceptos de vergoña e autocrítica xa citados, que son sentimentos intimamente ligados a trastornos depresivos e/ou de ansiedade. Hai persoas que teñen unha grande autocrítica e moita vergoña, polo que adoitan ter un concepto negativo sobre a compaixón, dificultando así o seu propio sistema calmante ante situacións adversas. "Sentirse coidado, aceptado e compartir un sentido de pertenza e afiliación con outros é fundamental para a nosa maduración psicolóxica e benestar" (Cozolino, 2007 e Siegel, 2001, 2007, citados en Gilbert 2014, p.18).

Gilbert (2014) define os tres sistemas de regulación de afectos que traballan coa autocrítica e a vergoña, ademais de regular o afecto das persoas dentro do seu cerebro, con distintas funcións cada un, pero que traballadas conxuntamente dan lugar á práctica da mente compasiva. Estes tres sistemas son (Gilbert, 2014 e 2018):

- O sistema de ameaza e autoprotección. A súa función é pescudar cales son as ameazas que nos provocan sentimentos de ansiedade e malestar e consecuentemente desencadean unha resposta automática. Estes sentimentos provocarán que os sistemas de regulación emocional, véxanse ameazados, e por tanto desencadearanse unha serie de comportamentos agresivo-defensivos. O cerebro do ser humano queda antes coas cousas negativas que coas positivas. Os principais problemas relacionadas con este tipo de sistema son:

  - Os desencadeamentos que o poñen en marcha, activando condutas innatas de defensa.

  - Os distintos tipos de respostas ameaza-protección.

  - A velocidade coa que se dea a resposta.

  - A súa duración.

  - A frecuencia coa que se activa este sistema de ameaza-protección.

  - E as distintas formas afrontamento ante situacións adversas

- O sistema de procura de recursos. A súa función busca achegar sentimentos positivos que nos motiven atopar aqueles recursos necesarios para poder crecer e evolucionar. A través do sistema as persoas desenvolven unha serie de obxectivos esenciais que só se conseguen cando se mantén equilibrio cos outros dous sistemas. Este sistema réxese por un neurotransmisor do cerebro chamado dopamina, xeradora de felicidade e de motivación, a través da cal se ve o mundo dunha forma máis positiva. Nalgúns casos as depresións gardan relación cos obxectivos que non foron posibles de cumprir.

- E en último lugar, atópase o sistema de confortamento, seguridade e satisfacción, a través do cal os/as usuarios/as poden atopar unha estabilidade na súa saúde mental mediante a tranquilidade que este sistema xera ao seu eu interior. Pero unha das complicacións coas que se atopa o devandito sistema son os sentimentos de afecto e bondade que, son xerados por uns neurotransmisores chamados endorfinas. Tamén hai unha hormona chamada oxitocina que garda relación co sentimento de seguridade xerando un benestar interno. En moitos individuos, o siste-

ma de confortamento, seguridade e satisfacción non funciona adecuadamente polo que de cando en cando senten seguros ou contentos, e resulta necesario aplicar un tipo de intervención diferente ás utilizadas anteriormente (Rijó et al., 2017).

Segundo Gilbert (2014), a auto-compaixón está composta por tres elementos principais: ver e aceptar o propio sufrimento, ser unha persoa amable e non castigarse e abrirse aos demais compartindo o noso sufrimento co resto de persoas.

MacBeth e Gumley (2016) (citados en Gómez e Ferreiro, 2020, p.3), "realizan unha metaanálise na que conclúen que a autocompaixón era unha variable importante na comprensión da saúde mental e a resiliencia, tendo un efecto amortecedor que protexe os adolescentes da angustia emocional".

Salvador, Carona, Castilho e Rijó (2017) (citados en Gómez e Ferreiro, 2020, p.3) "apuntan que a mellora da autocompaixón pode ter beneficios para adolescentes tanto clínicos como non clínicos, polo que todo programa de fomento da resiliencia e benestar destes debe incluír o traballo neste sentido".

Seguindo o exposto por Carona, Rijó, Salvador, Castillo e Gilbert (2017) (citados en Gómez e Ferreiro, 2020, p.2):

> Os/as rapaces e rapazas que crecen en contornas onde se reciben críticas duras e que son promotores de sentimentos de inseguridade, pode provocar a aprendizaxe de patróns de condutas compracentes para evitar críticas, presentar falta de autoafirmación e sentido de independencia, son vulnerables a sentimentos de ansiedade, soidade, autocrítica e depresión.

Tras a revisión de distintos estudos atópase que (Gómez e Ferreiro, 2020, p.2-3):

> Noutros/as rapazas e rapaces poden desenvolverse máis agresivos desenvolvendo mecanismos de defensa que inclúen irritabilidade e ou ameazas cara a outros se senten criticados. A autocrítica foi identificada como unha característica subxacente á psicopatoloxía, incluída ansiedade, depresión, dificultades interpersoais, autolesións, trastornos alimenticios, TEPT, uso de substancias, e na adolescencia predicir dificultades posteriores co axuste psicosocioemocional.

Gómez e Ferreiro (2020, p.2) explican que "fronte á aprendizaxe de patróns de comportamentos desadaptativos, a mentalidade compasiva vén propoñendo como un factor protector". Ademais, fan unha revisión de distintos estudos nos que se atopa que a mocidade que crece nun ambiente hostil, poden experimentar vivencias traumáticas e consecuentemente

causarlles elevados niveis de tensións e a aparición dun sentimento de soidade, todo isto pode derivar en problemas de saúde mental (Gómez e Ferreiro, 2020). Se parte da hipótese de que a formación en mentalidade compasiva en menores e profesionais pode axudar os sistemas de regulación de afectos, expostos anteriormente, impactando positivamente na saúde mental e na convivencia dos/as mozas e mozas tutelados/as (Gómez e Ferreiro, 2020).

Os profesionais que interveñen cos/as menores deben ser comprensivos, motivadores e xerar un ambiente cálido para axudar a frear toda a situación vivida e á estabilización dos tres sistemas de regulación emocional. É dicir, débese realizar unha intervención na que se traten de forma equilibrada os tres sistemas expostos, significa que os devanditos profesionais deben traballar cos individuos, todas aquelas respostas innatas que son desadaptativas e que xorden ante situacións de crises, substituíndoas por outras, que se adapten mellor ás súas necesidades e logren o seu benestar (Gómez e Ferreiro, 2020).

Se levan a cabo estas intervencións, seguindo a teoría de Paul Gilbert, tal e como expoñen Carona, Rijó et al. (2017) (citados en Gómez e Ferreiro, 2020, p.3):

- O traballo con menores en risco podería beneficiarse en, polo menos 4 dominios esenciais: Experiencias de fondo que provocan recordos emocionais e a (deas)activación dos sistemas de regulación (por exemplo, duras críticas ou outras formas de abuso recibidas por figuras de coidado).

- Medos centrais desenvoltos dentro do contexto de coidado.

- Estratexias de seguridade evitativas desenvoltas para conter ou mitigar os medos centrais.

- Consecuencias non intencionadas agresivas para os/as novos (por exemplo, maior control externo, incapacidade para tomar decisións, vulnerabilidade ante a manipulación etc.).

Polo que con todo o exposto anteriormente, se a intervención centrada na compaixón desenvolta por Paul Gilbert entre 1995 e 2014 leva á práctica profesional, pódense chegar a obter todos aqueles resultados beneficiosos á hora de traballar adestrando estes tres sistemas da regulación afectiva que expón o autor, á hora de previr e intervir con xente nova cuxa conduta e saúde mental presenta unha problemática (Gómez e Ferreiro, 2020).

5.1. Estudo baseado en mente compasiva

Na Asociación Igaxes, realízase un labor fundamental en base á protección de mozos e mozas tutelados/as co fin de que desenvolvan uns vínculos cos que adquiran unha serie de habilidades sociais que permitan previr o risco de exclusión social, ademais de preparalos para a vida adulta. Actualmente estase levando a cabo o deseño dun programa baseado na intervención centrada na compaixón, mediante ferramentas que resultaron ser beneficiosas nos/as menores en situación de risco empregando os tres sistemas de regulación afectiva citados anteriormente (Gómez e Ferreiro, 2020).

Este programa segundo Gómez e Ferreiro (2020, p.4) consiste na:

> (…) aplicación do modelo de Gilbert adaptado á poboación de menores tutelados coa que traballa IGAXES, co obxectivo de introducir unha nova perspectiva de relación entre os/as menores e os profesionais que conviven nas vivendas que mellore o Anel de Apoio dos e das menores. Un modelo que profunde en cada persoa e fomente nelas a reflexión sobre un estilo de relación que axude a equilibrar a individualidade de cada unha delas dentro da comunidade de convivencia na que se desenvolven.

Dentro de Igaxes os/as distintos/as profesionais traballan con diferentes persoas novas en distintas situacións, prepáraselles para a idade adulta para cando deixen de ter acceso aos distintos sistemas de protección e teñen que independizarse, nisto é no que consiste o Programa Mentor. O devandito programa está formado por un grupo de profesionais que traballan con eles/as para proporcionarlle ferramentas que lles permitan enfrontarse ás súas problemáticas e á inclusión na sociedade. Doutra banda, está o Programa piloto de regulación dos sistemas emocionais DST (Drive, Sooth, Threat) que, para o seu estudo de intervención en mente compasiva, precisa dunha mostra, a cal é unha vivenda do Programa Mentor, con mozos e mozas tutelados/as de entre uns 16 e 25 anos.

No Programa Mentor, é onde os/as menores estarían baixo a supervisión de todos os/as profesionais que interveñen con eles, ofrecéndolles unha serie de habilidades que segundo Gómez e Ferreiro (2020, p.5) son: "habilidades sociais, preparación para a procura de emprego, seguimento dos seus procesos formativos e laborais, preparación para a vida independente e actividades de lecer, (…) actividades de mentoría entre iguais (…)."

Actualmente, a través do deseño do Programa piloto de regulación dos sistemas emocionais DST (Drive, Sooth, Threat), preténdese o que Gómez e Ferreiro (2020, p.5) explican a continuación:

> Desde o equipo de traballo psico-educativo de IGAXES, considérase que a aplicación do modelo de Gilbert debe partir inicialmente desde o establecemento

de vínculos e modelado entre profesionais e menores, e nese sentido o deseño de adaptación do modelo e aplicación parte da formación de profesionais en mentalidade compasiva, para que eles e elas establezan pautas de pensamento e comportamento compasivo nas dinámicas de traballo e relación diarias.

En resumo, este programa levaría a cabo cos/as profesionais e os/as menores nunha das vivendas tuteladas do Programa Mentor, co fin de previr, detectar e no seu caso derivar situacións que poidan danar a saúde mental dos/as mozas que participan nel e a dos/as profesionais que o supervisan.

6. INTERVENCIÓN CENTRADA NA COMPAIXÓN EN TRABALLO SOCIAL

No capítulo anterior, defínese o concepto de intervención en mente compasiva. Polo que, ao ter un coñecemento sobre esta teoría, pensouse integralo na práctica de intervención do traballo social. Para iso, faise un reconto dos modelos de intervención empregados ata o momento pola devandita disciplina, analizando cales son os modelos que máis se achegan ou comparten trazos en común, coa teoría de Paul Gilbert. No seu libro, Gilbert (2014) fai mención de que a súa teoría garda unha profunda relación co modelo humanista existencial e o de xestión de casos, ambos empregados na práctica profesional do traballo social, polo que se describe brevemente cales son os seus principais obxectivos e características que os compoñen.

Finalmente, explícase a posibilidade de adaptar o modelo de Paul Gilbert á intervención profesional do traballo social, describindo como son as bases que sintan este modelo e as funcións que os/as traballadores sociais poden realizar seguíndoo xa que no Programa piloto de regulación dos sistemas emocionais DST (Drive, Sooth, Threat), preténdese traballar con esta teoría, pero non contempla a figura do/a traballador/a social, polo que se expoñen todos os seus puntos fortes, e téntase demostrar a necesidade de incluír o seu papel no traballo cos/as menores tutelados/as.

6.1. Modelos empregados en traballo social ata o de agora

Existen distintos modelos de intervención na disciplina de T.S., Viscarret fai unha recompilación dos máis esenciais, xa que existe unha ampla variedade de todos eles. Moitos dos profesionais desta disciplina demandan a necesidade de crear unha rede de apoio que asegure que a forma que teñen de intervir seguindo estes modelos se faga correctamente obtendo bos resultados. Navarro (1997) (citado en Viscarret, 2014, p.53) comenta que “o modelo teórico (…) permite pensar sobre o que fai o traballador social, permite prever posibles efectos da súa actuación, explicar os fallos, manobrar estratexicamente e, o que é máis importante, incorporar a bagaxe práctica

de cada profesional nas futuras actuacións". É dicir, os modelos de intervención social non son un manual que se debe seguir ao pé da letra, senón que son unha ferramenta de apoio para poder guiar a intervención, adecuada a cada caso, observando sempre a realidade que rodea o usuario/a e entendelo dándolle apoio e un significado, polo que a partir de aí se poden realizar accións de carácter transformador que mellor se adapten ás necesidades de cada individuo (Viscarret, 2014).

En resumo a todo o anterior, pódese dicir que ao coñecer todos estes métodos, teorías e modelos de intervención, o seu uso na práctica profesional, as funcións que os/as traballadores/as sociais cumpren dentro de cada un deles e con todo iso, a súa evolución e transformación, pódese lograr un enriquecemento do saber do traballo social, así como, a aparición de novas formas de intervir que dean lugar, a unha maior flexibilidade á hora de traballar e que con elas se poida abarcar un campo máis amplo de intervención, onde levar todo o noso saber e potencialidade.

6.1.1. Modelo humanista-existencial

Se se realiza unha análise global sobre o modelo humanista existencial pódense reflectir as súas vantaxes e inconvenientes, as cales expón Gómez (2019) de forma clara e concisa:

Táboa 5.

Vantaxes e inconvenientes do modelo humanista existencial de traballo social.

Vantaxes	Inconvenientes
Os/as clientes son axentes activos na determinación do curso das súas vidas.	A liberdade adoita vivenciarse como desamparo e impotencia.
Asume a liberdade de acción do/a cliente.	Difícil aplicación institucional do enfoque libre.
Asume o movemento e inestabilidade da existencia.	Require de gran motivación e responsabilidade do cliente.
Propón a colaboración no proceso de axuda.	Vaguidade e falta de rigor, sen evidencias de efectividade.

Nota: Fonte: Adaptada de Gómez, R. (2019). *Teorías e modelos de inter-*

vención en traballo social. Material da materia. Sen publicar. Santiago de Compostela: Escola Universitaria de Traballo Social.

Tras o exposto na táboa anterior, pódese dicir que dentro deste modelo os/as traballadores/as sociais deben ter en conta tanto os factores internos como os externos que viran en torno ao usuario, xa que a súa vida vai estar nun constante cambio polo que carecerá dunha certa estabilidade. Cabe destacar que os/as usuarios/as precisan dunha gran motivación para poder crecer e adquirir as ferramentas necesarias coas que enfrontarse aos sentimentos de soidade xerados pola sensación de liberdade ao ser os/as donos/as das súas accións. Por todo iso, os/as profesionais deben ser realistas e traballar conxuntamente con eles/as durante todo este proceso.

6.1.2. Modelo de xestión de casos

Se se realiza unha análise global sobre este modelo pódense reflectir as súas vantaxes e inconvenientes, as cales expón Gómez (2019) de forma clara e concisa:

Táboa 6.

Vantaxes e inconvenientes do modelo de xestión de casos de traballo social.

Vantaxes	Inconvenientes
Destacar o papel que desempeñan os/as traballadores/as sociais	"Complexo proceso de funcións e secuenciación do tempo".
Levar a cabo un seguimento exhaustivo do usuario/a.	Os/as traballadores/as sociais deben liquidar diversas variables e coñecer perfectamente o sistema.
Garantir a seguridade das persoas na distribución dos servizos.	Requírese dunha gran preocupación dos custos que se orixinan.
Con especial atención a usuarios/as con problemáticas que precisan dunha atención a longo prazo.	

Nota: Fonte: Adaptada de Gómez, R. (2019). *Teorías e modelos de intervención en traballo social. Material da materia*. Sen publicar. Santiago de Compostela: Escola Universitaria de Traballo Social.

En conclusión ao exposto na táboa anterior, dentro deste modelo queda claro que o traballo realizado polos/as traballadores/as sociais é clave xa que, ademais de que deben coñecer perfectamente a forma de intervir, tamén teñen que, realizar un rigoroso seguimento de cada caso, ter un amplo coñecemento dos recursos, asegurar que os seus usuarios/as accedan e reciban os servizos ou axudas que precisen, de forma rápida e eficaz e adquirir competencias que permitan resolver o complexo proceso de funcións. Polo que se garante a xustiza de que as persoas reciban os recursos necesarios destacando todas aquelas que teñen unha problemática que precisa ser resulta canto antes.

6.2. Cara á posibilidade de aplicación da intervención centrada na compaixón en traballo social.

Tras coñecer cales son os modelos de intervención de traballo social que gardan maior relación coa intervención en mente compasiva, sentan cales son as bases para poder adaptar a teoría de Gilbert á intervención en traballo social, dando lugar a un modelo integrador que xunte a forma de intervir da teoría centrada na compaixón, cos obxectivos dos modelos humanista existencial e de xestión de casos.

Habitualmente, adóitase intervir no ámbito de saúde mental desde teorías cognitivo-condutuais, é dicir o profesional non traballa co mozo desde a comprensión do dano e a súa restauración, polo que se xera un agravamento dos problemas de saúde mental (Gómez, 2019).

A posible adaptación do modelo de Gilbert (2014), permitiría adaptar modelos que xa veñen traballando en T.S.: cambiando a visión que os individuos teñen sobre si mesmos, a súa relación co seu eu interior, a través da comprensión e a automotivación cun mesmo e cos demais. Todo isto é traballo do profesional, que intervén con estes/as adolescentes/menores, substituíndo a súa actitude autodestrutiva por unha de autocompresión e automotivación. Axúdaselles a atopar ferramentas para poder enfrontarse ante situacións que lles xeran ansiedade. A intervención que realicen os/as traballadores/as sociais, está ligada á detección, comprensión e á súa posible derivación a outros profesionais, buscando sempre o benestar do menor e a propia autocomprensión do profesional.

De todos os modelos expostos no apartado anterior, os que máis se asemellan e tamén dos cales Paul Gilbert inspirouse á hora de escribir a intervención centrada na compaixón, son, o modelo humanista-existencial e o modelo de xestión de casos. Ambos os modelos expoñeranse de forma detallada a continuación.

Os profesionais que interveñen no Programa Mentor, traballan con menores en situación de risco, desprotección etc. Polo que este programa está pensado para previr os posibles problemas de saúde mental que poden padecer os/as menores tutelados, co fin de detectalos e derivalos no caso de que existan.

O traballo social intervén, entre outros colectivos, con menores en risco de exclusión social e con persoas que teñan problemas de saúde mental, fomentando as súas capacidades e solicitando os recursos dispoñibles que mellor se adapten ás súas necesidades. Tamén, é importante ter en conta os factores sociais que inflúen nas súas vidas á hora de intervir con eles, xa que, en certas ocasións poden ser o desencadeamento dos devanditos problemas. (Grupo de Traballo de Saúde Mental do Col-legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya, s.f.).

Algunhas das posibles funcións adaptándoas a un posible modelo baseado na teoría de Gilbert que o/a traballador/a social poden cumprir traballando con menores tutelados/as son:

- Identificar os problemas de saúde mental máis significativos infanto-xuvenil. É dicir, se se xeran equipos de traballo interdisciplinares e se teñen en conta as achegas dos profesionais que conviven cos/as menores nas vivendas tuteladas, pódese consolidar un equipo no que os profesionais de distintas disciplinas (psicoloxía, educación social e traballo social) traballen conxuntamente.

- Unificar e centralizar os recursos cos distintos profesionais que traballan con eles e os externos. Xa que a profesión do traballo social recolle un elevado nivel de coñecementos sobre os distintos servizos públicos (servizos sociais, servizos de saúde etc.) e a forma de conectalos coas necesidades de posibles usuarios/as.

- Con relación á anterior función, tamén os/as traballadores/as sociais poden determinar cales son as solicitudes que deben cubrir os/as menores para solicitar todo o anterior e axudarlles a facelo, pero, sempre fomentando a autonomía persoal dos/as mozos e mozas, a través dun seguimento.

- Analizar as posibles situacións de risco, onde o/a traballador/a social, sería un xestor de casos detectando situacións de risco e buscando os recursos adecuados a cada caso, traballando simultaneamente coa persoa usuaria.

- Acompañamento en citacións xudiciais para resolver posibles conflitos nos que estes menores se poidan ver envoltos, previamente ou durante

a súa tutela. Xa que os/as traballadores/as sociais teñen unha ampla formación en temas de dereito.

- Intervencións baseadas no respecto e nun trato de iguais (entre profesionais e menores), enlazando a intervención centrada na compaixón con, os modelos de xestión de casos e o humanista-existencial, xa que os tres parten da base de que os profesionais deben intervir desde unha actitude compasiva, traballando a partir do problema.

- Impulsar a realización de actividades grupais (aquí os/as educadores/as sociais e os/as psicólogos/as traballan xa, pero non en intervencións comunitarias de integración e que poidan eliminar prexuízos na contorna, polo que o traballo social é a profesión máis adecuada), nas que interveñan todos/as os/as menores da vivenda e nas que os/as traballadores/as sociais, acheguen consellos e fomenten a escoita activa (un dos principios fundamentais desta disciplina). Para que, desta forma, ao expoñer as súas vivencias persoais sentan acompañados e comprendidos, baixo a supervisión e guía do profesional.

- Poñer ao dispor dos/as menores, a posibilidade de que acudan xunto a do/a traballador social no caso de que precisen ser escoitados de forma activa e cunha actitude exenta de xuízos. Creando un clima de confianza mediante a protección e confidencialidade de datos.

- Fomentar a formación académica e laboral dos/as rapaces e rapazas, neste caso os traballadores sociais achegaranlles aos/as mozas atopando os mellores recursos e ofrecéndolles unha orientación laboral con base neles mesmos.

- Motivar e acompañar aos mozos e mozas tutelados durante todo o proceso polo que deben pasar ata chegar á vida adulta.

En resumo, os/as profesionais de traballo social poden ofrecer unha ampla gama de funcións e actividades, seguindo o modelo de intervención de mente compasiva desenvolto por Paul Gilbert (2014) dando lugar á posibilidade de aparición dun novo modelo co que poden intervir e traballar, xunto con menores, axudar sempre a manter o seu benestar, actuar como guías que os acompañan durante todo o proceso, desde que son tutelados/as ata que se emancipan, escoitándoos, apoiándoos e comprendendo sempre os seus sentimentos e emocións.

7. CONCLUSIÓN

Un dos obxectivos principais para tratar, na presente revisión bibliográfica, consiste en poder identificar cales son os problemas de saúde mental en

menores tutelados/as. Estes/as mozos e mozas conforman un colectivo de risco, xa que, cada vez, con maior frecuencia, presentan distintos tipos de problemas, que lle afectan á relación con compañeiros/as e profesionais que interveñen con eles/as (Del Valle et al., 2011), é dicir, debido á súa situación e a todas as experiencias vividas anteriores á súa tutela, poden chegar a desenvolver distintos problemas de saúde mental (depresión, ansiedade…). Polo que, con base á detección, os/as profesionais que interveñen con estes/as menores precisan de renovar os seus coñecementos sobre como traballar os problemas de conduta e de adaptación dos/as menores (Del Valle et al., 2011).

Os profesionais deben ter en conta a vulnerabilidade e o contexto dos/as mozos e mozas, tratándoos de forma única e mostrándolles unha actitude compasiva e exenta de xuízos. Para iso, faise necesario estudar outras modalidades de intervención ademais de establecer cal sería o papel do traballador social á hora de intervir con menores tutelados/as que padecen problemas de saúde mental.

Con relación á procura dun novo modelo de intervención, neste traballo, descríbese a teoría de Paul Gilbert cuxa metodoloxía de intervención se basea na compaixón, o que dá lugar a unha posible adaptación para un novo modelo de intervención en traballo social. A mente compasiva permítelles aos/as usuarios/as centrarse na súa mente traballando con patróns. Gilbert (2018), polo que as persoas poden sentir distintas emocións, e pasas dunhas a outras en cuestión de segundos, pero non poden sentilas de forma conxunta.

Gilbert (2018, p.118) expón en que consiste o traballo en mente compasiva "(…) é unha forma de tentar crear determinados patróns no noso cerebro que organicen as nosas motivacións, emocións e pensamentos de formas que conduzan ao noso benestar e ao dos demais". Polo que, se as persoas traballan a forma en que funciona a súa mente poden chegar a entender cal é a causa do seu malestar e así solucionalo. Desta forma, xeran unha paz mental, un sentimento de felicidade e ferramentas coas que enfrontarse a novos problemas (Gilbert, 2018).

Á hora de comprobar as intervencións que se realizaron con esta xente nova atopámonos, con que non se realizaron numerosos estudos que tenten mellorar a situación dos/as usuarios/as (Oliván, 1999). Polo que, tras analizar unha nova forma de intervención, leva a cabo outro dos principais obxectivos, que consiste en analizar os modelos de intervención empregados en traballo social e destacando aqueles que gardan relación coa teoría en mente compasiva. Ao atopar os modelos que comparten raíz con esta teoría (humanista existencial e o de xestión de casos) expómonos á posibilidade do deseño e sistematización dun novo enfoque de intervención, adaptado ás características de cada usuario/a e que busca unha estabilidade mental,

non só nos/as usuarios/as senón tamén para os/as profesionais. Ademais demóstrase que a figura de traballo social serve como un nexo que xunte dous dos seus modelos clásicos de intervención co centrado en mente compasiva.

Un dos puntos fortes dos/as profesionais do traballo social é que realizan un rigoroso seguimento de cada caso, avaliando todos os riscos posibles e posibilitando recursos adecuados a cada persoa, polo que o papel destes é clave á hora de intervir con menores tutelados/a, aínda que de forma individual poden achegar múltiples funcións, se se forman equipos interdisciplinares ou transdisciplinares, as funcións de todos/as os/as profesionais incrementaríanse, xa que á hora de intervir achegaríanse as funcións de cada un/a (e as dos/as traballadores/as sociais citadas no punto 5.2), levando a cabo un seguimento conxunto, respectando as funcións de cada un/unha. É dicir, aplicando a teoría de Gilbert a través dun traballo case transdisciplinar (cos/as traballadores/as sociais, o/a psicólogo/a, os/as educadores/as sociais, os/as coordinadores/as de vivenda etc.) no que se traballa conxuntamente, co fin de lograr actuacións de prevención coas posibles situacións de risco e coñecendo cales son as súas reaccións a través deses sistemas de ameaza.

Os equipos deben ter claro como se debe intervir ante situacións de risco. Os/as profesionais de traballo social teñen moi claro como intervir ante calquera situación complexa e cales son os recursos máis adecuados en cada situación. É dicir, teñen un amplo coñecemento á hora de saber que facer ante situacións nas que se deben tomar decisións rápidas pero eficaces para salvagardar o benestar supremo do menor.

Así mesmo, atoparíanse retos á hora de formar estes equipos xa que se debe pactar un reposicionamento das funcións que cumpre cada profesional e unha apertura tanto da súa mente como do seu respecto cara aos seus compañeiros/as de traballo.

Polo que tras todo o citado anteriormente, os/as traballadores/as sociais poden ser os axentes centrais que coordinen ou que forme parte do equipo achegando as nosas múltiples funcións e seguindo o modelo en mente compasiva. Pero unha das maiores dificultades atópase en relación coa intervención dos/as traballadores/as sociais, xa que, aínda segue sendo unha profesión pouco valorada e recoñecida socialmente, con respecto a outras profesións.

En conclusión, á hora de traballar en mente compasiva resulta moi difícil facelo sen formación , xa que as persoas teñen que traballar como funciona a súa mente sendo consciente das emocións que hai detrás das nosas accións, polo que se debe realizar un bo adestramento previo en mente compasiva polo que á hora débese determinar que a forma de intervir os/as profesionais do traballo social para axudar a estes menores, podería resultar

unha achega moi beneficiosa, tanto para os/as mozos e mozas tutelados/as como para os profesionais.

REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington: Autor.

- Ballester, L., Oliver, J.L., Jaume, M. (2016). Bases para la elaboración de protocolos de trabajo socioeducativo con las familias de niños, adolescentes y jóvenes tutelados por la administración. En Ballester, L., Caride, J. A., Melendro, M., Montserrat, C. (Coords.), *Jóvenes que construyen futuros de la exclusión a la inclusión social* (pp. 281-302). Santiago de Compostela: Servizo de Publicacións e Intercambio Científico Campus Vida.

- Díaz, C., López, P., Barahona, M. y Sundheim, M., (1997) Intervención Psicosocial con Menores Infractores. *Cuadernos de Trabajo Social, 10,* 187-194.

- Figueroa, A., Baras, L., y Soutullo, C. (2010). Trastornos del humor: trastorno depresivo y trastorno bipolar. En Ortuño, F. (coord.). *Lecciones de psiquiatría* (pp. 121-124). Madrid: Editorial Médica Panamérica.

- Fundación Meniños. (2020). *Plan Estratégico*. Recuperado de: https://www.meninos.org/plan_estrategico_es.html

- García Prado, G. (2010). Las funciones del trabajador social en un centro de internamiento de menores por orden judicial. *Trabajo Social y salud, 67*, 125-152.

- Gilbert, P. (2014). *Terapia Centrada en la Compasión. Características distintivas. Bilbao*: Desclée de Brouwer.

- Gilbert, P. (2018). *La mente compasiva. Una nueva forma de enfrentarse a los desafíos vitales*. Barcelona: Elefthera.

- Grupo de Trabajo de Salud Mental del Col-legi Oficial de Diplomats en Treball Social i assistents socials de Catalunya. (s.f.) *Funciones del Trabajador Social en el campo de la salud mental*. Barcelona.

- Gómez, R. (2019). *Teorías e modelos de intervención en traballo social. Material de la materia*. Sin publicar. Santiago de Compostela: Escuela Universitaria de Trabajo Social.

- Gómez, R. y Ferreiro, A. (2020). Entrenamiento en mente compasiva en la atención a menores tutelados. Comunicación presencial al *International*

congress of educational sciences and development. [Documento sin publicar]. Pontevedra (España).

- Gonzalvo, G. O. (1999). Características sociales y estado de salud de los menores que ingresan en centros de acogida. *An Esp Pediatr, 50*, 151-155. Recuperado de: http://www.aeped.es/sites/default/files/anales/50-2-8.pdf

- Igaxes. (2018). *Programa Mentor: protección y oportunidad para la juventud tutelada*. Recuperado de: https://www.igaxes.org/es/programa-mentor/

- Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. (2001). Recuperado de https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-641

- Organización Mundial de la Salud. (2019). *International Classificatión of Diseases 11th Revision. Recuperado de:* https://www.who.int/classifications/icd/en/

- Reglamento (UE) *2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos)*. (2016). Recuperado de: https://www.boe.es/doue/2016/119/L00001-00088.pdf

- Rijó, D., Oliveira, C., y Brazão, N. (2017). Da vergonha a raiva: emoçoes e processos psicológicos por detrás do comportamento do agressor juvenil. *Revista do Ministerio Publico, 151*, 145-63.

- Richmond M.E. (1917). *Social diagnostic*. New York: Russell Sage Fundation. [Edición traducida de 2005: Diagnóstico social].

- Salvador, M. D. C., Carona, C., Castilho, P., y Rijó, D. (2017). *Self-Criticism and Self-Compassion in Adolescents: Two Forms of Self-Relating and Their Implications for Psychopathology and Treatment. Turkiye Klinikleri Journal Child Psychiatry-Special Topics*, 2(3), 132-138.

- Valmisa, E., Alén, M., Amo, M., Del Pino, R., Díaz, D., Fernández, G., ... y Sánchez, L. (2008). *II Plan integral de salud mental de Andalucía 2008-2012*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Recuperado de: http://asaenec.org/wp-content/uploads/2014/02/II-Plan-Integral-de-Salud-Mental-de-Andaluc%C3%ADa-2008-2012.pdf

- Viscarret, J. (2014). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Madrid: Alianza editorial.

O COIDADO DAS PERSOAS MAIORES NA PROVINCIA DE LUGO: A PEQUENA ESCALA

SAGRARIO FERNÁNDEZ MÉNDEZ
Traballadora Social

RESUMO

Os coidados son fundamentais para soster a vida, pois todas as persoas pasamos por fases de vulnerabilidade nas que non poderiamos sobrevivir sen coidados. A noción de "ética do coidado" acuñada por Carol Gilligan (1982) experimentou unha presenza crecente nos campos da bioética e ata no pensamento filosófico que se plasma, por exemplo, na creación en 2008 da revista especializada Ética dos coidados. Ademais dunha dimensión ligada á supervivencia individual, a prestación de coidados xoga un papel esencial na ordenación e estruturación da sociedade.

Diversas circunstancias —aumento da esperanza de vida, caída da natalidade, emigración de poboación nova— confluíron para producir no noso contexto un cambio claro na estrutura da poboación, cun incremento notable da poboación maior. A iso súmanse novas estruturas e dinámicas afastadas da cultura dos coidados. A lóxica mercantilista que rexe a prestación dos coidados dálle prioridade ao beneficio económico e supedita a el a calidade da vida das persoas ou a equidade de xénero.

A planificación dos servizos debe facerse dun modo contextualizado. Por esta razón, neste traballo escóllese un contexto xeográfico preciso, a provincia de Lugo. Tras a análise exhaustiva dos recursos existentes dirixidos ás persoas maiores avalíase a situación e propóñense estratexias que permitan

asentar un novo modelo de coidados baseado na proximidade e socialización dos mesmos.

PALABRAS CLAVE

Coidados, maiores, comunidade, vivenda, vínculos

RESUMEN

Los cuidados son fundamentales para sostener la vida, pues todas las personas pasamos por fases de vulnerabilidad en las que no podríamos sobrevivir sin cuidados. La noción de "ética del cuidado" acuñada por Carol Gilligan (1982) experimentó una presencia creciente en los campos de la bioética e incluso en el pensamiento filosófico que se plasma, por ejemplo, en la creación en 2008 de la revista especializada Ética de los cuidados. Además de una dimensión ligada a la supervivencia individual, la prestación de cuidados juega un papel esencial en la ordenación y estructuración de la sociedad.

Diversas circunstancias -aumento de la esperanza de vida, caída de la natalidad, emigración de población joven- confluyeron para producir en nuestro contexto un cambio evidente en la estructura de la población, con un incremento notable de la población mayor. A eso se suman nuevas estructuras y dinámicas alejadas de la cultura de los cuidados. La lógica mercantilista que rige la prestación de los cuidados prioriza el beneficio económico y supedita a él la calidad de vida de las personas o la equidad de género.

La planificación de los servicios debe hacerse de un modo contextualizado. Por esta razón, en este trabajo se escoge un contexto geográfico preciso, la provincia de Lugo. Tras el análisis exhaustivo de los recursos existentes dirigidos a las personas mayores se evalúa la situación y se proponen estrategias que permitan asentar un nuevo modelo de cuidados basado en la cercanía y socialización de los mismos.

PALABRAS CLAVE

Cuidados, territorio, comunidad, vivienda, vínculos

SUMMARY

Care is essential to sustain life, since all people go through phases of vulnerability in which they could not survive without care. The notion of

"ethics of care" coined by Carol Gilligan (1982) experienced a growth in the fields of bioethics and even in philosophical thought, which is reflected, for example, in the creation in 2008 of the specialized journal Ethics of care. In addition to a dimension linked to individual survival, the provision of care plays an essential role in the organization and structuring of society.

Various circumstances–an increase in life expectancy, a fall in the birth rate, emigration of young people- converged to produce an increase in the elderly population and a clear aging of the population pyramid. In addition, there came into play new structures and dynamics far removed from the culture of care. The mercantilist logic that governs the provision of care prioritizes economic benefit and subordinates the quality of life or gender issues to it.

Services must be planned in a contextualized way. For this reason, in this work a precise geographical context is chosen, the province of Lugo. After an exhaustive analysis of the existing resources aimed at the elderly, the situation is evaluated and strategies are proposed so that a new model of care based on proximity and socialization might be established.

KEYWORDS

Creater, territory, community, housing, ties

INTRODUCIÓN

No meu traballo diario no hospital de Lugo veño tramitando de catro a cinco ingresos mensuais en centros residenciais a igual que as miñas cinco compañeiras. Mediante as entrevistas podemos observar como case ningunha persoa das que van a unha residencia desexan facelo. A resposta desas persoas é que queren seguir no seu domicilio ou como moito na súa contorna.

As persoas maiores precisan, a medida que avanza a idade, de espazos e contornas facilmente recoñecibles. Tamén precisan de persoas que recoñezan e teñan en conta a súa experiencia de vida para desta maneira poder preservar a súa identidade e reforzar o recoñecemento. A idea deste traballo é facer un mapa de recursos acompañado de propostas que poderían orientar a reorganización dos recursos existentes así como a creación de novos programas e servizos que teñen como eixe vertebrador a pequena escala do territorio e os coidados baseados na persoa.

1. ALOXAMENTOS ALTERNATIVOS DE CONVIVENCIA NA PROVINCIA DE LUGO

A Orde do 13 de abril de 2007 pola que se modifica a do 18 de abril de 1996 pola que se desenvolve o Decreto 243/1995, do 28 de xullo, no relativo á regulación das condicións e requisitos específicos que deben cumprir os centros de atención a persoas maiores, distingue entre as seguintes modalidades de aloxamento e/ou convivencia:

a) Residencias.

a) Fogares.

b) Vivendas comunitarias.

c) Apartamentos tutelados.

d) Centros de día.

e) Fogares e clubs.

Para analizar as prazas existentes na provincia de Lugo tivéronse en conta as prazas existentes no Rexistro de Entidades Prestadoras de Servizos Sociais da Xunta de Galicia (RUEPSS), así como a cociente de prazas recomendada pola ONU, de 5 prazas por cada 100 habitantes.

En primeiro lugar realízase unha valoración das prazas existentes en toda a provincia así como das súas modalidades para pasar a realizar a un análise de contidos e propostas. Resaltar que ao longo do traballo, o feito de dicir que se precisan máis prazas non significa que se teñan que ofertar, senón que é necesario crear alternativas de coidados.

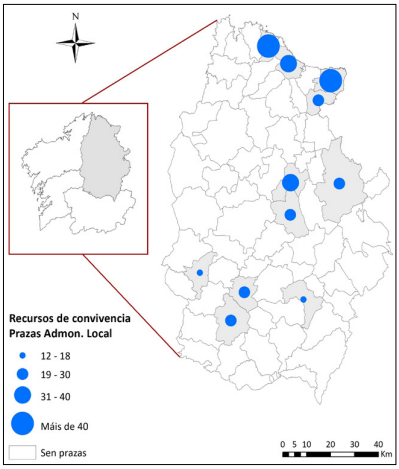


Figura 1:Recursos públicos de convivencia. Datos de xaneiro do 2020. El aboración propia a partir de datos do RUEPSS da Xunta

No anterior mapa vemos onde están situadas o total de prazas públicas procedentes das distintas administracións. Pódese observar a primeira ollada como a maioría das prazas atópanse situadas, por norma xeral, nas entidades de maior tamaño de poboación. Obsérvase, así mesmo, que as zonas límites do oriente e occidente da provincia carecen de recursos ata chegar ao Norte ou ao Sur. Chama a atención que sexan xusto as zonas máis illadas e con maiores problemas de comunicación as que non dispoñan de ningún recurso alternativo de convivencia (comarca de Cervantes e O Caurel). Tamén se dá esta ausencia de prazas na zona centro, como Concello de Sarria, Triacastela, O Páramo e Portomarín. Aínda que Abadín, Muras e Mondoñedo tampouco teñen prazas, esta situación tentase resolver parcialmente coas prazas de Riotorto, A Pastoriza e Vilalba, aínda que non se pode cualificar como suficiente esta cobertura.

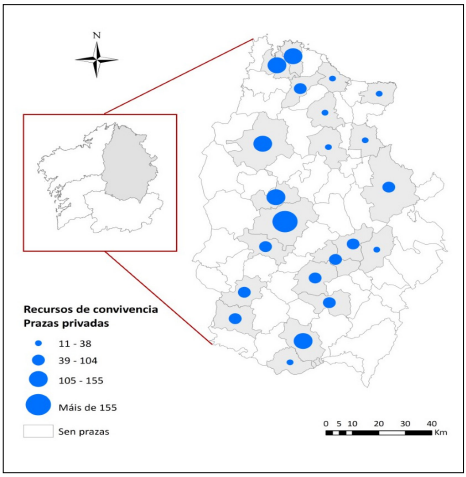


Figura 2: Recursos privados de convivencia. Datos de xaneiro do 2020. Elaboración propia a partir de datos do RUEPSS da Xunta.

En canto á zona occidental da provincia de Lugo, non se pode dicir que haxa problemas de comunicación e de accesos, pero si hai distancias medias bastante significativas entre os núcleos de poboación que impiden unha boa ou intensa comunicación, polo que se fai evidente a falta deste tipo de recursos (Concellos de Meira, Xermade, Guitiriz e Palas de Rei).

A unha primeira ollada aos gráficos 1 e 2, pode dar a impresión de que hai máis prazas públicas que privadas, pero se nos fixamos, os círculos de maior número de prazas aparecen no mapa de prazas privadas. Isto quere dicir, en primeiro lugar, que as residencias privadas tenden cara a un maior tamaño,

o que se pode entender por criterios de rendibilidade, e en segundo lugar que hai máis prazas de recursos privadas que públicos. Incluso os círculos poderían ser máis grandes se se sumasen as prazas que son financiadas nas devanditas residencias privadas. De feito hai 2.155 prazas privadas fronte a 1.935 prazas públicas (Administración local e autonómica).

Subliñar que no medio rural no que respecta aos recursos privados, son pequenas empresas familiares as que crean recursos deste tipo salvo pequenas excepcións como Láncara e Outeiro de Rei, non sendo así nas vilas e cidades na que a maioría das prazas acostuman a ser iniciativas procedentes de fondos de investimento. En cambio as vivendas comunitarias, pisos tutelados e pequenas residencias encóntranse situadas en pequenos núcleos de poboación e concellos como A Fonsagrada, Ribadeo, Samos, A Pontenova e Becerreá e son exemplos de pequenos investimentos familiares. Como exemplo das grandes residencias e investimento temos Viveiro (Domusvi 150 prazas), Monforte (Domusvi 180 prazas), Chantada (Domusvi 122 prazas) e Vilalba (160 prazas dunha iniciativa social), Lugo (Orpea 200 prazas e Albertia con 191 prazas).

Como pode comprobarse no seguinte mapa, a cobertura de prazas propias da Xunta en toda a provincia, é moi escasa (756 prazas).

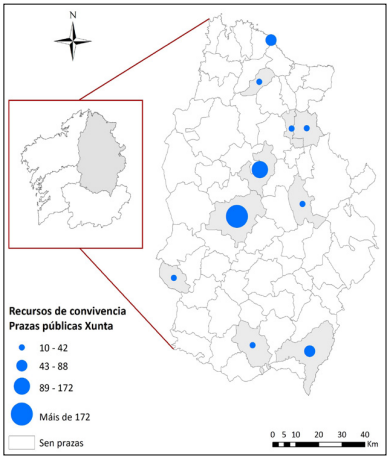


Figura 3: Recursos públicos (Xunta) de convivencia. Datos de xaneiro do 2020. Elaboración propia a partir de datos do RUEPSS da Xunta

Por outra parte, descoñécense as razóns ou os criterios empregados pola Administración da Xunta para a creación de residencias de gran tamaño en lugares como Castro Ribeiras de Lea ou Quiroga. Así como tamén se desco-

ñecen os motivos dan non existencia de recursos en entidades importantes de poboación como Sarria, Vilalba, Friol, Guitiriz, Cervantes etc.

Quizais a escaseza de prazas públicas propias de Xunta e o contacto directos coas necesidade das persoas, foi a razón que levou a Administración local a implicarse coa creación de prazas pese a non ter competencias, como se pode ver na seguinte gráfica, nas localidade de Trabada, Fonsagrada, Castro Verde, Samos, Pol, Paradela, Trabada, Ribadeo, Foz e Cervo. As únicas excepcións son as prazas de Antas de Ulla, Baleira, Alfoz, Riotorto e A Pontenova que corresponden á Xunta. Estas tres últimas creadas polo Consorcio Galego de Servizos sociais no 2007.

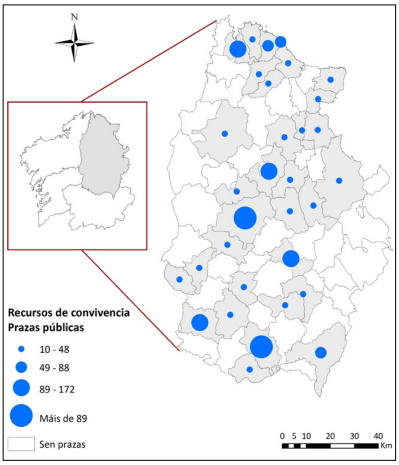


Figura 4: Recursos públicos (Administración local) de convivencia. Datos de xaneiro do 2020. Elaboración propia a partir de datos do RUEPSS da Xunta

Pódese observar no seguinte gráfico como as prazas financiadas, que exceden en número ás propias da Xunta (837 fronte a 756), coinciden ou están localizadas dentro das residencias privadas, que por regra xeral seguen como criterio para a súa creación o emprazamento en entidades de poboación de maior tamaño. A Administración da Xunta tenta así darlle cumprimento ao principio de equidade e equilibrio territorial do Artigo 4 da Lei de servizos sociais de Galicia a través do financiamento de prazas en residencias privadas. Malia ser así, o devandito principio dista moito de cumprirse e é unha materia pendente no mapa de servizos sociais da provincia de Lugo, pois estas prazas atópanse polo xeral localizadas en cidades e nos núcleos de poboación de maior tamaño, lonxe do medio de vida das persoas.

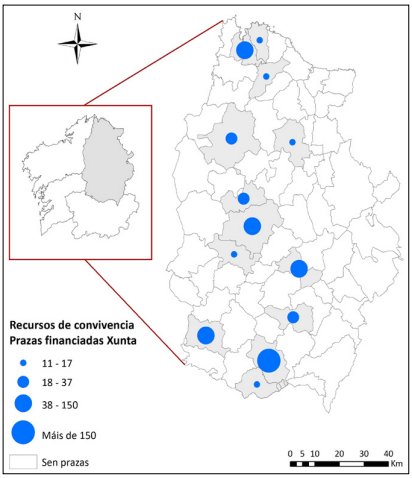


Figura 5: Recursos públicos (financiados por A Xunta) de convivencia. Datos de xaneiro do 2020. Elaboración propia a partir de datos do RUEPSS da Xunta.

Na provincial de Lugo existen un total de 2.155 prazas privadas. Sumando as 756 propias da Xunta e ás 837 prazas financiadas, alcánzase un total de 1.593 prazas públicas da Xunta. Se a estas lles sumamos as da Administración local, a cifra total de prazas públicas é de 1.935. En termos porcentuais, o 52,6 % das prazas na provincia de Lugo son privadas, o 8,3 % corresponden á Administración local, o 20,4 % son financiadas pola Xunta en residencias privadas, e só un 18,4 % son propias da Xunta. Pódese afirmar entón con rotundidade que, quen decide onde se crean prazas públicas son en xeral as residencias privadas, e dados os datos xerais, tamén equivale a dicir que quen decide onde e como se coida é o investimento privado. Dicir tamén que esta situación vai máis aló do investimento privado, pois as propietarias das residencias de gran tamaño non son pequenas familias vinculadas á localidade onde se asentan, senón fondos de investimento que o fin principal é o lucro e así está rexistrado no Rexistro de Entidades Prestadoras de Servizos Sociais da Xunta de Galicia.

Deste xeito, segundo o cociente de prazas recomendada pola ONU, sumando as prazas públicas nas súas distintas modalidades, sería necesaria a creación de 2.856,55 prazas na provincia de Lugo, ademais das xa existentes. Aínda considerando as residencias privadas, farían falta 701,55 prazas. Parece, pois, á vista dos datos demográficos, que o problema só acaba de empezar, sobre todo nas pequenas entidades de poboación.

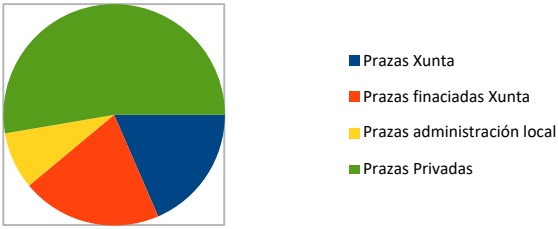


Figura 6: Total prazas públicas provincia de Lugo. Elaboración propia a partir de datos do RUEPSS da Xunta xaneiro do 2020

Nas comarcas nas que é necesario crear máis prazas son Lugo, Terra Chá, Monforte e A Mariña central seguidas de Sarria e a A Mariña Occidental segundo a poboación maior de 65 anos. Dito doutra forma, só comarcas como Quiroga, Meira, A Fonsagrada e Chantada son as que está preto de conseguir o cociente de prazas recomendada pola ONU. É Lugo a entidade de poboación con máis necesidade de prazas con respecto a toda a toda a provincia.

2. TIPOLOXÍA DE PRAZAS

A Administración da Xunta aposta fundamentalmente por servizos de residencias como recurso para o coidado das persoas maiores, fronte a dispositivos de menor tamaño como os pisos tutelados e as vivendas comunitarias e fogares, que xeralmente están situados en entidades de poboación

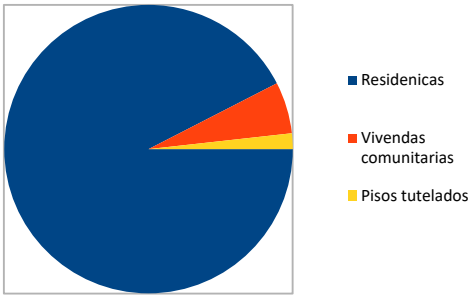


Figura 7:Tipoloxía de prazas da Xunta na provincia de Lugo (propias e financiadas). Elaboración propia a partir de datos do RUEPSS da Xunta. Datos xaneiro 2020

Así é que só temos en toda a provincial (prazas públicas das distintas administracións) 33 prazas de pisos tutelados e 111 de vivendas comunitarias, fronte ás 1.789 prazas de residencias. Con todo, este tipo de recursos serían idóneos para un contexto como o galego, dada a dispersión da poboación, a cantidade de pequenos núcleos e o volume de xente maior que vive neles.

2.1. RESIDENCIAS

Como xa se viu, as residencias constitúen o modelo predominante na oferta de prazas públicas con diferenza. Temos un total de 662 prazas públicas propias da Xunta, 837 financiadas pola Xunta e 290 da a administración local. Como vemos a Administración autonómica aposta máis por un modelo de prazas financiado en residencias privadas que pola creación de prazas propias. Á parte tamén se pode constatar como a maior parte destas prazas están situadas en residencias de gran tamaño, como Domusvi en Viveiro con 150 prazas todas elas financiadas, a mesma empresa en Lugo con 37 financiadas das 192 prazas existentes, Orpea con 37 prazas financiadas das 200 prazas existentes, ou Monforte coas 180 prazas financiadas.

2.2. PISOS TUTELADOS

A normativa que regula estes tipos de centros vén recollida no artigo 2 da Orde 18 de abril de 1996[1] que na que define este tipo de servizos: "Apartamentos tutelados. Conxunto de vivendas independentes, agrupadas para a prestación en común de servizos colectivos, e con capacidade para albergar a unha ou a dúas persoas cun alto grao de autonomía. Este sistema de aloxamento pretende potenciar a autonomía e o dereito á intimidade dos seus usuarios garantíndolles ao mesmo tempo a seguridade e seguimento periódico da súa situación".

Os servizos de pisos tutelados constitúe unha boa alternativa para aquelas persoas que son que se valen por si mesmas ou precisan de pequenos apoios para as actividades básicas da vida diaria que por razóns de soidade, de vivenda ou outras inclínanse por este tipo de recursos. É un recurso moi interesante e necesarios sobre todo para o medio rural onde máis acusada se fan as situacións de soidade debido ao despoboamento. Ademais resultan perfectamente asumibles polas entidades públicas.

A Administración autonómica apenas aposta por este servizo, son moi escasos e atópanse fundamentalmente en mans privadas, contan con só 16 prazas en pisos tutelados da Xunta en Antas de Ulla e 18 prazas da Administración local en Samos, para toda a provincia. Este recurso si que parece máis atractivo para a iniciativa privada, que achega 186 prazas situadas en pequenas entidades de poboación ademais das creadas por entidades de tipo relixioso como a Fundación San Rosendo (Xove, Valadouro, Taboada, O Incio, A Pastoriza e Baralla).

[1] *https://politicasocial.xunta.gal/es/conselleria/normativa/orde-do-18-de-abril-de-1996-pola-que-se-desenvolve-o-decreto-2431995-de-28*

2.3. VIVENDAS COMUNITARIAS/FOGARES

As vivendas comunitarias "son equipos de pequeno ou mediano tamaño destinados a albergar en réxime de convivencia case familiar a un número máximo de 12 persoas que, sendo autónomas ou tendo unha dependencia moderada do grao I, niveis 1 e 2, non presenten graves problemas de mobilidade" segundo a Orde do 20 de xullo de 2010 pola que se modifica a Orde do 18 de abril de 1996, relativa á regulación das condicións e requisitos específicos que deben cumprir os centros de atención a persoas maiores[2].

Vemos como a iniciativa privada é a que máis prazas crea de vivendas comunitarias. As prazas financiadas desaparecen nestas modalidade, xa que adoitan ser recursos de menor tamaño que non resultan atractivas para os fondos de investimento. En cambio si crece a aposta da Administración local por este tipo de servizos tan importantes que poden darlles saída aos graos I e incluso II de dependencia nos que si se poderían ter en conta os desexos e necesidades individuais das persoas maiores e en resumidas contas, esta atención individualizada e personalizada tan evocada dende os principios do traballo social. A isto súmase que as coidadoras adoitan ser persoas fixas e da zona, mentres que nas residencias de gran tamaño, o persoal laboral é a miúdo temporal ou chega mesmo a cubrirse con persoal contratado con servizos de canguros como xa sucedeu en ocasións.

Como resumo pódese concluír que o deseño do modelo de coidados actual esqueceu o medio rural e as persoas que viven nel e que no caso de necesidade, foron obrigadas a abandonar o seu medio de vida e de relación precisamente no momento de maior vulnerabilidade da súa vida.

Nos últimos tempos estase poñendo o foco de atención no debate sobre os coidados: partindo da base de que a humanización debe ser un dos principios básicos na creación de recursos e a súa xestión, poderíase cuestionar se as residencias de medio e gran tamaño cumpren na súa maioría con este requisito. A propia directora xeral do IMSERSO, Carmen Orde, explica: "Preto de dous millóns de persoas maiores de 65 anos que viven soas en España non son as únicas que senten a soidade por vivir sen compañía, pois «tú puedes estar viviendo en una residencia rodeado de gente pero, en realidad, estar más solo que la una». E anunciaba unha estratexia Nacional contra a soidade centrada nos servizos de proximidade como unha das medidas para evitar a soidade[3].

---

[2] *https://politicasocial.xunta.gal/es/conselleria/normativa/orde-de-20-de-xullo-de-2010-pola-que-se-modifica-a-orde-do-18-de-abril-deGalicia*

[3] *https://www.abc.eres/familia/mayores/abci-soledad-viven-personas-mayores-tipo-maltrato-201811291712_noticia.html*

Unha das circunstancias máis dramáticas que viven as persoas prodúcese cando abandonan o domicilio, especialmente se o fan para ir a unha residencia de gran tamaño onde o contacto humano moitas veces se perde debido ao réxime hospitalario ou militar, por ser totalmente imposible atender as demandas, desexos e preferencias individuais.

Non tanto, e malia a que dos recursos actuais os que realmente presentan unha alternativa ás residencias é a axuda no fogar e os centros de día vemos como as horas adxudicadas resultan insuficientes para determinados colectivos e patoloxías e outra veces non chegan a tempo. Tamén vimos como como aínda recoñecido o dereito non se pode facer efectivo debido en concellos do rural por non dispoñer de persoas a quen contratar. Con respecto aos centros de día dicir que son escasos e que quedan amplas zonas do territorio sen a posibilidade de desfrutar dun CD no seu concello ou aínda que se sexa nun de proximidade. Así vense concellos como Navia de Suarna, Cervantes, Bóveda, Becerreá, Baralla, Láncara, Samos, Sarria, e O Incio sen centros de día. Non tanto para as persoas do Incio ou Bóveda, que aínda podería ir á Poboa de Brollón ou Paradela. Destacar a boa implantación deste recurso en comarcas da Terra Chá por parte da Xunta. Non obstante, quedan concellos como Muras, Xermade e Vilalba (esta última con 4.089 persoas maiores de 65 anos), que non teñen prazas.

Na Mariña hai un total de 235 prazas públicas en centros de día para as 19 169 persoas maiores de 65 años. En Viveiro, Burela, Lourenzá e Ribadeo dispoñen de 140 prazas da Xunta e en Cervo, Foz e Trabada 85 da Administración local, así como 10 prazas financiadas en Mondoñedo.

Na zona Sur (Chantada, Quiroga e Monforte) hai 184 prazas públicas das distintas administracións para 17 350 persoas maiores de 65 anos.+++

En resumo, na provincia de Lugo só 9 concellos dos 67 da provincia decidiron dotar de prazas ao seu concello. En total hai na provincia 353 prazas pertencentes á Administración local e 514 á Xunta, ademais das 20 prazas financiadas, fronte a 770 prazas privadas. Ter en conta que en toda a provincia hai 95 831 habitantes maiores de 65 anos. Malia non ser determinantes estes datos para planificar servizos, entendendo que se debe realizar po comarcas, non deixa de dar unha visión xeral moi sgificativa a ter en conta xa como primicia.

3. O PARQUE DE VIVENDAS EN GALICIA COMO UN RECURSO PARA A CREACIÓN DE ALTERNATIVAS HABITACIONAIS

Nun primeiro momento podería non parecer moi clara ou non ter moito sentido a relación entre o parque de vivendas e os coidados. Non así a relación

é estreita. De feito, a orixe deste traballo atópase xustamente nun estudo anterior sobre a vivenda.

Lugo é a provincia con máis vivenda baleira despois de Ourense, segundo o último censo do INE (2011)[4]. Amósase no gráfico a situación da vivenda baleira nas principais cidades da Comunidade Autónoma. De feito, tendo en conta a evolución da poboación, na maior parte dos municipios galegos empeza a exporse o problema da conservación e xestión deste patrimonio, o cal se prevese como un reto a curto prazo das distintas administracións galegas.

Hai que matizar que probablemente parte das vivendas baleiras que figuran como tal na costa de Lugo, sexan segundas vivendas ou estean dedicadas ao turismo. En todo caso o volume de vivenda baleira é, como no conxunto do territorio galego, considerable: En toda a provincia de Lugo hai 35.349 vivenda baleiras, 14.659 delas na capital da provincia. A taxa de vivenda baleira é especialmente rechamante nos concellos de Sarria, Monforte, Terra Cha, A Ulloa, Ancares, Chantada y Fonsagrada.

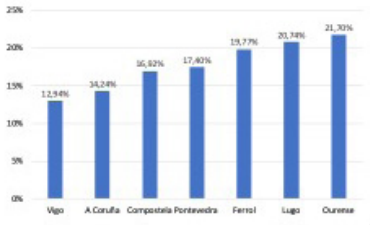


Figura 8:Vivenda baleira nos 7 concellos máis poboados de Galicia (2011). Elaboración propia con datos del IGE

Aínda que estes datos correspondan ao censo de 2011, a falta de datos actuais, a evolución nos anos transcorridos desde entón non apunta a un retroceso, senón a un incremento da taxa de vivenda baleira. Factores como o falecemento de persoas maiores en áreas especialmente envellecidas e a emigración de mozas, os desprazamento a áreas urbanas orixinou zonas de marcado despoboamento. Esta gráfica dá unha idea do gran patrimonio afectado que podería preservarse e ao mesmo tempo utilizarse en beneficio comunitario para crear vivendas alternativas de coidados.

A parte destes datos, resultan moi interesantes as propias características do parque de vivenda xa que poderían facilitar os distintos usos de vivenda compartida e distintas alternativas habitacionais:

A maior parte das vivendas gozan dunha superficie considerable pois segundo vemos na seguinte gráfica a maior parte teñen máis de 90m2 e unha

[4] *https://www.ine.es/prensa/np775.pdf*

parte considerable teñen máis de 100m2. En concreto na provincia de Lugo existen 50.224 de máis de 100m2.

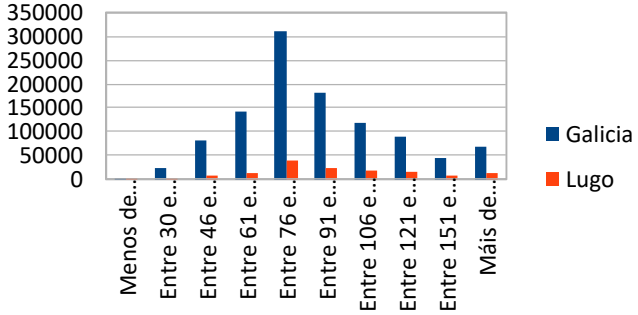


Figura 9:Superficie da vivendas na provincia de Lugo. Elaboración propia a partide de datos do INE 2011

Por outra parte tamén temos que o 80,06% das vivendas de Galicia dispoñen de 5 ou máis espazos (considerando como tales os superiores a catro metros cadrados); mentres que o 16,74% teñen 7 ou máis habitacións.

En contradición con estas características da vivenda, constátase unha tendencia crecente ao individualismo, pois case unha cuarta parte da poboación vive soa (22,8%), case un terzo dos fogares está habitado unicamente por dúas persoas (32,4%) e case unha cuarta parte por tres persoas (22,9%). Deste xeito, un parque de vivendas que foi concibido para familias extensas está a ser infrautilizado e presenta un potencial importante para a prestación de coidados e para a creación de recursos alternativos de convivencia como poden selas vivendas colectivas na súas distintas variantes e en xeral na oferta de alternativas habitacionais. Lembrar que xa son moitos os exemplos en todo España de edificios e solares en cesión de uso por parte das administracións públicas a cooperativas que deciden envellecer baixo formulas colaborativas.

4. ENVELLECEMENTO EN SOIDADE

Vicente Madoz ve a soidade como “convencemento apesadumbrado de estar excluído/excluído, de non ter acceso a ese mundo de interaccións, sendo unha condición de malestar emocional que xorde cando unha persoa sente incomprendida ou rexeitada por outros ou carece de compañía para as actividades desexadas, tanto físicas como intelectuais ou para lograr intimidade emocional”.

Tal como sinala Iglesias de Ussel, a soidade implica factores persoais, familiares e sociais. O 28,8% das mulleres maiores e o 14,7% dos homes maiores vive en soidade no noso país. Esta é unha das conclusións do informe "Un perfil de las persoas mayores en España, 2018[5].

En Galicia o despoboamento e o envellecemento é un feito. Estas dúas circunstancias, por si soas, evidencian un estado preocupante para o sistema de coidados e tamén para o benestar emocional e físico das persoas maiores e sobre todo das persoas dependentes. A caída da natalidade tamén é un feito: prodúcense 1.25 nacementos por muller e hai o dobre de mortes que de nacementos. Un dato ilustrativo do IGE na súa análise de datos referidos a 2018: Producíronse 1.959 nacementos fronte a 5.085 falecementos.

Os concellos co índice de envellecemento máis alto son Navia de Suarna e Pedrafita do Cebreiro seguidos por Ribeira de Piquín, Folgoso do Caurel e Samos, seguidos de A Fonsagrada, Ourol, Abadín, Muras, Pantón e Poboa de Brollón. Os concellos que gañan en sobreenvellecemento son Negueira de Muñíz e Quiroga seguidos por Triacastela, Ribeira de Piquín e Xermade. Non son uns datos conclusivos sobre que tipos de servizos precisan estes concellos, pero si é é un indicar a ter en conta debido á falta de apoios social e/ou familiar e dende logo unha tendencia, un dato que está avisando que nestes concellos non vai ser doado atopar a quen coide.

A evolución da pirámide poboación, cada vez máis investida, afecta especialmente o medio rural, onde se ve como ano tras ano van quedando casas baleiras e mesmo núcleos de poboación enteiramente abandonados. A situación é tan dramática para os nosos maiores que neste contexto están a darse situacións nas que aínda que a axuda no fogar estea aprobada non pode facerse efectiva ao non haber persoas ás que contratar para desempeñar o devandito traballo. Como traballadora social do Hospital de Lugo constato a miúdo esta situación que se dá cada vez con máis frecuencia nos concellos rurais da provincia. Por este motivo, o desenvolvemento de servizos de coidados no medio rural está a resultar custoso e ás veces imposible de levar a cabo co modelo actual, polo que se pon de manifesto a necesidade de planificar outro tipo de servizos que eviten situacións de soidade e de necesidades extremas. Outra circunstancia que se constata e que aínda non foi suficientemente estudada tanto no relativo á casuística como as súas consecuencias, son os desprazamento de persoas maiores cara ás cidades ou entidades de poboación maiores que as súas aldeas de asentamento, froito da ausencia de servizos de coidado.

Porén os estados de soidade e illamento non son privativos das aldeas, senón que afectan tamén as cidades. Segundo o INE o 12,16% de persoas maiores de 65 anos viven soas en Galicia e un 10,36% dos fogares están for-

[5] *http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos18-v2.pdf*

mados por dúas persoas maiores de 65 anos. En Lugo as porcentaxes son do 13,79% e 10,24% respectivamente[6].

5. SOCIEDADE DO INDIVIDUALISMO E A SOIDADE

Partindo dunha sociedade conformada por familias extensas e núcleos de poboación perfectamente estruturados, con redes formais e informais estables, pasouse a unha sociedade caracterizada polo individualismo, con modelos familiares e sociais complexos e diversos. A sociedade, cada vez máis illada, está a marcar unha nova forma de relacionarse e por tanto de atender ás necesidades sociais e esta evolución non parece que vaia a deterse nin moito menos a retroceder. Zygmunt Bauman (2000: 40) exprésao con contundencia: "LA individualización vino para quedarse".

Adolfo Vásquez Rocca estuda as tendencia individualista e temporal das relacións humanas segundo Bauman[7]: "Se aborda el fenómeno del individualismo contemporáneo, las transformaciones de la intimidad y la fragilidad de los vínculos humanos. Se muestra cómo las sociedades telemáticas dan lugar a nuevas formas de fuga y ausencia del mundo, la un malestar cultural, donde hombres escindidos entre la agresión y el temor, experimentan derivas identitarias y zozobras existenciales ante la exacerbación de consumo, la alienación del trabajo y el terror difuso de las ciudades del pánico."

Carolina do Olmo escribe: "Las paredes de nuestras casas son barreras débiles, incapaces de detener el torrente individualista posmoderno". Segue na páxina 98: "Los cuidados fueron mercantilizados en el sentido más estricto de la palabra, pero también de forma indirecta orientando toda la vida de las personas hacia la producción". "El modo de conciliación, a pesar de su nombre, no busca armonizar la vida familiar con la laboral, sino subordinar la primera a la segunda". A mercantilización invadiu todas as esferas da vida, chegando tamén aos coidados das persoas maiores, reducindo os espazos da corresponsabilidade e do social de maneira xeral

Tradicionalmente os coidados recaeron nas mulleres; ningún outro traballo está tan feminizado como o dos coidados e, posiblemente por iso, ningún se invisibiliza e infravalora en igual medida. Antes eran as mulleres as provedoras dos coidados dunha forma directa, sen recoñecemento e sen remuneración. Agora, aínda que as mulleres seguen a cargo dos coidados non profesionais, están a gañar terreo os coidados indirectos, pero con contratos e condicións laborais precarios, a miúdo nun modelo de dobre xornada.

---

[6] *http://www.ige.eu/igebdt/selector.jsp?COD=991&paxina=001&c=0205002*

[7] *Vazquez Rocca, Adolfo. http://www.konvergencias.net/vasquezrocca168.pdf :Konvergencias: Revista de Filosofía y Culturas en Diálogo,ISSN-e1669-9092,Nº. 17, 2008(Exemplar dedicado a: Ética: sus mundos, sus desafíos, sus sombras),páxs.122-130*

Poderíase dicir entón que son modelos tendentes á mercantilización e por tanto á desvinculación dos coidados da esfera dos afectos, de modo que as necesidades de coidado tampouco están sendo satisfeitas polo mercado, que impón un sistema inhumano fundado nas residencias. Deste xeito prodúcese unha auténtica "crise dos coidados", pois o cambio de paradigma foi brusco e está aínda en proceso de construción dunha alternativa.

As políticas de conciliación e de xénero deberían estar coordinadas e deseñarse para facilitar os coidados. Tanto a administración pública como as grandes empresas privadas deberían asumir políticas de conciliación e igualdade en aras dunha sociedade máis ética: liberdade de horarios para visitas médicas, dispoñibilidade de días ou mesmo facilidades para o teletraballo en caso de enfermidade dos proxenitores, garderías e CD preto dos traballos, etc. É necesario ter en conta que, na traxectoria vital é frecuente que coincida a crianza dos fillos co momento no que os proxenitores empezan a demandar coidados e isto, sumado aos longos e inflexibles horarios de traballo, xera verdadeiros problemas persoais e sociais pola tensión ao que se ven sometidas as persoas coidadoras.

Por todo iso, Carolina do Olmo detecta flagrantes contradicións no imaxinario social que rexe os coidados: entre a veneración nominal da figura da nai e a pouca valoración dos coidados; entre os discursos de defensa dos débiles e o desprezo cara á vulnerabilidade; entre a exaltación da independencia e a escravitude á que nos somete o ritmo de traballo.

Tanto nas zonas rurais como nas comunidades e os barrios víronse comprometidos os vínculos e as redes de apoio e, con eles, a propia cohesión social. Os vínculos son débiles e non dan consistencia ás necesidades de axuda e apoio á soidade e a satisfacción das necesidades contrátase con independencia das relacións de proximidade, de veciñanza, e por tanto dos vínculos efectivos.

No meu traballo diario como traballadora social, podo constatar como cada vez é máis frecuente que nos hospitais de Galicia ingresen persoas que estiveron horas tiradas no chan da súa casa sen que ninguén alertase da situación, chegando a producirse verdadeiros estados de dependencia. Tamén son cada vez máis frecuentes os casos de persoas que aparecen mortas nos seus domicilios despois de meses[8]. Non existen datos sobre estas situacións. Só a hemeroteca, a través das noticias de prensa[9] ou a demanda constatada a través dos servizos sociais permítenos intuír o tamaño da traxedia. Segun-

8 https://www.lavozdegalicia.eres/noticia/galicia/2019/08/09/15-personas-fallecido-soledad-galicia-apenas-8-meses/0003_201908G9P7991.htm

9 https://www.lavozdegalicia.es/noticia/galicia/2019/08/09/15-personas-fallecido-soledad-galicia-apenas-8-meses/0003_201908G9P7991.htm

do os datos do Imelga[10] "Os homes suicídanse máis que as mulleres. Esa é unha evidencia, con independencia da zona xeográfica que se observe. Lugo non é unha excepción. Pero, ademais, conta con outra peculiaridade: son homes maiores os que se quitan a vida con máis frecuencia. Das 54 mortes por suicidio contabilizadas polo Imelga este ano, practicamente a metade foron de homes maiores de 65, moitos deles anciáns e mesmo dous deles que superaban amplamente os 90 ".

6. CONCLUSIÓNS E PROPOSTAS

O modelo actual de coidados na provincia de Lugo aséntase fundamentalmente en residencias de grande tamaño, o que trae consigo a deslocalización das persoas do seu medio de vida e socialización. Pola contra, os servizos e recursos que manteñen ás persoas no seu medio de vida, tales como a axuda no fogar, os centros de día ou mesmo os pisos tutelados e as vivendas comunitarias son escasos ou non chegan ás persoas a tempo pola súa escaseza e pola tardanza en facerse efectivo o recoñecemento dos dereitos. A forte aposta polas residencias de grande tamaño por parte da administración autonómica vai en detrimento doutro tipo de recursos de proximidade que manteñen ás persoas no seu medio de vida. Por riba, os coidados nas devanditas institucións distan de estar centrados nas persoas, pois é totalmente imposible que se poidan ter en conta os desexos e necesidades de cada usuaria, xa que suporía un enorme esforzo orzamentario que non daría lugar a rendementos económicos. Cómpre ter en conta dúas circunstancias: por unha banda, a maior parte das persoas das residencias son dependentes, polo que se require un investimento elevado sobre todo en persoal especializado; por outra, as pensións en Galicia son das máis baixas do estado. É necesario salientar que precisamente estas persoas son as que máis precisan tanto de contornas facilmente recoñecibles como de contactos directos e que conecten coa súa experiencia de vida. En países coma Dinamarca xa no ano 1988 se prohibiu un modelo de residencias de grande tamaño semellante ao que impera en Galicia. Dende aquela os proxectos en Dinamarca pasaron por construír e rehabilitar vivendas, modificar as existentes en apartamentos de pequeno tamaño que permite a prestación diversificada de servizos, e sobre todo orientáronse a intentar manter ás persoas maiores o máximo tempo posible nos seus fogares. Deste xeito, a axuda no fogar foi o principal servizo provisto aos maiores. Incluíanse xa todos os servizos que implica a axuda no fogar en España, pero a maiores xa consideraban coidados de noite así como unha visita anual a todas as persoas maiores de 75 anos e coidados de noite, de forma que os servizos proporciónanse en función das necesidades e discapacidades. Ademais se hai que facer reformas na vivenda son os concello o que se encargan a petición da persoa. Se as obras son

[10] https://www.elprogreso.eres/articulo/lugo/salto-la-una-segunda-vida/201911171801151407876.html

maiores e implican que a vivenda aumente o prezo, existe a posibilidade pedir préstamo con forte axuda pública. Se a obra é moi grande, ofrécese a posibilidade de traslado a outra vivenda adaptada. Os distintos modelos vense compensados e reforzados polos servizos sociais e caracterízanse pola descentralización, a diferenciación da oferta e a individualización dos servizos. En definitiva, trátase dun modelo baseado na persoa notablemente distanciado do modelo galego. Pódese dicir daquela que Dinamarca apostou por modelos de proximidade e de vivenda. Xa na altura de 1930 o Concello de Copenhague construíu 6000 vivendas para persoas maiores.

Unha análise dos recursos persoais, sociais e instrumentais do noso contexto pon de relevo a escasa diversificación de recursos para as persoas maiores. Á hora de planificar os recursos tense escasamente en conta o territorio e ignóranse as comarcas como entes territoriais provistas de contido. As entidades locais, e máis concretamente os servizos sociais comunitarios, sufriron unha perda de persoal e programas que vai en detrimento da boa atención e desenvolvemento de servizos que poñan en valor a comunidade, esa rede social que sempre foi o que máis amparou e protexeu ás persoas. A planificación de servizos faise dende instancias superiores que non teñen en conta ás persoas usuarias nin ás profesionais.

De todo o analizado podemos extraer, a modo de conclusión, unha serie de propostas que permitirían optimizar os recursos dispoñibles e mellorar a prestación de coidados, tendo como premisa que sempre e en todo o territorio, para evitar o desarraigo, deben priorizarse os servizos de axuda no fogar, así como aqueles recursos que promovan a permanencia das persoas no seu domicilio e medio social de vida, fronte aos centros, especialmente cando implican un afastamento ou cambio de localidade:

- As prazas de residencia resultan insuficientes, pero ademais a súa tipoloxía revélase pouco adecuada á luz das circunstancias vividas coa pandemia e o cambio de paradigma social que demanda outros modelos de coidados. Por este motivo, recoméndase a conversión das grandes residencias, tanto públicas coma privadas, en apartamentos de 8-12 persoas afastados do modelo hospitalario actual. Cómpre considerar ademais que este tipo de macroresidencias, na meirande parte, se atopan afastadas en áreas periurbanas que dificulta o acceso das persoas ao goce da cidade. A este respecto cómpre reparar en que as persoas maiores tenden a buscar espazos onde poidan ver xente pasar, ter contacto humano, espazos tranquilos pero socializados. Polo tanto, a inclusión dos servizos e recursos destinados a maiores debe facerse dentro da cidade, promovendo a súa integración e tamén a participación nas dinámicas sociais. Pola súa parte, a arquitectura das grandes residencias adoita estar moi afastada do que precisan as persoas maiores, pois caracterízanse por espazos grandes, carentes de personalidade,

sen límites adecuados nas dimensións e sen a intimidade que precisan moitas veces cando a familia ou amizades as visitan.

- No que atinxe aos emprazamentos cómpre crear recursos alternativos de convivencia en comarcas onde non os hai, malia contar cun elevado número de persoas maiores ou estar marcadas pola dispersión e afastamento de recursos, como poden ser Sarria, Becerreá, Pedrafita, Caurel, Friol, ou Vilalba, que só ten 24 prazas financiadas.

- En relación aos centros de día, urxe crear máis prazas, sobre todo nas vilas e na propia cidade de Lugo, tendo en conta a poboación maior de 65 anos de cada comarca ou entidade de poboación onde se decida actuar. Cómpre subliñar a necesidade de especialización dos centros de día nas diferentes discapacidades ou necesidades da poboación e contar coa participación da comunidade e os propios recursos da zona.

- Con respecto aos programas de axuda no fogar sería necesario duplicar o investimento e diversificar a súa oferta. Resulta fundamental axilizar a prestación do dereito, así como aumentar o número de horas a determinados colectivos como os que padecen dano cerebral adquirido, cancros en estadio 4, esclerose múltiple, así como a outros con patoloxías graves que non agardan, e particularmente, ás persoas con algún grao de dependencia e falta de apoio familiar e/ou social. O actual deseño do programa, de escasa intensidade e lastrado polo proceso de valoración e recoñecemento do grao de dependencia no que se prescinde da valoración social, non garante que as persoas poidan permanecer no seu domicilio: Tende a chegar tarde e cando finalmente chega non se presta dunha forma equitativa. A insuficiencia de horas da Lei da dependencia achega máis a prestación ao que poderiamos considerar medidas de conciliación ca a auténticas axudas á dependencia. O programa debería así mesmo diversificarse, adaptándose aos contextos, de xeito que nas cidades poderían propoñerse servizos de axuda no fogar colectivizados, xa sexa en domicilios propios ou noutros que fosen creados con esta finalidade. Cómpre considerar así mesmo a posibilidade de ofertar este servizo dende os centros residenciais que están emprazados nos centros urbanos, externalizando e ampliando así a función pública cara fóra, cara á cidade e ás persoas. Estas medidas farían das residencias uns centros dotados duns valores de integración máis altos, onde as persoas de dentro poderían establecer comunicación e vínculos con persoas externas e ao revés. A mesma situación podería darse cos servizos de lavandería.

- Onde non sexa posible crear centros de día ou centros de convivencia, como pode acontecer nalgúns concellos pequenos sobre todo da montaña luguesa e concellos do interior a solución dos problemas ha de ser contextualizada, así hai zonas de montaña na provincia de Lugo nas que

un centro de día non sería un recurso adecuado, dadas as dificultades de comunicación; pero poderían incentivarse outras alternativas como un servizo de coidados compartidos ou, de ser o caso, individuais. Pode ser que a unha persoa que ten que coidar ao seu pai ou a súa nai non lle importe compatibilizalo co coidado a outras persoas. Por outra parte, desde os servizos sociais poderíase facer un seguimento dos contratos que as persoas dependentes decidan facer coas coidadoras de forma privada, regulando así a posibilidade de que haxa familias ou persoas que decidan coidar a cambio da herdanza. A miúdo os maiores deixan de establecer os devanditos contratos por sentirse inseguros ao non haber unha regulamentación que os ampare. Dita regulación podería ir encamiñada da posta en marcha dun control e seguimento por parte dos servizos sociais, de forma que as condicións establecidas no contrato sexan de obrigado cumprimento por ambas partes.

- As medidas actuais de acollemento familiar necesitarían dunha forte intensificación en zonas do interior e zonas rurais en xeral para compensar a carencia doutros recursos, polo que sería necesario apoiar tanto economicamente como na loxística propostas que xurdan da comunidade.

- Toda esta diversificación pasaría por considerar a dimensión social e colectiva dos coidados, partindo de creación unhas condicións lexislativas acordes coa prestación de servizos sociais que teñan en consideración a disposición do parque de vivenda. Deben ser as persoas as que decidan como queren ser coidadas, e para isto é necesario o debate social que promova propostas e proxectos. Existen ademais recursos que poderían servir ás comunidades para planificar servizos de coidado, como poden ser os montes en man común existentes en grande número na provincia de Lugo e sobre todo nas comarcas do interior. A Consellería do Medio Rural[11], explica que "A cuarta parte do territorio galego, máis de 700.000 hectáreas, corresponde a monte veciñal en man común, xestionado por 2800 comunidades de montes. Isto vén demostrar que esta figura non só ten importancia como un sinal de identidade e da cultura do noso País, senón tamén como un claro indicador económico e produtivo". A forma xurídica de explotación do monte non só atende á explotación do mesmo, senón tamén ao benestar das persoas. Deste xeito, os beneficios derivados do monte de man común poderían empregarse para proporcionar á comunidade servizos colectivos de atención ás persoas maiores e á dependencia. Ademais destes recursos, cómpre considerar outros. Non hai que esquecer que en Dinamarca a maior parte das vivendas de maiores son construídas por asociación sen ánimo de lucro en

[11] *https://ovmediorural.xunta.gal/es/consultas-publicas/montes-vecinales-en-man-comun?field_provincia_value_selective=lugo&field_concello_value_selective=All&field_parroquia_value*

que Galicia a día de hoxe temos un bo marco xa na gran cantidade de entidades sociais que a día de hoxe están prestando servizos.

- As persoas maiores deberían terse en conta de forma transversal e gozar da máxima protección nos tratados, programas, desenvolvementos lexislativos e tamén na toma de decisións no ámbito do urbanismo e de xestión do territorio. O maior exemplo constitúeo o urbanismo e a arquitectura en xeral, que tradicionalmente ignoraron o campo dos coidados, quizais por ser durante moitos anos esferas masculinizadas nas que os coidados non formaban parte de ningunha das súas axendas. É moi necesario ter en conta eses espazos de socialización, esas beirarrúas ás que Janes Jacob facía referencia no seu libro Muerte y vida de las grandes ciudades e Chamba "acera pública civilizada"[12]. Morenos Ramos D e Corregidor Sanchez Al[13], din que "La ciudad amable ha de brindar un espacio que contenga, comprenda y proteja a los mayores". Escriben sobre o recoñecemento do entorno, das formas organizadas, dos espazos claramente identificados, dos tempos, do movemento, dos percorridos, dos chans antideslizantes, da eliminación de obstáculos e dun sen fin que habería que ter en conta tanto no deseño arquitectónico como no urbanismo.

- Outro aspecto no que por desgraza cómpre seguir traballando con intensidade é o da perspectiva de xénero. Seguimos perpetuando modelos de coidados totalmente feminizados e con salarios precarios. Non conseguimos incorporar aos homes aos coidados, o que socialmente deriva en desequilibrios sociais importantes, xa que dalgunha forma se están excluíndo de participar nun aspecto esencial para a vida e a dignidade das persoas. Por outra banda é imprescindible, para restablecer unha orde social xusta, dotar á sociedade de suficientes servizos públicos para que as persoas poidan coidar sen sentirse afogadas polo feito de que toda a súa vida se vexa absorbida e reducida a iso. Non será un avance social significativo conseguir axudas á contratación de servizos se estes os prestan persoas con salarios precarios e ademais son, de modo xeral, mulleres. En certo xeito, a incorporación da muller á vida laboral xerou a impresión de que abandonaba os coidados. Mais son outras mulleres, xeralmente vidas de áreas máis pobres, as que nos están relevando, pero dunha forma máis triste se cabe, pois cobran baixos salarios e a miúdo teñen detrás situacións dramáticas tras deixar atrás outra vida, vencellos familiares e careceren de vida propia fóra dos coidados nos casos das internas. Danse por tanto situacións de verdadeiro desarraigo social cando estas mulleres incorporan fillos xa adultos que non coñecen o país nin ás súas propias nais, das que a

[12] *Jacob Jane (1961) Pag 108 "Muerte y vida de las grandes ciudades".*

[13] *D Morenos Ramos e Al Corregidor Sanchez. Paf 248. Urbanismo, espacio públio y personas mayores: Hacia la amabilidad en el espacio.*

miúdo se separaron nunha idade temperá. É este un problema social que teremos que enfrontar con programas de inserción, mais non cabe dúbida ningunha que estes programas terán un mero carácter paliativo, se non se ten en conta que a verdadeira prevención ten que pasar por mellorar a calidade de vida e laboral destas persoas que se incorporan á vida social do noso contexto.

- A posta en marcha de servizos e centros destinados ao coidado de persoas maiores non pode depender da iniciativa e deriva de calquera persoa que sen ningún coñecemento ou especialización sobre o tema decida pór en marcha un servizo con intención de rendibilidade económica. A normativa debería ser moi coidadosa en non permitir que os coidados de maiores dependan de plans de investimento privados nos que o obxectivo é o beneficio económico. Para iniciar unha actividade deste tipo debería existir unha formación e uns avais que garantan a competencia e a boa prestación de servizos. Non cabe ningunha dúbida de que ademais da implantación doutras normas e marcos lexislativos, unha forma de disuadir aos fondos de inversión sería que os servizos de coidado que non pertencen á administración pública fosen ofertados por asociacións ou entidades sociais da mesma localidade. Agora mesmo calquera persoa podería dicir que isto non é posible nin aceptable porque contravén a normativa e vai contra os tratados internacionais. Pero a este respecto cómpre dicir que o mesmo esforzo que se fixo para facer tratados e desenvolver unha lexislación que ás veces resulta ben complicada de entender se pode facer no sentido contrario, para lexislar e outorgar garantías e dereitos ás persoas maiores.

- Debe considerarse a vivenda como un recurso social con potencial para crear servizos alternativos de coidados. Para isto sería necesario:

  - A implantación de políticas que mobilicen o parque de vivenda baleira, dende o estudo real da situación a medidas que realmente sexan eficaces a este fin.

  - Un forte investimento nas políticas encamiñadas á eliminación das barreiras arquitectónicas das vivendas habitadas por persoas maiores, así como a posibilidade de ofertar o cambio de vivenda, cando isto fose preciso.

  - A cesión de cha e/ou vivenda pública a unha comunidade de persoas que, baixo a figura de cooperativa ou sociedade, xestione a súa utilización para os coidados colectivos durante a vellez. Para isto a propia administración podería adquirir vivendas baleiras que moitas veces están próximas e tamén edificios grandes sen uso, tanto públicos como privados.

- A xestión pública directa dos coidados en vivendas/barrios ou mesmo xestión indirecta mediante cooperativas e asociacións sen ánimo de lucro da mesma localidade.

- A xestión pública compartida de vivendas e/ou centros de día destinadas aos maiores, con entidades de poboación tales como asociacións de veciños, montes veciñais, ou entidades sociais que teñan como finalidade os coidados compartidos e a vida comunitaria dentro da lóxica da xestión pública. É necesario facer fincapé na importancia deste punto, xa que por unha banda estimularíase a participación no deseño e xestión, e doutra gañaríase en humanidade e eficacia ao implicar a persoas que se coñecen e comparten territorio e que polo tanto non son alleas ás problemáticas da zona.

En suma, como se dicía na primeira comisión sobre persoas maiores en Dinamarca, Ældrekommisi, a palabra clave na planificación dos servizos sociais é flexibilidade, tanto na vivenda como nos coidados. Isto significa que as institucións deben ser substituídas por vivendas apropiadas para os maiores, por fogares. Atendidas mediante servizos externos e flexibles que se axusten ás necesidades dos usuarios e que teñan no centro a atención à persoa coa súa experienza de vida. Mais este modelo non será posible se non se potencian e se reforzan os servizos sociais comunitarios concedéndolles toda a importancia que teñen na creación de redes e desenvolvemento comunitario, pois hai que lembrar agora máis que nunca, que non só están para axudar na consecución de dereitos, senón tamén para construír vínculos, un dos recursos que máis axuda e protección brinda ás persoas.

7. BIBLIOGRFÍA

- Bauman, Zygmunt (2000). *Modernidad líquida*. Argentina: Fondo de Cultura Económica, 2004.

- Del Olmo, Carolina (2013). *¿Dónde está mi tribu? Maternidad y crianza en una sociedad individualista*. Madrid: Ed. Clave Intelectual.

- Flaquer, Lluís (2013). *"Los trabajos de cuidado: de una obligación tradicional a un derecho social",*

- García Lantarón, Aitor (2015). *Vivenda para un envejecimiento activo*. El pardigma danes. https://oa.upm.es/40528/1/HEITOR_GARCIA_LANTARON.pdf

- Gilligan, Carol (2013). *La ética del cuidado*. Barcelona: Fundació Victor Grifols i Lucas.

- Gilligan, Carol (1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Lebrusan Murillo, Irene (2019). *La vivienda en la vejez: problemas y estrategias para envejecer en sociedad*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

- Iglesias de Ussel, Julio (2001). *La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales*. Análisis cualitativo. Madrid: Imserso.

- Madoz, Vicente (1996). *10 palabras clave sobre los miedos del hombre moderno*. Navarra: Verbo Divino, Estrella. 1998. pp. 283-4.

NECESIDADES SOCIAIS DA POBOACIÓN DA ZONA RURAL NORTE. VISIÓN DENDE O TRABALLO SOCIAL

Rosa Ana Baleirón Baamonde (colexiada n.º 3530)
Premio Día Mundial do Traballo Social 2021
Modalidade Investigación

RESUMO:

O motivo desta investigación foi o afán de facer un estudo sobre as necesidades sociais que presenta a poboación que vivía na zona Rural Norte do concello de Santiago de Compostela no ano 2015, dende a visión e perspectiva do Traballo Social. Para facer este estudo fíxose unha comparativa entre as intervencións realizadas e rexistradas cos usuarios de servizos sociais, e os recursos cos que contan os mesmos en dita zona, xa ben sexan de carácter social (asociacións, centros socioculturais), como sanitario ou educativo (centros de saúde, colexios). Ademais tívose en conta a perspectiva e opinión de diversos informantes clave (persoas que teñen ou tiveron unha implicación real e activa na zona) sobre as necesidades e os recursos desta.

A importancia deste informe para o traballo social é ben sinxela; é primordial para ofrecer unha resposta efectiva, localizar e detectar as características e carencias da poboación coa que se vai tratar. Ademais da poboación en si, tamén se debe ter claro cales son os recursos sociais cos que conta a zona, para poder aproveitalos mellor ou crealos se non existen.

PALABRAS CLAVE:

Rural, necesidades sociais, recursos, informantes clave.

RESUMEN:

El motivo de esta investigación fue el afán de hacer un estudio sobre las necesidades sociales que presenta la población que vivía en la zona Rural Norte del municipio de Santiago de Compostela en el año 2015, desde la visión y perspectiva del Trabajo Social. Para hacer este estudio se hizo una comparativa entre las intervenciones realizadas y registradas con los usuarios de servicios sociales, y los recursos con los que cuentan los mismos en dicha zona, ya bien sean de carácter social (asociaciones, centros socioculturales), como sanitario o educativo (centros de salud, colegios). Además se tuvo en cuenta la perspectiva y opinión de diversos informantes clave (personas que tienen o ha tenido una implicación real y activa en la zona) sobre las necesidades y los recursos de la misma.

La importancia de este informe para el trabajo social es bien simple; es primordial para ofrecer una respuesta efectiva, localizar y detectar las características y carencias de la población con la que se va a tratar. Además de la población en si, también se debe tener claro cuáles son los recursos sociales con los que cuenta la zona, para poder aprovecharlos mejor o créalos si no existen.

PALABRAS CLAVE:

Rural, necesidades sociales, recursos, informantes clave.

ABSTRACT:

The reason for this research was the desire to carry out a study on the social needs presented by the population that lived in the “Rural Norte” area of the municipality of Santiago de Compostela in 2015, from the vision and perspective of Social Work. To carry out this study, a comparison was made between the interventions carried out and registered with the users of social services, and the resources available to the same people in the area, whether they are of a social nature (associations, socio-cultural centres), such as healthcare field or educational (health centres, schools). In addition, the perspective and opinion of various key informants (people who have or have had a real and active involvement in the area) on its needs and resources were taken into account.

The importance of this report for social work is very simple; it is essential to offer an effective response, locate and detect the characteristics and deficiencies of the population with which it is going to treat. In addition to the population itself, you must also be clear about the social resources that

the area has, in order to make better use of them or create them if they do not exist.

KEY WORDS:

Rural, social needs, resources, key informants.

1. INTRODUCIÓN

Na realización desta investigación tívose que ter en conta unha péga: o territorio e poboación para estudar pertencen ao concello de Santiago, municipio que se considera para todos os efectos urbano, pero a zona obxecto de estudo é considerada rural, de aí a súa denominación, "Rural Norte". Por iso o marco teórico que segue está enfocado a facer unha caracterización do rural.

1.1. O rural

Segundo a Lei 45/2007, do 13 de decembro, para o desenvolvemento sostible do medio rural, enténdese por municipio rural de pequeno tamaño "o que posúa unha poboación residente inferior aos 5.000 habitantes e estea integrado no medio rural".

No caso de Galicia, só o 4 % da poboación galega vive en municipios menores de 2.000 habitantes, mentres que aproximadamente a metade dos habitantes residen en núcleos (entidades singulares) menores de 2.000 habitantes; polo tanto, aínda que 10 000 habitantes pareza un tamaño elevado para definir o rural, non resulta tan elevado na práctica (Camarero, Cruz, González, Del Pino, Oliva, e Sampedro, 2009).

Nos últimos anos obsérvase un lixeiro incremento do interese polo rural español, que se viu favorecido pola posta en marcha de diversas políticas europeas e estatais, como é o caso da Lei 45/2007, que fixo que se pasase dunha perspectiva de tipo agrario a outra de tipo territorial, integrando aspectos económicos, sociais e medioambientais (Camarero et al., 2009). A lei dota de importancia o medio rural xa que integra o 20 % da poboación (que se elevaría ata o 35 % se se inclúen as zonas periurbanas[1]) e afecta o 90 % do territorio.

[1] Aquelas zonas de poboación crecente, con predominio do emprego no sector terciario, niveis medios ou altos de renda e situadas no ámbito das áreas urbanas ou áreas densamente poboadas (artigo 10.1 da Lei 45/2007, do 13 de decembro, para o desenvolvemento sostible do medio rural).

O aumento de poboación que viviu España durante a última década concentrouse principalmente nas zonas urbanas, o que tamén afectou o medio rural. Tendo en conta isto, son os municipios rurais de maior tamaño, en especial no ámbito de áreas urbanas, os que principalmente estarían a gañar poboación (Camarero et al., 2009). No caso de Santiago a franxa periurbana esténdese fundamentalmente polo sur e o oeste da cidade e afecta a tres dos municipios limítrofes coa urbe, Ames, Brión e Teo (Aldrey, 1997).

Camarero et al. (2009, p. 47) sitúan o rural da provincia da Coruña dentro do "modelo de ruralidade transición". Este modelo caracterízase por un alto envellecemento, masculinización e redución da base da poboación. Pero a xeración soporte (entre os 30 e os 60 anos) mantén unha posición de relativa vitalidade, sostendo a dependencia que xera o envellecemento.

Para Cabero (2010) as características que presenta o rural son o forte envellecemento e un crecente sobreenvellecemento (persoas de 80 e máis anos), deficiencia de servizos sociais, de transportes públicos e infraestruturas, insuficiente rede de telecomunicacións, débil estrutura social e económica, e a debilitación da rede de apoio informal (familia, veciños, amigos) debido á incorporación da muller ao ámbito laboral e á constante emigración da xente nova.

1.1.1. Densidade de poboación

O antigo Ministerio de Medio Ambiente, e Medio Rural e Mariño (2009) caracteriza o rural español por ter unha baixa densidade de poboación, 19,79 hab./km² de media, dato inferior á media do conxunto do Estado que se sitúa en 92 hab./km². Se falamos de Galicia, os municipios rurais seguen o mesmo patrón, 37,2 hab./km² que equivale ao 40 % da que se rexistra na comunidade, 92 hab./km²; mentres que a densidade de poboación dos municipios urbanos é de 437,4 hab./km² (Vázquez, Sineiro e Lorenzana, 2008). Seguindo isto o concello de Santiago pode ser catalogado como urbano xa que ten unha densidade de poboación no 2014 de 435,6 hab./km² (IGE, 2015).

Esta baixa densidade de poboación, leva consigo unha débil presenza da actuación primaria e unha maior dispersión de centros asistenciais e de servizos, que incrementa o desamparo e as dificultades para a fixación da poboación ao territorio (Cabero, 2010; Camarero et al., 2009). A automobilidade[2] converteuse nun elemento clave do mundo rural contemporáneo. A centralización dos servizos (sanitarios, educativos), así como das ofertas comerciais e de ocio no urbano, outórganlle á automobilidade un papel estratéxico. Este feito supón un factor de vulnerabilidade e desigualdade para numerosos grupos rurais (Camarero et al., 2009). Para Méndez (2012) hai

[2] Mobilidade baseada nos automóbiles privados.

dous tipos de elementos indispensables para potenciar a poboación no rural que son o transporte e as TIC[3]. Esta falta de recursos non afecta só o transporte en xeral, senón tamén o transporte público adaptado (Charroalde e Fernández, 2006; Lorenzo, Maseda e Millán, 2008).

En canto á forma de composición dos fogares españois rurais responde ao patrón familiar clásico, que agrupa unicamente persoas dunha familia (fogares unifamiliares exclusivos). Máis concretamente, as familias nucleares, é dicir, formadas por unha parella e os fillos, constituían en 2001 o 39,1 % dos fogares, mentres que os fogares formados só por unha parella alcanzaban o 17,3 % (Camarero et al., 2009).

1.1.2. Envellecemento da poboación

A proporción de poboación con idades superiores a 65 anos presenta unha relación directa coa perda de poboación, é dicir, canto maior sexa o número de persoas maiores de 65 anos, máis poboación se perderá. A taxa media global en España é do 18 %, mentres que a media global para o ámbito rural é do 31 % (Ministerio de Medio Ambiente, e Medio Rural e Mariño, 2009). Espérase que a poboación que se encontra neste tramo de idade continúe en crecemento, ata alcanzar o 21,2 % en 2025 e o 30,8 % en 2050 segundo as proxeccións do Instituto Nacional de Estatística, elaboradas a partir do censo de 2001 (Hernández Rodríguez, citado en Atance, García Corral, Martínez Jávega, Pujol e Urruela, 2010). Esta taxa baséase no descenso da natalidade no pasado máis recente; maior taxa de supervivencia de nenos e xente nova, o aumento da esperanza de vida e o éxodo dos mozos e mozas cara ao medio urbano, conforman pirámides de poboación con base estreita (Martínez Coll, 2001). A estes factores engádese o fenómeno de retorno aos núcleos rurais das persoas maiores de 55 anos, que se vén experimentando dende principios dos anos noventa (García Sanz, 1994).

No concello de Santiago no ano 2014 (IGE, 2015), a porcentaxe de persoas que superan os 65 anos é do 19,6 %, e o índice de envellecemento é de 120,1. Se comparamos estes datos cos do ano 2002 veremos que se incrementou a porcentaxe de poboación maior de 65 anos un 19,5 %, e o índice de envellecemento nun 35,6 %.

Querol (2008) expresa que o peso deste grupo de poboación incide na visión e as perspectivas de futuro das xeracións posteriores. Así, xunto a unha importante porcentaxe de pensionistas, conviven xeracións de agricultores multifuncionais que complementan as súas rendas co turismo, realizando labores forestais vinculados a organismos públicos etc. Isto concorda co que sinala o Programa de desenvolvemento rural 2014-2020 de Galicia (Consellería

[3] Tecnoloxías da Información e do Coñecemento.

do Medio Rural e do Mar, 2014), que di que o envellecemento da poboación, xunto cos efectos negativos provocados pola súa excesiva concentración e a dispersión dos núcleos, explica a dificultade que supón a articulación dun sistema eficiente de servizos básicos en materia de comunicación, benestar, saúde ou educación no medio rural. Dende o mesmo programa, critican que, "en tanto a tendencia á urbanización se consolida, a oferta de servizos oriéntase necesariamente á demanda e, en ausencia dunha demanda cuantitativamente rendible, os servizos ofrecidos no ámbito rural encarécense ou simplemente extínguense" (Consellería do Medio Rural e do Mar, 2014, p. 11).

Camarero et al. (2009) sinalan que o medio rural está sobreenvellecido, pero á súa vez reduciu o peso relativo das xeracións maiores. Isto é o resultado de varios procesos: por unha parte, agora chegan a idades anciás xeracións pequenas por efecto da emigración rural; e por outra parte, a xeración soporte, creceu pola chegada de novos residentes, que reforzan a poboación nas idades intermedias. Estes novos residentes, ou como Saco (2010, p. 18) os denomina, "neorrurales[4]", concéntranse nas idades novas, 20-34 anos, uns cinco anos menos que a xeración soporte, o que non só engade efectivos a esta xeración senón que lle dá continuidade. Para Méndez (2012) isto produciuse a raíz de novas oportunidades de emprego, ós efectos de algunhas políticas de desenvolvemento rural e á chegada de inmigrantes estranxeiros, o permite concibir algunhas esperanzas de recuperación.

O envellecemento da poboación, o aumento da esperanza de vida e a desaparición da familia extensa (Lorenzo et al., 2008) ten como resultado o aumento dos fogares unipersoais, e ademais reduciuse o volume das xeracións intermedias como consecuencia do intenso éxodo rural (Camarero et al., 2009).

O envellecemento trae consigo a dependencia. En Galicia, hai "aproximadamente un dependente por dúas persoas da xeración soporte, o que a fai quedar nunha situación de extrema limitación na que a actividade da súa poboación activa está estreitamente ligada á atención á dependencia" (Camarero et al., 2009, p. 90). O índice de dependencia global do concello de Santiago no ano 2014 (IGE, 2015) é de 47,7, é dicir, hai 47,7 persoas de menos de 16 e máis de 64 anos por cada 100 que teñen máis de 15 e menos de 64; deses 47,7 persoas dependentes, 28,9 teñen máis de 65 anos.

1.1.3. Masculinización

Camarero et al. (2009, p. 50) definen a masculinización como o "desequilibrio demográfico que se concreta nun déficit de mulleres respecto á proporción que naturalmente debese existir entre os dous sexos ou razón biolóxica".

[4] Persoas de procedencia urbana que optan por situar a súa residencia e traballo no medio rural.

Segundo o Ministerio de Medio Ambiente, e Medio Rural e Mariño (2009), existe unha relación inversamente proporcional entre masculinización da poboación e tamaño dos municipios. No medio rural o número de homes é superior ao de mulleres (taxa maior que 100); non obstante isto non ocorre en Galicia, onde as taxas de masculinidade están por debaixo de 100, debido á maior lonxevidade das mulleres que predominan (Atance et al., 2010). A índice de masculinización do concello de Santiago no 2014 (IGE, 2014) é de 86,9 puntos.

A masculinización do medio rural pódese explicar mediante o fenómeno que se deu en chamar «fuxida ilustrada» (Atance et al., 2010, p. 47; Camarero et al., 2009, p. 54). Trátase dunha estratexia de mellora da cualificación formativa; priviléxiase o relevo na xestión da explotación por parte dos fillos varóns e foméntase o estudo das mulleres como un medio para favorecer a súa mobilidade social. Este fenómeno produce un paulatino éxodo de mulleres fóra do medio rural e dificulta a creación de novas unidades familiares no medio rural (Camarero et al., 2009; Camarero e Sampedro, 2008; Ministerio de Medio Ambiente, e Medio Rural e Mariño, s.d.; Querol, 2008).

Camarero et al. (2009) e Méndez (2012) considera o binomio educación e desarraigamento rural como a causa fundamental da fuxida xuvenil do medio rural, e especialmente da fuxida das mulleres, sendo polo tanto o elemento clave da masculinización rural.

1.1.4. A muller no rural

Para Méndez (2012, p. 96) a muller no rural é invisible, “anulada por unha cultura patriarcal e machista”. Este e outros condicionantes sociais e económicos existentes no mundo rural levaron a que as mulleres abandonasen as zonas rurais en maior medida que os homes, permanecendo os colectivos de mulleres de maior idade (Ministerio de Medio Ambiente, e Medio Rural e Mariño, 2009). Isto ten un tremendo impacto na sostibilidade social do rural debido a que o papel que desempeñan as mulleres tradicionalmente no rural é o da provisión de atención e coidados á poboación dependente (Camarero et al., 2009; Lorenzo et al., 2008; Méndez, 2012). Debido a este rol, a escaseza de dotacións de servizos é a causa de que o coidado dos nenos se insira con maior intensidade en formas unicamente familiares e iso modifica as posibilidades de conciliación da vida laboral coa familiar (Camarero et al., 2009). Por iso reclaman servizos de proximidade (coidado do fogar e nenos) que lles dea a oportunidade de traballar neles e acceder a outros sectores (Méndez, 2012). Cabe engadir que as mulleres son as dependentes xa que “a cuarta parte das mulleres maiores de 59 anos teñen problemas para desprazarse fóra do domicilio. Un 15 % das mulleres rurais, é dicir, unha de cada seis do devandito grupo de idade, teñen mesmo dificultades de desprazamento polo

interior da súa vivenda, cifra que alcanza a un de cada dez homes rurais" (Camarero et al., 2009, p. 82).

Para deter a emigración feminina do rural, é necesario mellorar as condicións de vida das mulleres rurais e combater os desequilibrios de xénero existentes, ou o que é o mesmo, incorporar o enfoque de xénero ao desenvolvemento rural e construír con iso un desenvolvemento sostible (Ministerio de Medio Ambiente, e Medio Rural e Marino, s.d.).

Se se analiza a poboación activa de Galicia segundo o sexo e o sector económico, chama a atención que no sector agrario e gandeiro, dende o ano 2010 ata o 2015 (IGE, 2015), houbo un descenso de 11 500 mulleres (nos homes só reduciron 5.600).

1.2. Os servizos sociais no rural

Segundo o artigo 2 da Lei 13/2008 de servizos sociais de Galicia, enténdese por servizos sociais o "conxunto coordinado de prestacións, programas e equipamentos destinados a garantir a igualdade de oportunidades no acceso á calidade de vida e á participación social de toda a poboación galega, mediante intervencións que permitan o logro dos obxectivos expresados no artigo seguinte". No artigo 9 fai referencia á coordinación dos servizos sociais comunitarios con diversos servizos, especialmente, se é o caso, co de desenvolvemento rural para favorecer unha intervención integral coas persoas.

No artigo 2 do Decreto 99/2012, polo que se regulan os servizos sociais comunitarios, no seu punto 2 apartado *b*, garántelles a proximidade dos servizos sociais comunitarios ás persoas usuarias e ás súas familias.

Pero non só as leis específicas dos servizos sociais, fan referencia á proximidade e a garantir uns servizos de calidade. A Lei 45/2007, para o desenvolvemento sostible do medio rural persegue a mellora da situación socioeconómica da poboación das zonas rurais e o acceso a uns servizos públicos suficientes e de calidade. No artigo 2 formula como obxectivos o dotar ao medio rural, e, en particular aos seus núcleos de poboación, das infraestruturas e os equipamentos públicos básicos necesarios en especial en materia de transportes, enerxía, auga e telecomunicacións; potenciar a prestación duns servizos públicos básicos de calidade, adecuados ás características específicas do medio rural, en particular nos ámbitos da educación, a sanidade e a seguridade cidadá; garantir o dereito a que os servizos no medio rural sexan accesibles ás persoas con discapacidade e as persoas maiores. Estes servizos son os de educación, sanidade (onde tamén se formula como obxectivo a mellora do acceso dos cidadáns); e os servizos sociais como queda recollido no artigo 32 "protección social" onde se establece o facer efectivo o acceso ás prestacións e servizos sociais.

Todo isto se ve enfrontado co punto 1 da disposición transitoria segunda «Asunción polas comunidades autónomas das competencias relativas a servizos sociais» da Lei 27/2013, do 27 de decembro, de racionalización e sostibilidade da Administración local exponse que "o día 31 de decembro de 2015, [...], as comunidades autónomas asumirán a titularidade das competencias que se prevían como propias do municipio, relativas á prestación dos servizos sociais e de promoción e reinserción social". Aínda que a Lei 5/2014, do 27 de maio, de medidas urxentes derivadas da entrada en vigor da Lei 27/2013, do 27 de decembro, de racionalización e sostibilidade da Administración local, determina que estas competencias "continuarán sendo prestadas polos municipios mentres non se dean as condicións previstas para o seu traspaso na normativa básica".

Segundo isto, os concellos só exerceran como competencia propia a avaliación e información de situacións de necesidade social e a atención inmediata a persoas en situación ou risco de exclusión social. Isto modifica os artigos 25 (punto 1, apartado *k*) e 26 da Lei 7/1985, reguladora das bases de réxime local, na que se lles daba competencias aos concellos para prestar os servizos sociais, e obrigaba os municipios de máis de 20 000 habitantes a prestalos. Agora tan só estarán obrigados a avaliar e informar.

Para Cabero (2010) e Lorenzo et al. (2008), no rural, son prioritarios os servizos de proximidade e a atención ás persoas maiores, que abranga aspectos como a atención a domicilio, a promoción da autonomía e os programas de autoaxuda e de desenvolvemento persoal, entre outros. Esa proximidade ten que ser axeitada aos contextos cotiáns, e formar un instrumento de apoio para que a poboación permaneza e se fixe no seu ámbito habitual. Debe desenvolverse, na medida do posible, na casa dos usuarios; cando isto non sexa posible, estas persoas deben dispoñer dun transporte público que os achegue a onde poidan recibir a atención que necesitan (Cabero, 2010; Lorenzo et al., 2008). Pero, para o mesmo autor, a falta de transporte público e o mal estado das estradas (principalmente provinciais e municipais) aumenta o illamento.

No mundo rural sobresae o Servizo de Axuda no Fogar (SAF) como a prestación máis demandada (debido ó desexo das persoas maiores de permanecer no seu domicilio), o que determina que non só se presten servizos sociais, senón sociosanitarios nos que participen os axentes de desenvolvemento rural, de igualdade, de asociacións, centros escolares, casas de cultura e de toda a poboación en xeral concentrados en centros polivalentes que integren e optimicen os escasos recursos dispoñibles (Cabero, 2010). Pero no caso de España, isto non está pasando, xa que é un dos países da Unión Europea con menos gasto público na asistencia ós maiores (Lorenzo et al., 2008).

Para Jurado e Pérez-Mayo (s.d.), o envellecemento da poboación rural implica unha forte dependencia do sistema de pensións (Consellería do Medio Rural e do Mar, 2014), e estas acostuman ser inferiores ás percibidas pola poboación urbana (García Sanz, 1996; Jurado e Pérez-Mayo, s.d).

A información ten un dobre fío no rural para Cabero (2010). Por unha banda "a información sobre servizos sociais, axudas ou subvencións ás que ten dereito esta poboación non sempre chega a quen máis a necesita" (Cabero, 2010 p. 8); e por outra "non temos conceptos precisos e definicións contrastadas acerca da pobreza rural en España, en boa medida invisible para as estatísticas e oculta para a sociedade" (Cabero, 2010 p. 11), é dicir a información nin chega ao rural nin chega desde o rural.

Para este mesmo autor, a pobreza do rural sófrea a poboación que sofre máis a inmobilidade (maiores e mulleres), e asóciase coa accesibilidade ou non a bens e servizos (transporte, cultura...). A exclusión social relaciónase non só coa carencia de ingresos, senón coa privación de dereitos e oportunidades, como pode ser a asunción do coidado dos familiares, principalmente, polas mulleres (Cabero, 2010; Novo-Corti e Barreiro-Gen, 2012). Cabe resaltar que segundo Cabero (2010) e Miguez (2012) algunhas demandas e necesidades sociais resultan máis custosas no rural que no urbano debido a dispersión poboacional.

2. DESCRICIÓN DA ZONA RURAL NORTE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

2.1. Delimitación xeográfica

A cidade de Santiago de Compostela está situada na provincia da Coruña. É a capital de Galicia, a sede da arquidiocese, do distrito universitario e do partido xudicial homónimos, ademais de constituír un dos principais centros culturais do país (Concello de Santiago, 2005a). A zona na que se centra esta investigación é a Rural Norte, que se sitúa na parte norte do concello de Santiago de Compostela. Delimita cos concellos de Ames, Val do Dubra, Trazo e Oroso; e abrangue as parroquias da Barciela, Busto, A Enfesta, San Xoán de Fecha, Santa Cristina de Fecha, Grixoa, Marantes, Nemenzo, San Caetano, A Peregrina e Verdía.

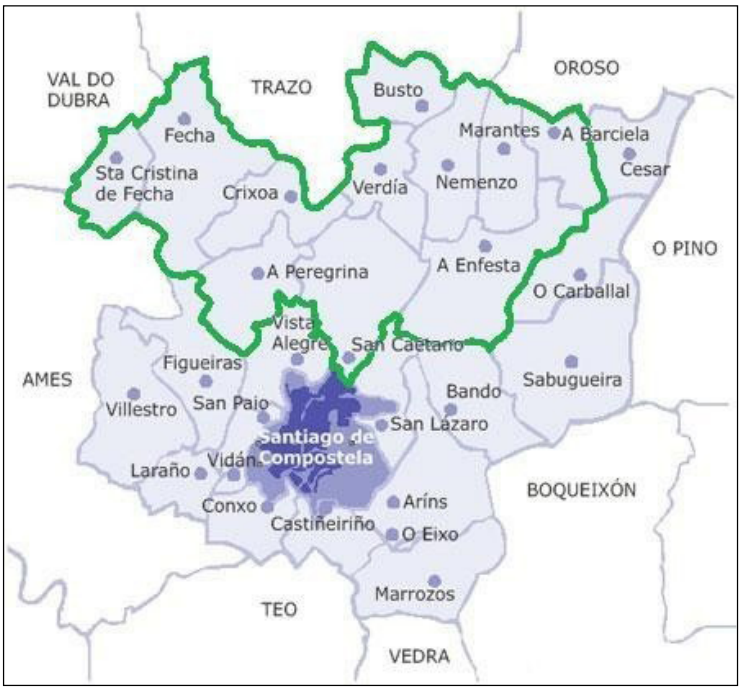


Figura 1. Mapa da zona Rural Norte.

Fonte: Elaboración propia a partir de Compostela Virtual (2015). Recuperado de http://www.compostelavirtual.com/.

2.2. Poboación

Na zona Rural Norte, segundo os datos do padrón de habitantes de 2015, hai un total de 4312 persoas, das cales 2227 son mulleres e 2085 homes. A maior parte da poboación, un 27,4 %, vive na parroquia de San Caetano e un 14,7 % na da Enfesta. Nas parroquias onde menos poboación vive é na de Santa Cristina de Fecha con só un 3,4 % da poboación da zona. En case todas as parroquias a porcentaxe de mulleres é superior á dos homes e destaca o caso de Santa Cristina de Fecha onde o 60,5 % da poboación é muller; nas de Grixoa, Nemenzo e A Peregrina ocorre o contrario, hai máis homes que mulleres. Tan só un 0,8 % da poboación da zona é estranxeira. Dato que contrasta coa porcentaxe do concello no que a poboación estranxeira represente o 3,9 % da poboación total (datos do Padrón de habitantes de 2015). En canto á idade, o número máis elevado de poboación ten entre 61 e 75 anos (21,7 %), seguido dos que teñen entre 16 e 45 que suman o 42,6 %. A franxa de poboación menos habitual é a de 91 ou máis anos (1,7

%). Cabe resaltar que os habitantes de máis de 61 anos suman o 34,9 %, mentres que os de 0 a 29 anos acadan o 22,5 %.

2.3. Recursos educativos

En toda a zona só existe un centro educativo, o Colexio de Educación Infantil e Primaria Arquitecto Casas Novoa. Está situado no lugar da Sionlla de Abaixo n.º 10, na parroquia da Enfesta. Na súa zona educativa inclúense as parroquias da Barciela, Busto, Grixoa, Marantes, Nemenzo, San Caetano, Verdía e por suposto a Enfesta. Conta con servizo de transporte escolar e con comedor que, segundo a capacidade económica da familia, pode chegar a ser gratuíto. É o único colexio do concello con xornada partida (mañá e tarde) o que fai que moitos pais de distintas partes de Santiago matriculen os seus fillos neste centro.

2.4. Recursos de saúde

O Rural Norte está enmarcado na área sanitaria de Santiago, recollido no Decreto 126/1984, do 27 de xullo, polo que se aproba o mapa sanitario de Galicia. A zona non conta con ningún centro sanitario, polo que os seus habitantes acoden o Centro de Saúde de Vite, na súa maioría, ou a outros centros. É sorprendente que tampouco haxa ningunha farmacia en todo o territorio.

2.4.1. Tecido asociativo e sociocultural

Na zona obxecto de estudo atópanse 10 centros socioculturais, xa que na Barciela non hai ningún. Contan con 12 asociacións veciñais, 4 de tipo cultural, 4 deportivas e 4 asociacións xuvenís.[5] As parroquias con máis movemento asociativo son as de San Caetano e a de San Xoán de Fecha, xa que son as que contan con maior número de asociacións e de tipo máis variado.

2.5. Recursos económicos

Un dos recursos económicos máis importantes e con máis proxección de cara ao futuro da zona atópase na parroquia da Enfesta, onde está situado o polígono industrial da Sionlla. Trátase dunha superficie de 1 33 228 metros cadrados de solo industrial segundo a Coordinadora Española de Polígonos Empresariais (2015), que foi inaugurado no ano 2012. Na actualidade só están en funcionamento a que é unha das empresas máis

[5] Concello de Santiago de Compostela (2015b) e de Centros Socioculturais de Santiago (2005)

grandes de Santiago, a Financiera Maderera S.A., coñecida como a FINSA, e recentemente a tenda Bricomart. A FINSA (2014) contaba en 2014 cun total de 3015 empregados o que a converte nun dos sustentos de moitas familias. Actualmente o polígono atópase en expansión coa venda de varias parcelas.

2.5.1. Turismo

Neste apartado temos que falar do sector hostaleiro, que tamén ten a súa presenza na zona. No referente ao aloxamento, segundo a páxina web de Turismo de Galicia (2013), actualmente hai tres hoteis (dous en Marantes e un na Enfesta) e tres casas de turismo rural (Sta. Cristina de Fecha, outra en San Caetano e unha na Peregrina). Se nos centramos no gastronómico, atopamos un total de cinco restaurantes na zona, tres deles na parroquia da Enfesta, un na Barciela e outro en San Caetano (Turismo de Galicia, 2013).

E como non, hai que falar do Camiño de Santiago. Pola zona Rural Norte transcorren uns 11,2 quilómetros do camiño inglés; este pasa polas parroquias de A Barciela, Marantes, A Enfesta e San Caetano.

2.5.2. Recursos de mobilidade

As vías de comunicación máis importantes que transcorren pola zona son (Concello de Santiago, 2005c): a estrada nacional N-550 ao seu paso pola Enfesta, Marantes e A Barciela, unha estradas comarcal (pasa polas parroquias de Sta. Cristina de Fecha, Fecha e A Peregrina), unha provincial (A Grixoa e A Peregrina), e transcorre pola zona a autoestrada AP-9, pero non ten saída/entrada.

En canto ao transporte público, hai diversas zonas que non teñen ningún tipo de transporte, este é o caso das parroquias de San Xoán de Fecha, Verdía, Nemenzo, Busto e Marantes. As parroquias que mellor comunicadas están son: A Peregrina (transcorren tres liñas), Grixoa (transcorren dúas liñas) e A Enfesta (transcorren dúas liñas). A liña Grixoa-Santiago de Compostela só pasa dúas veces ao día, unha de ida e outra de volta. A liña Santa Comba-Santiago Estación de Autobuses e a liña P4: Praza de Galicia/Sionlla, só teñen catro autobuses ao día, dous de ida e dous de volta. Aucasa (2012), Monbús (2015) e Tussa (2015).

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. Obxectivos

Xeral

- Comparar as necesidades sociais con relación ás intervencións que se realizan cos usuarios de servizos sociais da zona Rural Norte do concello de Santiago de Compostela, coa opinión que teñen informantes clave con implicación directa na zona.

Específicos

- Describir as características sociodemográficas dos usuarios dos servizos sociais comunitarios da zona Rural Norte.
- Identificar as intervencións sociais que se realizan cos usuarios dos servizos sociais comunitarios da zona Rural Norte.
- Sinalar cales son as necesidades sociais que ten a poboación do Rural Norte, segundo a opinión dos informantes clave.
- Coñecer a opinión dos informantes clave sobre os recursos existentes.

3.2. Poboación obxecto de estudo

Para acadar o obxectivo xeral desta investigación contouse con dous grupos de poboación diferentes:

- As 160 persoas da zona coas que se estaba intervindo a día 31 de marzo de 2015 (última data de obtención de datos) dende os servizos sociais. Para establecer o número, o universo poboacional de referencia foron os 443 expedientes familiares da UTS[6]07 do concello de Santiago de Compostela. Os expedientes empregados foron aqueles que seguen abertos (que non están dados de baixa debido a falecemento dos usuarios ou a derivación a outra UTS) e só os que tiñan algunha intervención en activo. Dentro da unidade de convivencia, só se seleccionaron as persoas que tiñan algunha intervención aberta.

[6] Unidade de Traballo Social

- O segundo grupo foi a que se denominou informantes clave. Estas son persoas que, pola súa implicación directa coa zona Rural Norte, teñen unha visión de conxunto e próxima da situación da poboación e as súas necesidades sociais. Este grupo quedou formado por un total de 10 persoas. Contouse cos seguintes profesionais:

  - 2 Orientadoras de centros educativos que teñen alumnos da zona.

  - 1 Traballadora social dun dispositivo de saúde ao que acode poboación da zona.

  - 2 Persoas relacionadas con centros socioculturais.

  - 3 Traballadores sociais pertencentes a dúas entidades de iniciativa social.

  - 1 Persoa pertencente á unha organización relixiosa.

  - 1 Traballadora social pertencentes á unha asociación.

Neste caso o tipo de mostraxe que se empregou foi estratéxico, é dicir, seleccionouse unha mostra onde a poboación responde a criterios acordes cos obxectivos da investigación.

3.3. Técnicas de recollida de datos

Para obter os datos precisos para a realización da comparativa, empregáronse dúas técnicas; a primeira foi o uso e reelaboración de datos secundarios e a segunda a enquisa.

A primeira das técnicas realizouse a través da consulta dos expedientes familiares existentes na UTS 07 de Santiago de Compostela, de onde se extraeron os datos precisos para o análise das necesidades. Para iso procedeuse a revisión dos datos recollidos no XIESS[7] e en soporte papel e recolleuse nunha guía de extracción de datos, baseada no catálogo de servizos sociais.

Para o estudo da opinión dos informantes clave, elaborouse unha enquisa que foi administrada mediante entrevista persoal.

[7] Xestión Integral de Expedientes de Servizos Sociais: programa informático empregado nos servizos socias de Santiago de Compostela, que unifica todos os expedientes sociais nun único. Neste expediente social básico recóllense os datos de identificación da persoa, as circunstancias familiares, residenciais, económicas, laborais e persoais que resulten significativas para os efectos de determinar a súa situación social. Tamén quedan rexistradas todas as intervencións e os servizos prestados ás persoas na súa relación co sistema galego de servizos sociais no seu conxunto.

3.4. Tratamento de datos

O tratamento de datos realizouse de forma manual a través da utilización dunha folla de cálculo, dende a cal se fixo o reconto dos datos obtidos para a posterior elaboración de táboas que permiten a análise destes.

4. RESULTADOS

4.1. Sobre os usuarios da UTS 07.

4.1.1. Características sociodemográficas.

Máis de 3 de cada 5 usuarios de servizos sociais son mulleres. Dato que chama a atención tendo en conta que a non hai grandes diferenzas na poboación xeral atendendo ao sexo. No referido ao estado civil, unha gran porcentaxe da poboación está solteira. Resulta curioso que non haxa ningún usuario divorciado. Outro dato de interese é que máis da metade dos usuarios (56'9 %) teñen máis de 60 anos. Tendo en conta isto, pódese perfilar como modelo de usuario típico a unha muller de máis de 60 anos e solteira.

En canto a nacionalidade, só un 2,4 % son estranxeiros. Se analizamos os usuarios pola parroquia á que pertencen, pódese dicir que tan só un 3,7 % dos habitantes da zona Rural Norte eran usuarios de servizos sociais (con expediente aberto e intervencións en activo) na data da recollida de datos. Destes 160 usuarios case a metade son das parroquias de San Caetano (17,5 %), A Enfesta (16,8 %) e A Peregrina (13,7 %); sendo a parroquia de Busto a que menos usuarios ten (5 %). Se se compara a poboación total da parroquia coa poboación usuaria, pódense observar pequenas diferenzas. Así aínda que a porcentaxe maior de usuarios sexa de San Caetano, está non se corresponde co volume que representa no total da poboación (17,5 % fronte ao 27,4 %); tamén Santa Cristina de Fecha e Verdía, teñen unha porcentaxe de usuarios menor á porcentaxe de habitantes. En todas as demais parroquias é superior, chamando á atención as parroquias da Barciela e Nemenzo onde hai unha diferenza de 2,6 puntos entre os usuarios e os habitantes.

Na forma na que están compostos os fogares e núcleos de convivencia dos usuarios, obsérvase a porcentaxe tan alta de persoas que viven soas, 19,4 %. A maioría dos usuarios (28,8 %) vive dentro dunha familia nuclear (parella con fillos), ou se non, viven nunha familia monoparental (18,2 %). Obsérvase que o modelo de convivencia é o tradicional, os usuarios residen coa súa familia extensa (avós, pais e fillos) e non con outras persoas (só o fan o 10,5 %), sendo o modelo menos habitual o da parella que viva soa (8,1 %). En canto o número de persoas que vive no domicilio, case 2 de cada 5 usuarios vive con só outra persoa (22,5 %). Máis da metade dos usuarios que forman parte dunha familia

monoparental, ten máis de 60 anos. Máis de 7 de cada 10 usuarios que viven sos teñen máis de 60 anos. Vemos que en idades entre os 75 e os 89 anos, os usuarios viven só coa súa parella (38,5 %). A metade dos usuarios que vive con outras persoas, teñen entre 60 e 74 anos. Os usuarios de 0 a 14 viven na súa maioría en familias de tres xeracións (60,0 %) e que os de máis de 90 anos reside case na súa totalidade coa familia extensa (80,0 %).

En canto aos sectores nos que se encadra a intervención cos usuarios, débese indicar que un mesmo usuario, debido ás súas características, pode pertencer a diversos sectores. Como se pode ver na seguinte táboa, máis de 7 de cada 10 usuarios atendidos atópanse nun dos sectores de maiores (32,7 %), discapacidade (22,7 %) e dependencia (22,3 %). Chama á atención o número de intervencións encadradas no sector muller (6,2 %).

Táboa 1.

Sectores de poboación ós que se vincula a intervención.

	N.º	TOTAL
MAIORES (+ de 65 anos)	69	32,7
FAMILIA	5	2,4
DEPENDENCIA	47	22,3
DISCAPACIDADE	48	22,7
MULLER	13	6,2
EMIGRANTES	6	2,8
INMIGRANTES	2	0,9
MINORÍAS ÉTNICAS	4	1,9
MENORES	5	2,4
TOXICÓMANOS	1	0,5
ENFERMOS PSIQUIÁTRICOS	2	1,0
OUTROS	9	4,2
TOTAL	211	100

Nota: Resposta múltiple.

No relativo os usuarios con discapacidade, máis de 1 de cada 5 usuarios do rural a ten recoñecida. Se se analiza o sexo destas persoas, vemos que a proporción de homes e mulleres con discapacidade recoñecida é moi similar, un 43,9 % dos usuarios dos servizos sociais teñen discapacidade, mentres que só un 26,2 % das usuarias a teñen. Se se analiza a porcentaxe en relación á porcentaxe global de usuarios da parroquia; destaca que a metade dos usuarios atendidos de Busto, Santa Cristina de Fecha e Verdía, teñen discapacidade. Dos 52 usuarios con discapacidade, un 76,9 % ten un grao recoñecido superior ó 65 %, o que dá a posibilidade de percibir unha prestación económica se a persoa está nun estado de necesidade económica, e que asegura a asistencia médico-farmacéutica gratuíta e servizos socias complementarios, aínda que non se teña cotizado ou se cotizara de xeito insuficiente (IMSERSO, 2015). Case 2 de cada 5 usuarios con discapacidade ten recoñecido o complemento por terceira persoa, para o cal hai que ter recoñecido un grao igual ou superior ó 75 % e se se precisa da axuda doutra persoa para realizar os actos máis esenciais da vida diaria (IMSERSO, 2015).

Se falamos de dependencia, case 2 de cada 5 usuarios do rural a ten recoñecida. Se se analiza o sexo destas persoas, vemos que a proporción de mulleres con dependencia é moi superior á dos homes, un 66,7 % fronte a un 32,1 %. Pero esta porcentaxe non é moi significativa se temos en conta o número total de usuarias, das cales só un 35,0 % ten dependencia. Existen tres graos de dependencia I, II e III segundo a capacidade da persoa para realizar as distintas actividades básicas da vida diaria, sendo o grao I máis autónomo e o grao III o máis dependente; dos 54 usuarios que hai con dependencia, un 46,4 % ten un grao III recoñecido, é dicir, case a metade son grandes dependentes.

Hai un 6,3 % de usuarios que teñen incapacidade xudicial.

4.1.2. Intervencións.

Empezaremos facendo referencia ás intervencións ou servizos de carácter técnico profesional. Segundo os resultados, a metade dos usuarios están percibindo algunha destas intervencións ou servizos. A metade dos usuarios contan xa co Programa individual de atención (PIA), e o número coincide coa cantidade de usuarios con dependencia recoñecida xa que, unha vez recoñecida esta situación, iniciase de oficio, o procedemento para a elaboración do PIA. Na resolución deste determínase a modalidade ou modalidades de intervención máis axeitadas do interesado segundo o Decreto 15/2010, do 4 de febreiro, polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do

dereito ás prestacións do sistema para a autonomía e atención á dependencia, o procedemento para a elaboración do Programa individual de atención e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes. A segunda intervención deste tipo con máis usuarios é a asesoría xurídica cun 18,2 %.

Táboa 2.

Intervencións ou servizos de carácter técnico-profesional.

	N.º	TOTAL
RECOÑECEMENTO DE DEPENDENCIA	4	4,1
RECOÑECEMENTO DE DISCAPACIDADE	5	5
PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN	54	54,6
INTERVENCIÓN FAMILIAR	5	5
ATENCIÓN PSICOLÓXICA	5	5
ABRAMOS O CIRCULO	-	
ASESORÍA XURÍDICA	18	18,2
PREPARA	3	3,1
ALUGA	-	
BUSCA ACTIVA DE EMPREGO	5	5
TOTAL	99	100

Nota: Resposta múltiple.

No relativo aos servizos e actuación de natureza material ou tecnolóxica. Tan só un 24,4% dos usuarios teñen este tipo de intervención. A metade dos usuarios de Santa Cristina de Fecha teñen un servizo ou actuación deste tipo. Chama a atención que na parroquia de Grixoa non haxa ningún usuario con este tipo de intervención. En canto os tipos de servizos máis habituais son os de Servizo de Axuda no Fogar (SAF) e o centro de día; cun 33,3 % e 31,1 % respectivamente.

Táboa 3.

Servizos e actuacións de natureza material ou tecnolóxica.

	Nº	TOTAL
DE DÍA	14	31,1
RESIDENCIAL	5	11,1
VIVENDAS TUTELADAS	1	2,2
CENTRO DE INFORMACIÓN A MULLER	6	13,3
SERVIZO DE AXUDA NO FOGAR	15	33,3
TELEASISTENCIA	3	6,8
ATENPRO	-	-
PRAZAS GARDERÍAS	1	2,2
TOTAL	45	100

Nota: Resposta múltiple.

Se facemos referencia ás prestacións económicas que perciben os usuarios, vemos que unha porcentaxe moi alta, o 64,4 % de usuarios percibe algunha. Destaca que ningún usuario de Santa Cristina de Fecha perciba algunha prestación económica. As parroquias onde máis usuarios a perciben é en Grixoa, onde o fan 8 de cada 10 usuarios. Case a metade dos usuarios que perciben algunha prestación percibe unha Pensión non Contributiva (PNC), sexa cal sexa a súa modalidade (Xubilación ou Invalidez). O número destas persoas que percibe o complemento para o alugueiro é ínfimo (só o 3,8 % dos usuarios con PNC). Destaca tamén a cantidade de usuarios que perciben libranza por coidados no contorno familiar, 19,3 % (3 deles en trámite). Esta prestación consiste nunha contía económica de carácter periódico cuxa finalidade é proporcionar á persoa beneficiaria recursos económicos para contribuír á cobertura dos gastos derivados da atención prestada pola persoa coidadora non profesional (IMSERSO, 2015). Resulta curioso que un 4,7 % dos usuarios que perciben algunha prestación, a reciban dunha Entidade de Iniciativa Social, que prestar alimentos, vestimenta ou axudas económicas puntuais. Cabe resaltar que o 88,9 % dos coidadores son mulleres e que á súa vez coidan a 3 mulleres por cada 5 persoas.

Táboa 4.

Tipos de prestacións económicas.

	N.º	TOTAL
RISGA	2	1,8
AXUDAS DE EMERXENCIA SOCIAL	-	-
MAPIS (axuda municipal de emerxencia) ALUGUER	-	-
MAPIS (axuda municipal de emerxencia) MANUTENCIÓN	6	5,5
MAPIS (axuda municipal de emerxencia) COMEDOR	-	-
MAPIS (axuda municipal de emerxencia) ACTIVIDADES	-	-
ACOLLEMENTO FAMILIAR DE PERSOAS CON DISCAPACIDADE	-	-
ACOLLEMENTO FAMILIAR MENORES	2	1,8
ACOLLEMEMNTO FAMILIAR DE MAIORES	-	-
CHEQUE ASISTENCIAL	2	1,8
LIBRANZA COIDADOS NO CONTORNO	21	19,3
LIBRANZA DE ASISTENCIA PERSOAL	1	0,9
LIBRANZA VINCULADA AO SERVIZO	2	1,8
PERIÓDICA DE APOIO MULLERES QUE SOFREN VIOLENCIA DE XÉNERO	-	-
AXUDA ECONÓMICA PARA MULLERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE XÉNERO	-	-
PAGAMENTO FILLOS MENORES 3 ANOS	1	0,9

PRESTACIÓN POR FILLO A CARGO	1	0,9
PNC XUBILACIÓN	34	31,3
PNC INVALIDEZ	19	17,4
COMPLEMENTO ALUGUEIRO PNC	2	1,8
EXENCIÓN DE TAXAS MUNICIPAIS	4	3,7
TÍTULO DE FAMILIA NUMEROSA	-	-
BONOBUS	7	6,4
ENTIDADES INICIATIVA SOCIAL	5	4,7
TOTAL	109	100,0

Nota: Resposta múltiple.

4.2. Opinión dos informantes clave

O segundo grupo preciso para acadar o obxectivo xeral desta investigación foi o que se denominou informantes clave. Estas son persoas que, pola súa implicación directa actual ou pasada coa zona Rural Norte, teñen unha visión de conxunto e próxima da situación da poboación e as súas necesidades sociais. Estivo formado por un total de 10 persoas (ver apartado III), pertencentes ao ámbito sanitario, educativo e social. A súa opinión foi recollida unha enquisa a través dunha entrevista persoal.

4.2.1. Características sociodemográficas dos entrevistados

Os informantes clave entrevistados foron na súa maioría mulleres (80,0 %). A súa idade está comprendida entre os 25 e 54 anos (90,0 %) e entre os 55 e 64 anos (10,0 %).

Estes informantes clave, aínda que poidan pertencer a mesmo tipo de organismo, non traballan coas mesmas parroquias.

4.2.2. Sobre as necesidades sociais da poboación

As opinións que teñen os informantes clave con relación ás necesidades que detectan eles dende o seu eido profesional concordan nalgúns aspectos. Un dos aspectos que detectan os profesionais dos centros socioculturais, asociacións e entidades de iniciativa social é o illamento da zona; debido ás malas comunicacións que teñen e a dispersión do territorio (algo que se amosa no apartado II.5.2). Tamén dende os centros socioculturais e de saúde, asociacións e organizacións relixiosas, ven que a poboación da zona é moi maior, e que necesita de compañía xa que sofre en maior medida o illamento e a soidade. Estes mesmos informantes, agás a organización relixiosa, cren que hai unha falta de recursos e instalacións no rural. Dende as entidades de iniciativa social, manifestan carencias materiais, de vivenda e subministracións, e na hixiene persoal, pero tamén detecta a necesidade da poboación de alimentos, cada vez máis demandados. Os centros educativos o que ven é *que "hai unha falta de motivación por parte dos habitantes de cara a consecución duns obxectivos (esixen pero non dan a cambio)"*, o individualismo das familias e a falta de recursos de tipo educativo (bibliotecas). Dende o centro de saúde detéctase a presenza de enfermidades crónicas, de dependencia e discapacidade, e tamén a necesidade de ocupación laboral por parte da xente moza.

Ante a pregunta *"cre que esas necesidades concordan coas demandas que realizan os usuarios aos servizos sociais do concello?"* un 80 % respondeu que si. O máis destacable é que dous profesionais que traballan máis directamente coa poboación, como son o dunha entidade de iniciativa social e do centro sociocultural, opinen que esas necesidades non chegan ao concello.

Ante a pregunta *"pensa que hai diferenza nas necesidades que presenta a poboación da zona coas do resto do concello?"* todos opinan que si agás o membro da organización relixiosa. As diferenzas negativas que perciben os profesionais dos centros de saúde e socioculturais, dunha entidade de iniciativa social e da asociación, son a falta de recursos, o illamento físico no rural e psicolóxico no urbano e sobre todo a falta de transporte público. En sentido positivo, opinan que no rural teñen a vantaxe de que contan con recursos básicos de alimentación (centro educativo, centro saúde e dos profesionais de entidades de iniciativa social). Dende os centros educativos o que detectan no rural é un maior grao de preocupación polos nenos que na cidade.

Só 2 dos informantes clave respondeu que "non" ante a pregunta de si poden ou non facer algo na resolución das necesidades da zona, e foron os profesionais dos centros socioculturais. Do resto de profesionais que opinan que si poden facer algo, a maioría refírese a informar á poboación dos recursos que existen e a coordinación cos distintos organismos para proporcionar unha actuación mellor. A profesional da asociación e unha dunha entidade

de iniciativa social, opinan que se debe intervir nos aspectos que os servizos sociais non poidan cubrir.

4.2.3. Sobre os recursos

Ante a pregunta *"que recursos sociais (programas, servizos, infraestruturas) cre que necesita a zona?"*, os profesionais dos centros de saúde e socioculturais, un profesional dunha entidade de iniciativa social, da organización relixiosa e dun centro educativo, opinan que a zona precisa de transporte público. Un profesional dunha entidade de iniciativa social opina que os servizos que hai e que se crean teñen que adaptarse ao rural. Tres profesionais dos centros educativo, de saúde e sociocultural, opinan que faltan recursos para os nenos, en concreto actividades de tempo libre e de reforzo educativo (centro de saúde). Ademais (agás o centro educativo) tamén opinan que debe haber actividades para maiores, sobre todo de hábitos de saúde de cara a previr a dependencia. Tamén chama a atención a proposta de dous profesionais da asociación e dunha entidade de iniciativa social, que piden que se acerquen os servizos sociais e o centro de saúde ou incluso trasladalos de lugar.

No canto a opinión dos informantes clave sobre se os habitantes da zona teñen un coñecemento real acerca dos recursos que existen, a diferenza entre os que si e os que opinan que non están informados é moi pouca, aínda así son maioría os que opinan o segundo. Os que opinan que si (40 %) cren que os habitantes saben os recursos que hai aínda que non os utilizan por *"vagancia"* (profesional do centro educativo). Os profesionais que opinan que non teñen un coñecemento, avogan por que se informe a través de campañas informativas (centro saúde), dende os centros socioculturais e dos centros de saúde, das parroquias e a través de charlas. En canto a como poden eles informar ou se deben, todos opinan a que teñen o deber de informar sobre os recursos existentes agás un profesional dunha entidade de iniciativa social que opina que é un deber dos servizos sociais.

A última pregunta do cuestionario daba a opción de que cada informante, se quería, engadise algo máis. As profesionais do centro de saúde e da asociación, remarcaron a importancia de ter un transporte público para poder acceder aos recursos, e a escaseza destes no rural. Tamén opinaron que a poboación do rural se debe implicar máis nas actividades ofertadas, o que repercutiría positivamente na súa saúde (centro educativo e sociocultural). Dous profesionais de entidades de iniciativa social expresaron que hai un descoñecemento sobre o rural, e que moitas veces se esquece que está aí, e que se deben abrir novas canles para a participación cultural e que se deben adaptar os recursos ao rural.

5. DISCUSIÓN

A zona Rural Norte é unha zona fortemente envellecida, concordando co exposto polo Ministerio de Medio Ambiente e Medio Rural e Mariño (2009), o que fai que as pirámides de poboación teñan base estreita tal e como di Martínez Coll (2001). No concello de Santiago, no ano 2014 a porcentaxe de persoas que superaban os 65 anos era do 19,6 %. No caso da zona Rural Norte agrávase xa que a porcentaxe de persoas maiores de 61 anos é do 34,9 %. Querol (2008) expresa que o peso deste grupo de poboación incide na visión e as perspectivas de futuro; tal e como di o Programa de desenvolvemento rural 2014-2020 de Galicia, que culpabiliza o envellecemento da poboación da dificultade que supón a articulación dun sistema eficiente de servizos básicos en materia de comunicación, benestar, saúde ou educación no medio rural. No mesmo programa aseguran que esta ausencia de demanda cuantitativamente rendible, fai que os servizos ofrecidos no ámbito rural se encarezan ou simplemente se extingan. Isto explicaría a ausencia de transporte público, unha maior dispersión de centros asistenciais e de servizos (Cabero, 2010; Camarero et al., 2009). O primeiro problema foi definido no apartado II deste informe, onde se pode ver que non existen centros de saúde en toda a zona e a escaseza de transporte público, así como a precariedade de horarios cando hai transporte. Estas necesidades concordan coa opinión dos informantes clave, dos cales a maioría sinala como necesidade principal e como diferenza do medio rural co urbano, a carencia de medios de transporte e as malas comunicacións que sofre a zona e de recursos. Para Cabero (2010) e Méndez (2012) é primordial o transporte público para que a poboación poida achegarse a onde poidan recibir a atención que necesitan, e que a súa falta provoca o illamento. Isto percíbeno os informantes clave que recalcan a necesidade de compañía que teñen os maiores no rural, e é que máis de 7 de cada 10 usuarios que viven sos teñen máis de 60 anos e probablemente irá en aumento como sinala Camarero et al. (2009).

Disto pódese extraer que o rural, e máis concretamente a zona obxecto de estudo, está moi desatendido e a falta de recursos é notable. Os servizos sociais, centro de saúde, farmacias, centros educativos, e outro tipo de recursos básicos atópanse fóra da zona, o que obriga ao desprazamento dos habitantes para facer uso de calquera deles. Pero este desprazamento é inviable se non se dispón de recursos de mobilidade privados, xa que o transporte público é case inexistente ou moi precario na dispoñibilidade de horarios.

O envellecemento trae consigo a dependencia. En Galicia, hai “aproximadamente un dependente por dúas persoas da xeración soporte” (Camarero et al., 2009, p. 90). Na zona un 33,3 % dos usuarios teñen dependencia recoñecida. Os profesionais do centro de saúde detectan tamén esta necesidade.

Con todo o anterior, chégase á conclusión de que os usuarios de servizos sociais son moi maiores, xa que, aínda que a poboación da zona maior de 61 anos só acade o 34,9 %, a porcentaxe de usuarios desta mesma idade chega ao 60,5 %. A falta de transporte, fai que estas persoas queden illadas física e, moitas veces, psicoloxicamente. Tamén o volume tan elevado de poboación con dependencia e de discapacidade, precisaría dunha mellora nos recursos para achegalos á esta poboación que ten máis difícil a mobilidade.

Para Camarero et al. (2009) a forma de composición dos fogares españois rurais responde ao patrón familiar clásico, familias formadas por unha parella e os fillos. Estas constituían en 2001 o 39,1 % dos fogares, mentres que os fogares formados só por unha parella alcanzaban o 17,3 %. Os usuarios do Rural Norte cumpre este esquema: o 89,5 % vive coa familia extensa. Isto fai que algúns informantes clave vexan unha maior implicación polos menores no rural. Aínda que Lorenzo, Maseda e Millán (2008) ven que a familia extensa está desaparecendo e que ten como resultado o aumento dos fogares unipersoais. Poderíase engadir que os fogares unipersoais están formados por xente moi maior.

No referido á masculinización, son diversas as fontes que caracterizan o rural polo déficit de mulleres: Ministerio de Medio Ambiente e Medio Rural e Mariño (2009), Atance, García Corral, Martínez Jávega, Pujol e Urruela (2010), Camarero et al. (2009), Camarero e Sampedro (2008), Querol (2008) e Atance et al. (2010). Pero non obstante esta última fonte xa exceptúa o caso de Galicia, onde as taxas de masculinidade están por debaixo de 100, debido á maior lonxevidade das mulleres que predominan. Isto é o que se extrae dos resultados obtidos nesta investigación onde un 51,6 % da poboación da zona e un 60,6 % das usuarios son mulleres.

No referido aos servizos sociais e as prestacións referidas, vese que, como din Camarero et al. (2009), Cobero (2008), Lorenzo, Maseda e Millán (2008) e Méndez (2012),o papel que desempeñan as mulleres tradicionalmente no rural é o da provisión de atención e coidados á poboación dependente. Isto aparece reflectido na prestación económica libranza por coidados no contorno, xa que un 88,6 % das coidadoras son mulleres.

Cabero (2008) e Lorenzo, Maseda e Millán (2008) sinalan que no rural son prioritarios os servizos de proximidade e a atención ás persoas maiores, o que fai que a prestación máis demandada sexa o Servizo de Axuda no Fogar, debido ao desexo das persoas maiores de permanecer no seu domicilio. Isto confírmase na zona, aínda que hai outra prestación relacionada coa permanencia no domicilio como é a libranza por coidados no contorno, que é lixeiramente máis demandada que o SAF.

Pero se se fala de prestación, vese que a prestación que máis usuarios ten é a Prestación Non Contributiva. Isto concorda co dito por Consellería do

Medio Rural e do Mar (2014), García Sanz (1996) e Jurado e Pérez-Mayo (s.d), que recalcan a forte dependencia do rural das pensións. Un dato que chama a atención é a opinión de varios informantes clave, que ven que unha necesidade é a de alimentos, o que concorda coa prestación para o mesmo concepto, MAPIS manutención, a cal perciben 7 persoas de 160. Pero isto contrasta, a súa vez, coa opinión de moitos informantes clave que sinalan que o rural conta coa vantaxe de ter cubertas certas necesidades básicas como é a alimentación, debido a posibilidade de ter horta. En canto á información, 4 de cada 10 informantes clave opinan que a información sobre os recursos non chega á poboación, en consonancia co que di Cabero (2008); e moitos destacan que hai un descoñecemento sobre o que é o rural e as súas necesidades.

6. CONCLUSIÓNS

A todos os efectos a zona Rural Norte trátase dunha zona rural, como quedou demostrado no epígrafe anterior. Conta coas características propias do rural, como son a dispersión, falta de recursos e envellecemento. Aínda que estea enmarcado dentro dun gran concello como é o de Santiago, non conta con todas as boas condición que teñen na cidade, e ten peculiaridades que se debían ter en conta á hora de realizar a planificación dos recursos. Deberíase facer un achegamento dos máis básicos, trasladando incluso os xa existentes, como a Unidade de Traballo Social ou un pequeno centro de saúde, á unha zona onde todos puidesen chegar.

Por último, considerase imprescindible para poder prestar unha atención axeitada, contar coa opinión das persoas que traballan coa mesma (como se fixo neste pequeno estudo), que ven e traballan todos os días coa poboación e coñecen de primeira man as súas necesidades e carencias.

7. AGRADECEMENTOS

Quero agradecer a todas as persoas que participaron na realización desta investigación, especialmente a Traballadora Social da UTS Rural Norte: gracias por TODO Marisol.

8. REFERENCIAS

- Aldrey Vázquez, J.A. (1997). Caracterización de la población periurbana de Santiago de Compostela. *Treballs de la Societat Catalana de Geografia, 45(XII),* 89-109.

- Atance. I., García Corral, A., Martínez Jávega, M.T., Pujol, R. e Urruela, J. (2010). La población rural en España: un enfoque a escala municipal. *Economía Agraria y Recursos Naturales, 10*(1), 35-57.

- Aucasa (2012). Recuperado de http://www.aucasabus.com/buscador

- Cabero, V. (2010, xullo). Mundo Rural y Servicios Sociales. Comunicación presentada ó *Encuentro de expertos en Inclusión Social en Valladolid IntegrACTÚA*. Valladolid.

- Camarero, L. (coord.), Cruz, F., González, M., Del Pino, J. A., Oliva, J. y Sampedro, R. (2009). *La población rural de España. De los desequilibrios a la sostenibilidad social*. Barcelona: Fundación "La Caixa".

- Camarero, L. y Sampedro, R. (2008). ¿Por qué se van las mujeres? El continuum de movilidad como hipótesis explicativa de la masculinización rural. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 124, 73-105.

- Centros Socioculturais de Santiago (2005). Recuperado de http://www.santiagosociocultural.org/centros/?lg=gal

- Charroalde, J. e Fernández, D. (2006). *La discapacidad en el medio rural*. Recuperado de http://www.rovira-beleta.com/biblioteca/Medio%20Rural.pdf

- Compostela Virtual (2015). Recuperado de http://www.compostelavirtual.com/

- Concello de Santiago. (2005a). Recuperado de http://www.santiagodecompostela.org/turismo/interior.php?txt=t_contorno&lg=cas

- Concello de Santiago (2005b). Recuperado de http://www.santiagodecompostela.org/facendo_cidade/facendo.php?txt=fc_asociacionismo&l g=cas

- Concello de Santiago (2005c). Recuperado de http://www.santiagodecompostela.org/turismo/interior.php?txt=t_chegar&lg=cas

- Consellería do Medio Rural e do Mar (2014). *Programa de desenvolvemento rural de Galicia 2014-2020*. Recuperado de http://www.medioruralemar.xunta.es/fileadmin/arquivos/desenvolvemento/PDR/avaliacion_ambiental/DOC_PDR_ISA.pdf

- Coordinadora Española de Polígonos Empresariales (2015). Recuperado de http://www.poligonoscepe.org/noticias-detalle.asp?id=14490

- *Decreto 15/2010, do 4 de febreiro, polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema para a autonomía e atención á dependencia, o procedemento para a elaboración do Programa individual de atención e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes. (*2010, 19 de febreiro). Recuperado de http://www.xunta.es/dog/Publicados/2010/20100219/Anuncio579E_gl.html

- *Decreto 99/2012, do 16 de marzo, polo que se regulan os servizos sociais comunitarios.* (2012, 30 marzo). Recuperado de http://www.xunta.es/dog/Publicados/2012/20120330/AnuncioCA05-270312-14010_es.html

- *Decreto 126/1984, do 27 de xullo, polo que se aproba o mapa sanitario de Galicia.* (1984, 16 agosto). Recuperado de http://www.sergas.es/cas/NormativaConvenios/NormativaSanitaria/archivos/168198415631001.htm

- Finsa (2010). Recuperado de http://www.finsa.es/publicaciones/finsaweb.nsf/empresa11?OpenPage&L=ES&M=A

- García Sanz, B. (1994). Alcance y significado de las entidades singulares de poboación como concepto para cuantificar la poboación rural. *Revista de Estudios Agro-Sociales, 168*, 199-221.

- García Sanz, B. (1996). *La sociedad rural ante el S. XXI*. Madrid: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.

- IGE (2015). Recuperado de http://www.ige.eu/web/index.jsp?idioma=gl

- IMSERSO (2015). Recuperado de http://www.imserso.es/imserso_01/prestaciones_y_subvenciones/pnc_invalidez/normativa_requisitos/index.htm

- Jurado, A. e Pérez-Mayo, J. (s.d). *Análisis de las diferencias espaciales de las tasas de pobreza*. Recuperado de http://campus.usal.es/~XVEEP/PAPERS/V3S1/XVEEP-63%20JURADO.pdf

- *Lei 13/2008, do 3 de decembro, de Servizos Sociais de Galicia.* (2008, 18 decembro). Recuperado de http://www.xunta.es/dog/Publicados/2008/20081218/Anuncio4C642_es.html

- *Lei 5/2014, do 27 de maio, de medidas urxentes derivadas da entrada en vigor da Lei 27/2013, do 27 de decembro, de racionalización e sustentabilidade da Administración local.* (2014, 30 maio). Recuperado de http://www.xunta.es/dog/Publicados/2014/20140530/AnuncioC3B0-280514-0001_gl.html

- *Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local. (*1985, 3 abril). Recuperado de http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l7-1985.t2.html#c1

- *Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural.* (2007, 14 diciembre). Recuperado de http://www.magrama.gob.es/es/desarrollo-rural/temas/ley-para-el-desarrollo-sostenible-del-medio-rural/

- *Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local.* (2013, 30 decembro). Recuperado de http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/519625-l-27-2013-de-27-dic-racionalizacion-y-sostenibilidad-de-la-administracion.html#I85

- Lorenzo, T., Maseda, A. e Millán, J.C. (2008*). La dependencia en las personas mayores: Necesidades percibidas y modelo de intervención de acuerdo al género y al hábitat*. Recuperado de http://gerontologia.udc.es/librosL/pdf/la_dependencia_en_las_personas_mayores.pdf

- Martínez Coll, J.C. (2001). *Demografía*. Recuperado de http://www.eumed.net/cursecon/2/vejez.htm

- Méndez, A. (2012, abril). Desarrollo y espacio rural en Galicia. Comunicación presentada ó *Seminario Galicia, un mundo rural vivo*. Lalín.

- Miguez, L. (2012, abril). Gobierno y gestión del medio rural en Galicia. La reforma de la administración local. Comunicación presentada ó *Seminario Galicia, un mundo rural vivo*. Lalín.

- Ministerio de Medio Ambiente, y Medio Rural y Marino (s.d.). *Buenas prácticas en desarrollo rural e igualdad*. Recuperado de http://www.magrama.gob.es/es/desarrollo-rural/temas/red-rural-nacional/Buenas_pr%C3%A1cticas_en_Desarrollo_Rural_e_Igualdad_tcm7-174047.pdf

- Ministerio de Medio Ambiente, y Medio Rural y Marino (2009). *Población y Sociedad Rural*. Recuperado de http://www.magrama.gob.es/es/ministerio/servicios/analisis-y-prospectiva/Agrinfo12_tcm7-161562.pdf

- Mombus (2015). Recuperado de http://www.monbus.es/es

- Novo-Corti, I. E Barreiro-Gen, M (2012, novembro). Territorio y Política Social: Personas En Riesgo De Exclusión. Comunicación presentada ó *1º Congreso Territorial del Noroeste Ibérico*. Astorga.

- Querol, V. (2008). ¿Cuáles son las modernas funciones del mundo rural? La complejidad del mundo rural y las claves para entenderlo. *Guía práctica*

para el trabajo técnico en desarrollo rural. Dossiers d'Extensió Universitària, 6, 25-33.

- Saco, A. (2010). Desarrollo rural y despoblación en Galicia: escenarios y desarrollos de futuro. AGER. *Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural, 9,* 11-30.

- Turismo de Galicia (2013). Recuperado de http://www.turgalicia.es/portada?langId=gl_ES

- Tussa (2015). Recuperado de http://www.tussa.org/web/transporte.php?l=todas&lg=gal

- Vázquez, I., Sineiro, F. e Lorenzana, R. (2008, xullo). Tipología de municipios rurales de galicia por indicadores socioeconómicos. Comunicación presentada ao *12th International Conference on Project Engineering*. Zaragoza.

SERVIZO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL URXENTE COVID-19

Concello de Vilagarcía de Arousa
14 de marzo ao 30 de xuño de 2020

Noela Lorenzo Gallego (colexiada núm.º 2039)
Montserrat Rosales, Iria Camba e Tania García
Premios Día Mundial do Traballo Social 2021
Modalidade Boa Práctica

RESUMO

A extraordinaria situación vivida en España dende marzo de 2020, derivada da pandemia polo virus SARS-CoV-2, comporta a implantación de estratexias fronte á terrible situación de emerxencia sanitaria que estaba a acontecer na nosa contorna, e da que toda a cidadanía estabamos a ser partícipes, dende as diferentes administracións, terceiro sector e sociedade en xeral. Ante a ausencia de medidas e directrices claras dende outras instancias, e dentro da esquecida Acción Social como garante da protección das persoas e da saúde (modelo biopsicosocial), o Concello de Vilagarcía de Arousa lidera no seu ámbito municipal a creación dunha rede comunitaria, recursos e accións destinadas á inclusión social, á promoción e prevención da saúde, ao afrontamento psicosocial e emocional...; en definitiva, a garantir a igualdade de oportunidades, a protección social, a cohesión social e a saúde da comunidade e, en especial, daquelas persoas en situación de vulnerabilidade ou maior risco de desprotección. A posta en marcha do Servizo de Atención Psicosocial de Urxencia Covid-19 e o Plan de protección e prevención comunitaria constitúe un exemplo de actuación inmediata, próxima, garantista, responsable, solidaria, integral e comunitaria, que parte dos principios éticos e deontolóxicos da intervención social e constrúe unha rede comunitaria de actuacións e recursos coordinados e participativos; semente para maio-

res sinerxías que permitan a consecución dos obxectivos dos servizos sociais: o benestar da cidadanía.

RESUMEN

La extraordinaria situación vivida en España desde marzo de 2020, derivada de la pandemia por el virus SARS- CoV-2, conlleva la implantación de estrategias frente a la terrible situación de emergencia sanitaria que estaba aconteciendo en nuestra entorno, y de la que toda la ciudadanía estábamos siendo partícipes, desde las diferentes administraciones, tercer sector y sociedad en general. Ante la ausencia de medidas y directrices claras desde otras instancias, y dentro de la olvidada Acción Social como garantizadora de la protección de las personas y de la salud (modelo biopsicosocial), el Ayuntamiento de Vilagarcía de Arousa lidera en su ámbito municipal la creación de una red comunitaria, recursos y acción destinadas a la inclusión social, a la promoción y prevención de la salud, al afrontamiento psicosocial y emocional...; en definitiva, a garantizar la igualdad de oportunidades, la protección social, la cohesión social y la salud de la comunidad y, en especial, de aquellas personas en situación de vulnerabilidad o mayor riesgo de desprotección. La puesta en marcha del Servicio de Atención Psicosocial de Urgencia Covid-19 y el Plan de protección y prevención comunitaria constituye un ejemplo de actuación inmediata, próxima, garantista, responsable, solidaria, integral y comunitaria, que parte de los principios éticos y deontológicos de la intervención social y construye una red comunitaria de actuaciones y recursos coordinados y participativos; semilla para mayores sinergias que permitan la consecución de los objetivos de los Servicios Sociales: el Bienestar de la ciudadanía.

ABSTRACT

The extraordinary situation experienced in Spain since March 2020, derived from the SARS-CoV-2 virus pandemic, entails the implementation of strategies in the face of the terrible health emergency situation that was happening in our environment, and of which the entire citizens were being participants, from the different administrations, third sector and society in general. In the absence of clear measures and guidelines from other instances, and being Social Action forgotten as a guarantor of the protection of people and health (biopsychosocial model), the Vilagarcía de Arousa City Council leads in its municipal scope the creation of a community network, resources and action aimed at social inclusion, health promotion and prevention, psychosocial and emotional coping ...; in other words, to guarantee equal opportunities, social protection, social cohesion and the health of the community and, especially, of those in situations of vulnerability or in greater risk of lack of protection. The launch of the Covid19 Emergen-

cy Psychosocial Care Service and the Community Protection and Prevention Plan constitute an example of immediate, close, guaranteeing, responsible, supportive, comprehensive and community action, based on the ethical and deontological principles of the intervention social and builds a community network of coordinated and participatory actions and resources; seed for greater synergies that allow the achievement of the objectives of Social Services: the Well-being of the citizenry.

PALABRAS CLAVE

Confinamento, emerxencia social, protección psicosocial, rede comunitaria, Covid-19.

PALABRAS CLAVE

Confinamiento, emergencia social, protección psicosocial, red comunitaria, Covid-19.

KEYWORDS

Confinement, social emergency, psychosocial protection, community network, Covid-19.

1. INTRODUCIÓN

Urxencia-Emerxencia social: *"Situación producida por un hecho no previsto, debido generalmente a causas naturales o provocadas, que afecta y compromete las capacidades personales, los recursos y medios de subsistencia, así como las relaciones o redes sociales y familiares. Las personas afectadas se encuentran en una situación de desprotección grave; por ello, precisan una intervención inmediata e ineludible, para evitar que esta situación se agrave o genere mayor perjuicio - quizás irreversible- a la persona afectada"* (Duque, T.; Estomba, I.; Agirre, J. 2011).

O 14 de marzo do 2020 decrétase en España o Estado de Alarma, derivado da pandemia (*feito non previsto*) declarada pola OMS e da emerxencia polo virus SARS-CoV-2 (*causas naturais ou provocadas*) pechando toda actividade non esencial co consecuente confinamento da cidadanía, e que tivo un impacto na poboación en xeral (*que afecta e compromete as capacidades, recursos, medios e redes*) e, xa que logo, un maior impacto nas persoas en situación de desprotección ou exclusión social (*situación de desprotección grave*). Aumenta o risco e a perda de redes de soporte non formal nas per-

soas nas que conflúen distintos factores de maior vulnerabilidade e risco psicosocial e, especialmente, en persoas maiores, que viven soas, persoas dependentes ou con patoloxías que implican estados de inmunosupresión, persoas en grave risco de exclusión social e sen fogar (*necesidade de intervención inmediata e ineludible*).

Dentro do campo da intervención social, este contexto provoca de xeito inmediato a necesidade de axuntar os ámbitos da atención en situación de emerxencia, da inclusión social, da prevención e da promoción da saúde. Precísase así deseñar accións integrais e holísticas, de interacción e transversalidade, tanto nas medidas de inclusión social, como nas medidas de saúde; actuando fronte aos factores determinantes desta, e minimizando a repercusión da pandemia nas distintas esferas que conforman a saúde da poboación en xeral.

Ante esta situación totalmente inesperada, descoñecida e inédita nos últimos cen anos, no cumprimento da ética profesional, código deontolóxico, responsabilidade pública, servizo e atención á cidadanía, dende o Centro de Servizos Sociais Comunitario Básico (en diante CSSCB) do Concello de Vilagarcía de Arousa[1], deséñase o SERVIZO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL DE URXENCIA (en diante SAPU) e o conseguinte protocolo de actuación, cunha perspectiva integradora na atención da cidadanía. É preciso actuar con dilixencia e instaurar unha serie de medidas para que aquelas persoas que presentan factores de vulnerabilidade e con necesidade de apoio psicosocial, teñan garantidos os seus dereitos e a protección social precisa, fronte á desigualdade social.

Esta situación de urxencia-emerxencia social pon de manifesto a necesidade intervir e reforzar os aspectos psicolóxicos e sociais que inciden na saúde, coa finalidade de garantir o benestar da cidadanía; dende unha intervención multidisciplinar e equilibrada, a través da incorporación dunha rede profesionais do ámbito social e sanitario.

No deseño e implantación do SAPU actívanse todos os departamentos do Concello con profesionais vinculados á intervención social e inclúese os/as profesionais das entidades sociais Cáritas Diocesana de Santiago-Interparroquial de Arousa (en diante Cáritas) e Asamblea Comarcal da Cruz Vermella do Salnés (en diante Cruz Vermella), Forzas e Corpos de Seguridade do Estado, servizos sanitarios e outros axentes sociais da contorna.

Este servizo, dentro da Comisión Municipal Covid-19, presidida polo alcalde da corporación local, deséñase carecendo de experiencias previas e de documentos técnicos ou manuais que en posteriores datas se

[1] Poboación do Concello de Vilagarcía o día 01/01/2020: 37.565 (Fonte: INE)

foron publicando e difundindo dende as diferentes administracións e organismos profesionais.[2]

2. OBXECTIVOS

Defínense uns obxectivos xerais que lle dean resposta á situación social de declaración de Estado de Alarma e confinamento da poboación:

- Deseñar e executar un Plan de protección e prevención comunitaria fronte a Covid-19 no eido da intervención social no municipio de Vilagarcía de Arousa.
- Poñer a disposición da cidadanía unha rede de recursos persoais e sociais necesarios para garantir o afrontamento eficaz da situación sanitaria.
- Coordinar actuacións multidisciplinares e interdisciplinares entre os diferentes recursos municipais e os axentes sociais da contorna, xerando unha rede comunitaria de atención para toda a cidadanía.

Os obxectivos específicos para acadar son:

- Implementar un dispositivo de atención para as persoas que pola súa situación persoal, sanitaria ou sociofamiliar presentan unha maior dificultade de acceso a ela.
- Ofrecer información xeral sobre o Estado de Alarma e medidas preventivas.
- Proporcionar información sinxela e comprensible nas recomendacións básicas ante a Covid-19.
- Facilitar o acceso á alimentación, hixiene, medicación.
- Asistir as persoas maiores, persoas dependentes, persoas en situación de inmunosupresión, así como de persoas e menores en risco de exclusión social.
- Posibilitar recursos habitacionais e protección da saúde a persoas con necesidade de aloxamento alternativo.
- Asesorar en pautas de afrontamento eficaz ante a pandemia e o illamento.

[2] Documentos técnicos de recomendacións elaborados polo Goberno do Estado, Comunidade Autónoma de Galicia, Consello Xeral de Traballo Social, Colexio Oficial de Traballo Social de Galicia, Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia… publicados en datas posteriores á posta en marcha do SAPU.

- Elaborar e difundir pautas educativas e hixiénicas, especialmente con menores, persoas maiores e en situación de exclusión social.

- Acompañar a persoas en situación de soidade sobrevida e prevención do proceso de deterioración cognitiva, especialmente en persoas maiores e dependentes.

- Mediar e asesorar ante conflitos no ámbito da violencia intrafamiliar, doméstica e de xénero.

- Apoiar en xestións básicas da vida diaria ás persoas con maior vulnerabilidade ou/en situación de illamento.

- Ofrecer apoio escolar e/ou dixital en familias con menores e/ou sen medios tecnolóxicos.

- Actuar ante os factores de risco en asentamentos segregados e barrios altamente vulnerables.

- Fomentar a cohesión social e promoción da saúde e resiliencia da cidadanía.

3. PERSOAS DESTINATARIAS

- Persoas con necesidade de atención inmediata, ante situacións persoais e/ou familiares de risco, con historia social previa, derivados de distintos axentes de intervención social.

- Persoas en situacións de urxencia-emerxencia social derivadas da declaración do Estado de Alarma, sen historia social previa, a través das liñas telefónicas establecidas para o efecto.

- Unidades familiares con menores a cargo sen acceso a recursos tecnolóxicos para garantir o dereito á educación.

- Persoas maiores, dependentes e/ou con diversidade funcional sen rede de apoio social ou familiar, ou con imposibilidade de recibila.

- Persoas en illamento por contaxio Covid-19.

- Mulleres vítimas de violencia de xénero e as súas familias.

- Unidades familiares en situación de conflito intrafamiliar.

- Persoas en asentamentos segregados e altamente vulnerables.

- Persoas en risco grave de exclusión social e sen fogar.
- Cidadanía en xeral.

4. METODOLOXÍA

Atendendo aos ciclos das emerxencias sociais, a metodoloxía de traballo contemplou as seguintes fases:

1. Fase preemerxencia: vista a evolución da pandemia no territorio nacional, o día 11 de marzo realízase unha xuntanza de coordinación dos Servizos Sociais coas entidades sociais (Cáritas e Cruz Vermella), iniciando o 12 de marzo a análise de necesidades xunto coa planificación de actuacións para a reformulación de servizos[3].

   O día 14 de marzo de 2020 declárase o Estado de Alarma polo que é preciso reformular as actuacións definidas con anterioridade. Elabórase o documento base para a creación e protocolarización do SAPU e o seu funcionamento, convócanse as entidades sociais implicadas a unha mesa de traballo. As técnicas utilizadas para o deseño deste servizo foron a análise DAFO (Figura1), investigación sobre actuacións ante emerxencias e mapa de recursos.

Figura 1. DAFO

Fonte:Elaboración propia

[3] Persoas en risco de exclusión social, usuarios/as do Servizo de Axuda no Fogar e persoas sen fogar ou en situación grave de exclusión social

Nesta fase deséñase o protocolo de actuación, tendo en conta a análise de necesidades e os recursos propios da comunidade, da Administración local, das entidades sociais, ademais das infraestruturas e recursos materiais precisos. O persoal técnico configúrase dende diferentes perfís profesionais das diferentes áreas municipais con competencias no eido social, co obxecto de delimitar o organigrama de traballo que permita a coordinación dos diferentes equipos para a atención e protección da cidadanía. Na composición do equipo tense en conta as habilidades, competencias, interrelacións, confianza e traballo en equipo, así como a cohesión deste. Elabóranse os diferentes fluxogramas de actuación e documentos de traballo propios do SAPU[4], e outros materiais documentais, redefinindo e incorporando accións ao longo das seguintes semanas en función das realidades cambiantes.

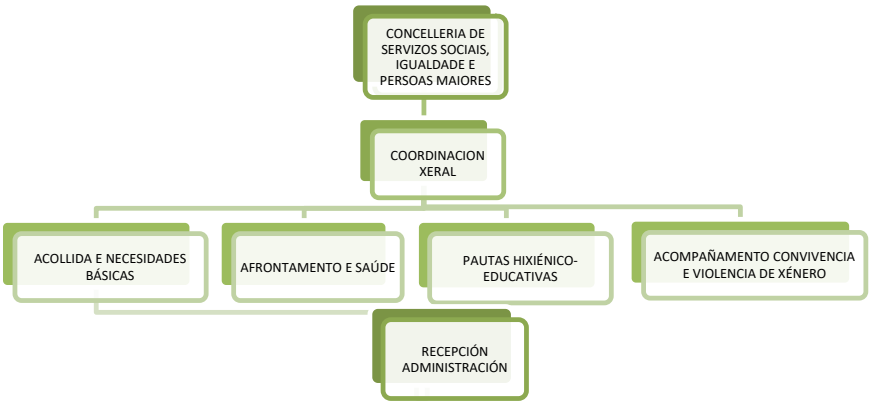
O día 16 de marzo de 2020, por Decreto da alcaldía establécense os Servizos Sociais Comunitarios como servizo básico, e preséntase ante a Comisión municipal Covid-19 as características do SAPU e protocolo de actuación. O persoal do CSSCB realiza unha análise das bases de datos do servizo co obxecto de identificar unidades familiares nas que a situación persoal, familiar e socioeconómica podería ser susceptible dun agravamento ou risco fronte ás consecuencias do Estado de Alarma[5]. Nesta mesma data, comeza a funcionar o servizo de atención telefónica 24 horas.

2. Fase de emerxencia: para a implantación do SAPU establécense unha serie de unidades formadas por diferentes perfís profesionais das áreas municipais de Servizos sociais (CSS), Servizo preventivo asistencial de drogodependencias (en diante SPAD), Igualdade e Centro de información á muller (en diante CIM), Voluntariado e Persoas Maiores: auxiliares administrativos, persoal sanitario, educadores/as sociais, traballadores/as sociais, psicólogos/as, socióloga, pedagoga, docente e coordinadoras de área de perfil multidisciplinar. As distintas Unidades expóñense no organigrama da Figura 2:

[4] Fluxogramas: recepción da demanda, valoración de derivación, derivación entre unidades, acollida e derivación persoas sen fogar, intervención para aloxamento alternativo, xestión de voluntariado e proximidade, información e procedemento en quendas de garda. Documentos: ficha interna de recursos, ficha de demanda, ficha de acollida, ficha de derivación, ficha de voluntariado, ficha de intervención e seguimento de cada unidade, ficha de recursos de atención en quendas, informe final.

[5] Expedientes de modificación da capacidade, Dependencias, Renda de Inclusión Social de Galicia, Educación e Apoio Familiar, Xantar na Casa, Servizo de Axuda no Fogar

Figura 2. Organigrama



Fonte:Elaboración propia

O horario do servizo do SAPU contempla a atención durante 24 horas, establecendo quendas de garda cun/unha profesional en atención directa e dous/dúas profesionais de apoio en función da demanda (psicólogo/a, traballador/a social, educador/a social).

A metodoloxía de intervención e o proceso de traballo dentro do campo do Traballo Social baséase no momento inicial nun enfoque comunitario e no modelo de intervención en crise; e posteriormente, na xestión de casos e asignación de recursos. Á súa vez, empréganse metodoloxías e técnicas de apoderamento e capacitación, sistémicas e ecolóxicas, cognitivo-condutuais e de xestión emocional; Para a intervención no afrontamento eficaz, ademais, deséñanse diferentes campañas utilizando as redes sociais corporativas (Facebook, páxina web, Instagram) co fin de potenciar sentimentos de comunidade e cohesión social, mitigar o impacto psicoemocional e potenciar a resiliencia.

3. Fase posterior: na evolución da situación da pandemia e coa actualización das diferentes fases de desescalada, establecidas polo Goberno central, as accións son revisadas e actualizadas para canalizar a “nova normalidade” no ámbito dos Servizos Sociais e, concretamente, no CSSCB. Na normalización dos distintos servizos municipais, e incorporación da cidadanía á nova normalidade, é preciso establecer unha planificación do proceso de desactivación do SAPU, cunha avaliación previa das necesidades, unidades e medidas. Elabórase un cronograma de desactivación dos diferentes recursos e medidas, dende o 25 de maio de 2020 ata o 30 de xuño de 2020, retomando a actividade ordinaria xunto o seguimento de casos.

Por outra banda, lévase a cabo unha análise cualitativa e cuantitativa, ademais da continua, que nos permite avaliar o SAPU e establecer liñas de actuación ante novas demandas e necesidades derivadas da pandemia.

A nivel metodolóxico esta avaliación realízase a través das memorias das diferentes unidades, estatísticas, mesas de traballo, DAFO e entrevistas cos/coas axentes implicados/as.

5. DESCRICIÓN

5.1. Proceso de intervención

A intervención nas diferentes unidades e funcións presenta as seguintes características:

A. O proceso de intervención caracterízase pola necesidade de atención inmediata, polo que é precisa a avaliación de necesidades para aplicar os recursos ou a intervención precisa.

B. Son obxecto de intervención deste servizo:

- A través da historia social previa, situacións persoais e/ou familiares de risco ante o Estado de Alarma xa valoradas polo Centro de Servizos Sociais, área de Igualdade ou SPAD, e aquelas derivadas do Servizo de Axuda no Fogar e das Entidades Sociais.

- Atención a situacións de urxencia-emerxencia social, derivadas da situación de Estado de Alarma e sen historia social previa. A través das demandas explícitas nas liñas telefónicas establecidas ao efecto, interesados/as e/ou terceiras persoas, ou por medio dos diferentes axentes e entidades sociais, Forzas e Corpos de Seguridade, Servizo de Emerxencias Municipal e Agrupación de voluntarios/as de Protección Civil, centros sanitarios e educativos.

C. As necesidades psicosociais susceptibles de intervención son:

- Información xeral de medidas a tomar preventivas e significado de Estado de Alarma.

- Información sinxela e comprensible das recomendacións básicas ante a COVID-19.

- Dificultade no acceso á alimentación, hixiene e medicación.

- Dificultades de aloxamento e protección da saúde.
- Afrontamento eficaz da situación e de procesos de illamento.
- Pautas educativas e hixiénicas, especialmente con menores, persoas maiores e en situación de exclusión social.
- Illamento, soidade sobrevida e prevención do proceso de deterioro cognitivo, especialmente en persoas maiores e dependentes.
- Conflitos susceptibles de incrementar a violencia intrafamiliar, doméstica e de xénero.
- Apoio en xestións básicas da vida diaria ás persoas con maior vulnerabilidade ou/en situación de illamento.
- Apoio escolar e/ou dixital en familias con menores sen medios tecnolóxicos.
- Dificultades de aloxamento e protección da saúde derivada de illamento e/ou senfogarismo.
- Actuacións en asentamentos segregados e barrios altamente vulnerables.
- Fomento da cohesión social e promoción da saúde e resiliencia da cidadanía

D. Para a recepción e avaliación das necesidades e posterior intervención, o SAPU organízase a través de unidades de actuación cunhas funcións e tarefas específicas, tal e como se reflicte na táboa 1:

Táboa 1. Unidades do SAPU

UNIDADE	FUNCIÓNS	DESCRICIÓN
1. ADMINISTRACIÓN	Recepción telefónica Atención da demanda inicial	Recollida da información básica e, de selo caso, traslado á Unidade de Acollida; proporcionar información básica sobre pautas hixiénicas e indicacións de recursos sanitarios.

2. ACOLLIDA E NECESIDADES BÁSICAS	Avaliar necesidades inmediatas Xestionar servizos e prestacións de urxencia-emerxencia social Ofrecer intervención psicosocial	Xestión de recursos adaptados á situación individualizada; cobertura de necesidades básicas; contrarrestar o desequilibrio persoal e social; xestión de medidas alternativas de aloxamento; colaboración e coordinación con outros axentes; derivación ás distintas unidades.
3. AFRONTAMENTO E SAÚDE	Ofrecer apoio psicosocial como medida de prevención e contención Estimular aspectos cognitivos, emocionais e condutuais de resiliencia	Intervención ante estados de inestabilidade emocional e afectiva; atención a aspectos de saúde que poden verse afectados; apoio nas pautas e prescricións sanitarias, en coordinación e colaboración co sistema sanitario.
4. PAUTAS HIXIÉNICO-EDUCATIVAS	Informar a comunidade máis vulnerable Ofrecer pautas parentais e de relación intrafamiliar cos/as menores Ofertar ferramentas de lecer, escolares e educativas	Garantir hábitos saudables nas persoas máis vulnerables, familias e menores en exclusión social; apoiar as familias nas pautas escolares e educativas ante a situación de confinamento; diminuír situacións de tensión na convivencia.

5. ACOMPAÑAMENTO, CONVIVENCIA E VIOLENCIA DE XÉNERO	Acompañar e ofrecer intervención psicosocial Ofrecer intervención en materia de violencia intrafamiliar, doméstica e de xénero	Acompañamento telefónico fronte á soidade de persoas maiores e/ou dependentes; establecemento dunha rede de apoio telefónico; activar medidas de prevención e intervención ante situacións de violencia de xénero.
6. VOLUNTARIADO E PROXIMIDADE	Garantir o acceso a recursos de primeira necesidade Previr exposicións de risco sanitario para persoas vulnerables Facilitar o acceso a recursos educativos	Establecer unha canle de recepción de voluntariado; xestionar a entrega de subministracións diversas; entrega de material educativo a unidades familiares sen acceso a medios tecnolóxicos; xestión de acollida e coidado de animais de compañía; recollida de lixo doméstico en situacións de illamento.

7. COORDINACIÓN XERAL	Establecer medidas que garantan a protección social das persoas máis vulnerables ante o Estado de Alarma Coordinar unha rede comunitaria de atención psicosocial de urxencia-emerxencia social Garantir a intervención inmediata das diferentes unidades do servizo Contribuír ao afrontamento eficaz do Estado de Alarma ante a pandemia sanitaria por parte da cidadanía	Xestión documental de información e recursos institucionais derivados do Ministerio de Sanidade e do Ministerio de Interior, así como das administracións autonómica e municipal; comunicación e coordinación co equipo de Goberno, Secretaría e Intervención Municipal; establecemento de canles de comunicación e coordinación con Policía Local, Emerxencias e Protección Civil; establecemento de protocolos e medidas en coordinación cos diferentes servizos e entidades e axentes sociais e sanitarios; coordinación das diferentes unidades do servizo; canalizar informacións, consultas e definición de procedementos na resolución de situacións de urxencia-emerxencia social así como da difusión de información á cidadanía.

Fonte:Elaboración propia

E. Recepción da demanda

- A demanda inicial dende as liñas telefónicas é recollida polo persoal administrativo en horario ordinario de 08:00 a 15:00 (persoal de garda en horario de tarde-noite) na Ficha de demanda.

- Nos casos derivados dende outros organismos ou entidades, así como con relación á información xeral dos protocolos, a Coordinación Xeral é quen recolle a demanda, determinando o nivel de gravidade e activando as unidades e profesionais para a coordinación da intervención.

- No caso de que a demanda faga referencia a persoas con historia social previa no CSSCB, Igualdade-CIM ou no SPAD, actívase prioritariamente o/a profesional de referencia.

- Dende a Unidade de Administración lévase a cabo un rexistro das demandas recollidas, así como da data e hora do traslado desta, de ser o caso.

F. Acollida, derivación de demanda e mobilización de recursos

- O proceso de acollida comeza co traslado da ficha de demanda á Coordinación de Acollida, que deriva a/o profesional de referencia, ben de acordo coa historia social previa, ben de acordo coa dirección de residencia/pernoita da persoa.

- Para a valoración da situación tense en conta a situación integral da unidade familiar, factores de risco e protección, utilizando todos os medios técnicos e metodolóxicos dispoñibles ante a situación de urxencia-emerxencia social, cumprindo coas obrigas deontolóxicas e profesionais. A valoración queda recollida na Ficha de acollida.

- Valorada a situación por cada profesional dáselles traslado desta ás diferentes unidades ou recursos segundo proceda a través da Ficha de derivación.

- A Coordinación de cada unidade recepciona a derivación para a intervención, e dá prioridade na persoa técnica de referencia en caso de ter historia social, educativa ou sociosanitaria previa.

- Dende a coordinación de cada unidade lévase a cabo un rexistro das demandas/derivacións recollidas e do traslado a/o profesional, sinalando data e hora do traslado da demanda.

- Dende a unidade de proximidade e voluntariado realízase a acollida e xestión de persoal voluntario e asociacións dispoñibles para as xestións de proximidade. As persoas voluntarias cobren a documentación pertinente segundo a normativa vixente e a correspondente Ficha de voluntariado.

- Cada técnico/a mobiliza os recursos idóneos, garantindo a maior dilixencia e axilidade a través da xestión e posta en marcha destes.

- Unha vez finalizado o proceso de intervención a persoa que intervén elabora un informe, que se traslada á Coordinación Xeral facendo constar: identificación da persoa atendida, análise e valoración da

demanda, funcións desempeñadas, coordinacións establecidas e derivacións, recursos ofertados e aplicados, incidencias, horarios de atención da situación de urxencia, coordinacións de caso e seguimento con outros/as profesionais.

G. Recursos materiais para a práctica profesional. Cada persoa do equipo técnico, en traballo presencial ou mediante teletraballo debe ter dispoñible e accesible, na súa xornada laboral ou na quenda de garda: identificación e tarxeta sanitaria, copia do presente protocolo, teléfono móbil, aplicación de mensaxería instantánea, correo electrónico, cargador móbil, fichas do protocolo, fichas de recursos, axenda de teléfonos de contactos e recursos, conexión a internet, material funxible (bolígrafos, libreta…), Equipos de Protección Individual (en diante EPI).

H. Recursos económicos e financiación: a inmediatez na posta en marcha de accións e cobertura de necesidades provoca a necesidade de redefinir e reforzar os orzamentos cara a previsión do futuro gasto, polo que se establecen diferentes comunicacións e coordinacións coa Intervención Municipal co obxecto de garantir o reforzo das partidas orzamentarias no ámbito social, e establecer os procedementos para a súa xestión. As entidades sociais que participan no plan contan cos seus propios recursos económicos dentro da normalidade das súas actuacións.

I. Protección de datos: debido á excepcionalidade da situación cúmprese coa normativa de protección de datos e o consentimento informado a través da autorización verbal, recollida nas fichas de demanda e acollida para obter datos e o traslado a terceiros no ámbito do SAPU.

5.2. Plan de protección social específica e prevención comunitaria: actuacións e medidas

As medidas de protección social específica e prevención comunitaria de urxencia-emerxencia social, expóñense nas Táboas 2 e 3, indicando as necesidades ás que dan resposta e o recurso/axente implicado nela.

Táboa 2. Medidas SAPU

NECESIDADE[6]	RECURSO	MEDIDA
Información xeral do Estado de Alarma e medidas preventivas Información comprensible/ accesible nas recomendacións básicas	ADMINISTRACION UNIDADE DE HÁBITOS HIXIÉNICOS E EDUCATIVOS	Información telefónica con relación á situación actual, cobertura de prestacións e servizos e medidas extraordinarias doutras administracións. Repartimento de información e infografías.
Dificultade no acceso á alimentación, hixiene, medicación.	UNIDADE ACOLLIDA-NECESIDADES BÁSICAS CÁRITAS CRUZ VERMELLA	Reforzo para o acceso á alimentación e hixiene en familias con menores e persoas en risco social. Xestións de urxencia para provisión de alimentos, hixiene e medicación para as persoas con maior risco ou vulnerabilidade. Axudas de alimentos municipais e axudas de entidades sociais.

[6] Necesidades para cubrir como obxectivos específicos do servizo, tal como se sinalou anteriormente no punto 2.

Dificultades de aloxamento e protección da saúde derivada de illamento e/ou senfogarismo	UNIDADE DE ACOLLIDA E NECESIDADES BÁSICAS CÁRITAS CRUZ VERMELLA SERVIZO DE EMERXENCIAS PROTECCIÓN CIVIL CORPOS E FORZAS DE SEGURIDADE SERVIZOS SANITARIOS SERVIZOS ESPECIALIZADOS E XUDICIAIS ASOCIACIÓN PROTECTORA DE ANIMAIS DE VILAGARCÍA	Coidado da hixiene e saúde e cobertura de aloxamento alternativo a persoas en situación de sen fogar. Ampliación horaria e tempo de estadía no albergue de transeúntes. Xestión de aloxamentos alternativos. No caso de sospeita de desprotección grave comunicación á coordinación, e activación dos protocolos xerais de desprotección e emerxencias. De ser o caso, traslado a Fiscalía por posible medida de protección. Acollida e coidado de animais de compañía.
Afrontamento eficaz da situación e de procesos de illamento	UNIDADE DE AFRONTAMENTO E SAÚDE	Atención psicosocial. Pautas psicolóxicas individuais e convivenciais para o confinamento. Apoio para o afrontamento eficaz de situación de crise e dos estados de confinamento illamento social.

Pautas educativas e hixiénicas, especialmente con menores, persoas maiores e en situación de exclusión social	UNIDADE PAUTAS HIXIÉNICAS E EDUCATIVAS	Dotación de recursos educativos, culturais e de lecer na casa para familias e persoas máis vulnerables ou en risco social. Recomendacións e pautas parentais nos diferentes ámbitos de desenvolvemento persoal na casa: escolar, educativo, emocional, cognitivo, de saúde física, hixiene, lecer e tecnoloxías. Posta en marcha de actuacións específicas e comunitarias nos distintos niveis de prevención.
Illamento e soidade sobrevida e prevención da deterioración cognitiva especialmente en persoas maiores e/ou dependentes	UNIDADE DE ACOMPAÑAMENTO E CONVIVENCIA	Seguimento e acompañamento telefónico de persoas con baixa ou ningunha rede social. Pautas de envellecemento activo. Establecemento de redes de comunicación, acompañamento e afectividade.

Conflitos susceptibles de incrementar a violencia intrafamiliar, doméstica e de xénero.	UNIDADE DE ACOMPAÑAMENTO E CONVIVENCIA SERVIZOS ESPECIALIZADOS E XUDICIAIS	Asesoramento e mediación na resolución de conflitos. Seguimento telefónico de situacións de convivencia con maior risco ou vulnerabilidade. Xestión de medidas e protección ante situacións de violencia, especialmente en violencia de xénero. No caso de sospeita de desprotección grave comunicación á coordinación, e activación dos protocolos xerais de desprotección e emerxencias. De ser o caso, traslado á Fiscalía por posible medida de protección.
Apoio en xestións básicas da vida diaria ás persoas con maior vulnerabilidade ou/en situación de illamento	UNIDADE VOLUNTARIADO E PROXIMIDADE CRUZ VERMELLA CÁRITAS ASOCIACIÓN PROTECTORA DE ANIMAIS DE VILAGARCÍA	Activación de accións de proximidade a través de voluntariado e persoal técnico, para o acceso á alimentación, hixiene, medicación e produtos de primeira necesidade. Comedor sobre Rodas Acollida e coidado de animais de compañía.

Apoio escolar e/ou dixital en familias con menores e falta de medios tecnolóxicos	UNIDADE VOLUNTARIADO E PROXIMIDADE CRUZ VERMELLA	Coordinación con centros educativos e achega de materiais didácticos escolares aos domicilios. Entrega de subministracións tecnolóxicas
Actuacións en asentamentos segregados e barrios altamente vulnerables	SAPU CÁRITAS CRUZ VERMELLA	Actuacións específicas derivadas das condicións de habitabilidade. Reforzo dos programas socioeducativos e de apoio escolar. Pautas hixiénico-sanitarias, seguimento da saúde e repartimento de material preventivo. Abastecemento de subministracións básicas. Pautas para o fomento do autocoidado.
Fomento da cohesión social e promoción da saúde e resiliencia da cidadanía	SAPU ÁREA DE COMUNICACIÓN MUNICIPAL	Difusión de pautas xerais de protección da saúde fronte á Covid-19. Xeración de capital social a través das redes sociais. Elaboración de material audiovisual.

Fonte: Elaboración propia

Táboa 3. Medidas específicas para persoas en risco grave de exclusión social e en situación de senfogarismo.

NECESIDADE	RECURSO	MEDIDA
Maior permanencia en dispositivos para persoas en situación de sen fogar	ALBERGUE CRUZ VERMELLA CONCELLO DE VILAGARCÍA DE AROUSA	Ampliación do tempo de estadía no albergue ata o fin do Estado de Alarma. Habilitar espazos alternativos para ampliar as prazas dispoñibles.
Alimentación	CÁRITAS	Comedor social: 1 persoa/mesa. Almorzo: servizo de comidas por quendas entre as 13:00 e 14:00 h. Servizos de ceas: entrega na quenda de comida.
Detección de situacións de desprotección vinculadas ao senfogarismo	TODOS OS AXENTES SOCIAIS POLICÍA NACIONAL E LOCAL SERVIZO MUNICIPAL DE EMERXENCIAS	Reforzar a información hixiénico-sanitaria dende os servizos aos que accedan, así como os recursos dispoñibles. Infografías. Traslado á Coordinación Xeral dende as Forzas de Seguridade e Emerxencias para labores preventivas e posible intervención social.

Falta de alternativa a persoas que non queren ou non se atopan en condicións de permanecer nun dispositivo de aloxamento e pernoitan na rúa	TODOS OS AXENTES SOCIAIS	Reforzar a información hixiénico-sanitaria dende os servizos aos que accedan. Servizo de duchas e de hixiene de 09:00- 11:00 en Cáritas e de 11:30 a 13:30 en Cruz Vermella. Infografías.
Falta de alternativa a persoas que estean acompañadas de animais	SERVIZO EMERXENCIAS MUNICIPAL ASOCIACIÓN PROTECTORA DE ANIMAIS DE VILAGARCÍA	Contacto co Servizo de Emerxencias Municipais para o traslado e permanencia temporal dos animais de compañía no Refuxio Municipal.

Fonte: Elaboración propia

5.3. Desactivación e "nova normalidade"

As medidas establecidas deséñanse para un contexto concreto de confinamento/illamento e Estado de Alarma ante a pandemia. Toda vez que esta situación retorna a unha "nova normalidade", avalíase a actuación realizada dende cada Unidade e do SAPU en xeral, co obxectivo de definir as diferentes fases de desactivación deste.

Cada unidade realiza a análise da cobertura de necesidades iniciais que motivaron o servizo de urxencia, tendo en conta as necesidades que perduran derivadas da pandemia e as novas demandas sociais.

Elabórase unha planificación e calendarización para a desactivación das diferentes unidades, atendendo ás necesidades iniciais, aos recursos utilizados e ás medidas implantadas, así como a avaliación da posible continuidade e data de desactivación definitiva do SAPU.

Unha vez desactivado, as posibles demandas e necesidades detectadas rediríxense ás diferentes áreas implicadas, dentro de cada carteira de servizos. Neste caso no ámbito municipal o inicio da desactivación pro-

dúcese o 18 de maio de 2020 e finaliza o 30 de xuño de 2020[7], segundo a seguinte previsión:

- Unidade de Acollida e Necesidades Básicas: desactivación o 25 de maio de 2020, asumindo as atencións de urxencia psicosocial dentro da propia organización e funcionamento do CSSCB en coordinación cos diferentes axentes sociais e municipais.

- Unidade de Afrontamento e saúde: desactivación 18 de maio de 2020, retomando as accións de coordinación en rede do CSSCB co SPAD e Unidade de Saúde Mental de ser preciso, así como outros recursos do ámbito da saúde.

- Unidade de Pautas Educativas e Hixiene: desactivación 18 de maio de 200, retomando as accións de coordinación en rede do CSSCB e, en concreto, Educación e Apoio Familiar e Proxecto de Inclusión con poboación de etnia xitana, con outras áreas municipais, así como outros recursos do ámbito educativo.

- Unidade de Acompañamento, convivencia e violencia de xénero: desactivación progresiva dende o 18 de maio de 2020, incorporando ás persoas que así o precisen ao servizo de Teleasistencia, retomando a funcionalidade do CIM e Igualdade en coordinación co CSSCB.

- Unidade de Voluntariado e Proximidade: desactivación progresiva dende o 18 de maio de 2020 mantendo ás persoas con maior vulnerabilidade ata a Fase III de desescalada marcada polo Goberno, incorporando ás persoas que así o precisen ao servizo de Teleasistencia e a xestión de prestacións e servizos sociais susceptibles de contribuír ao seu benestar.

- En relación ao Albergue de Emerxencia (Fexdega), realízase unha desactivación tardía en función dos recursos alternativos e das directrices de organismos superiores, así como das posibilidades de aloxamento alternativo. Á falta doutras directrices dende a Administración autonómica, dende o SAPU desactívase este dispositivo toda vez que son xestionadas diferentes prestacións económicas e busca de aloxamentos alternativos, con data do 30 de xuño de 2020.

[7] O desenvolvemento das medidas e a concreción das accións realizadas así como os resultados están recollidos no punto número 9 do presente documento.

6. COORDINACIÓN E ALIANZAS

Para o establecemento dunha axeitada coordinación é preciso o coñecemento do servizo así como dos protocolos establecidos polo persoal implicado, así como a delimitación de funcións, homoxeneización de documentos, e implementación dos diferentes procesos e procedementos definidos nos respectivos fluxogramas. Esta coordinación desenvólvese en dous niveis:

A. Coordinación interna

Axentes/áreas implicadas na intervención directa do SAPU: CSSCB, CIM/Igualdade, SPAD, Persoas Maiores, Xuventude, Educación, SAF, Servizo Municipal de Emerxencias e Agrupación de Voluntarios/as de Protección Civil, Policía Local e persoal municipal asignado ao albergue de emerxencia.

Axentes/áreas implicadas doutras áreas municipais: Comisión Municipal Covid19, Secretaría, Intervención, Informática, Comunicación, persoal voluntario a título individual das áreas de Obras e Servizos, Rendas, Electricidade, Xardíns e Fundación de Deportes.

Para a intervención directa utilízanse os seguintes medios e ferramentas: protocolos, fluxogramas (Figura 3), grupos de mensaxería instantánea de coordinadoras de unidades, de equipo do CSSCB, de xestión de voluntariado, correo electrónico e videoconferencias.

A nivel de documentación, ademais dos sinalados en puntos anteriores, establécense unha serie de documentos para garantir a calidade na atención e a resposta dos/as profesionais ante a extraordinaria situación que acontece: pautas básicas de atención telefónica, pautas para afrontamento e ventilación emocional, pautas para a intervención ante situación de crise, emerxencia ou desastre, pautas psicosociais para o autocoidado profesional.

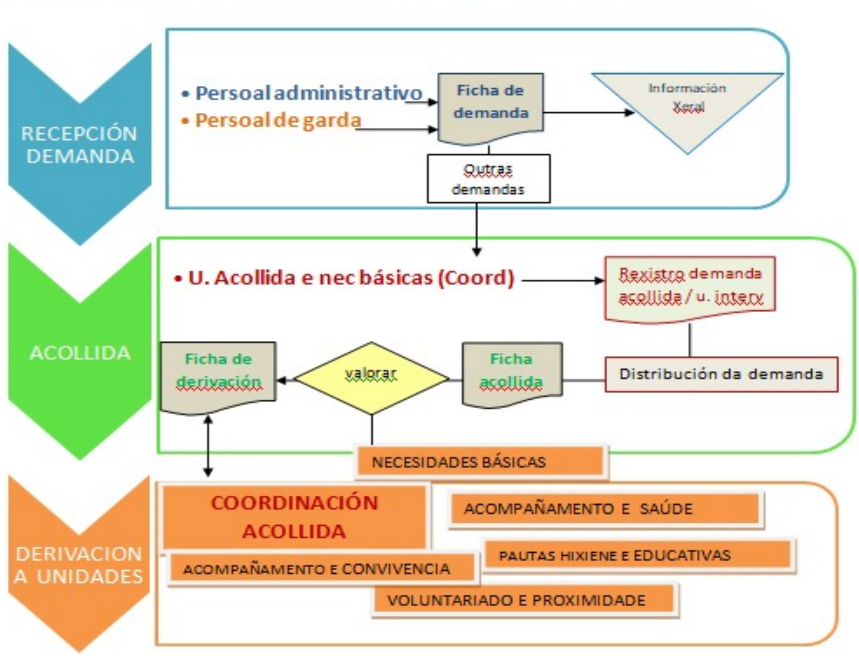
En apoio á coordinación xeral do servizo, unha profesional traslada diariamente a todo o equipo a información actualizada e relevante en relación a protocolos, normativa, de diferentes organismos e institucións no contexto Covid-19.

Para o seguimento coordinado do SAPU establécense xuntanzas diarias por videochamada, entre a coordinación xeral e a coordinación de acollida.

O efectivo funcionamento do servizo supón a coordinación e comunicación constante e diaria entre os/as diferentes profesionais participantes a través das liñas telefónicas, correos electrónicos, mensaxería instantánea e videochamadas.

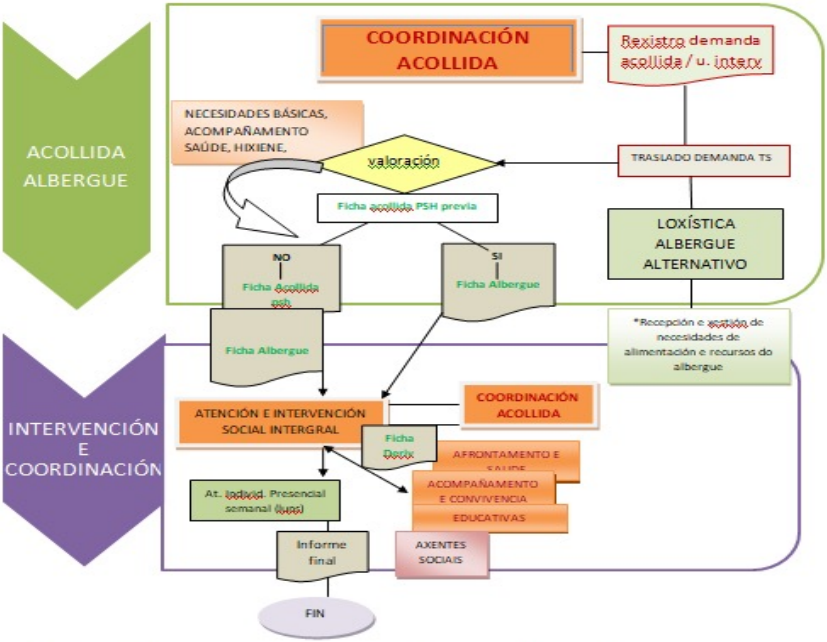
Figura 3. Exemplos de Fluxogramas

Proceso Básico



Nos casos **derivados doutros organismos ou entidades**, así como en relación a información xeral dos protocolos, a **coordinadora xeral** será quen recolla a demanda.

Aloxamento Albergue Emerxencia



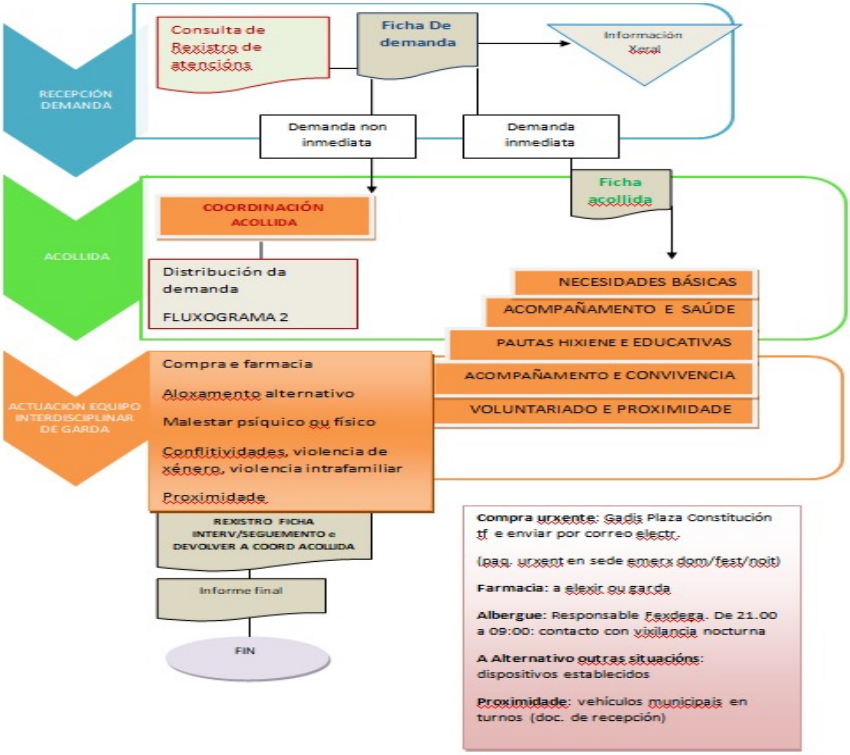
*Rexistro de stock: necesidade de compras trasladada dende responsable Fexdeza a Coord Xeral de Servizos Sociais

Parte diario de albergue: será trasladado dende Cruz Vermella a responsable de Fexdeza e Coord. de U. Acollida

Coordinación para novos servizos de xantar: Responsable Fexdeza

Coord. dende Traballo Social con outros axentes para necesidades de roupa e hixiene: Cáritas, roperiro: Cruz Vermella; lavandaria, roupa interior e hixiene persoal

Quendas de garda



Fonte:Elaboración propia

B. Coordinación externa

Axentes/áreas implicadas na intervención directa do SAPU: Cáritas, Cruz Vermella.

Outras/os axentes/áreas implicadas: Hospital do Salnés, Centro de Saúde, Centros Educativos, Tecido Asociativo, establecementos de alimentación, hostalería, lavandería e farmacias.

Entre os medios e ferramentas utilizados, as videochamadas, correo electrónico, mensaxería instantánea permiten dar traslado de protocolos e medidas, canalizar as demandas e establecer procedementos para a xestión das subministracións e aprovisionamento do albergue de emerxencia.

Con relación á coordinación con Cáritas e Cruz Vermella, créase un grupo de mensaxería instantánea entre as coordinadoras das citadas entidades e a coordinación xeral do SAPU que permite unha coordinación diaria e constante e a actualización das medidas para implantar, sobre todo na atención das persoas en situación de sen fogar.

7. PROMOCIÓN E DIFUSIÓN

Baixo o principio de proximidade, responsabilidade e servizo público, é precisa a difusión da activación do SAPU a través dos medios de comunicación, redes sociais corporativas e cos diferentes axentes implicados, dando conta das medidas postas en marcha.

As accións[8] para a difusión do SAPU son as seguintes:

- O día 15 de marzo a través das redes sociais corporativas e dos medios de comunicación publicítase a liña telefónica de atención continua 24 h, que comeza o seu funcionamento o luns 16 de marzo ás 8:00 h.
- Remisión por correo electrónico do protocolo do servizo a todos os axentes implicados.
- Publicación na páxina web do Concello das medidas para implantar.
- Utilización das redes sociais corporativas.
- Reportaxes e entrevistas en medios de comunicación locais.
- Información dispensada polos diferentes servizos no eido social e sanitario ás persoas usuarias.

8. PARTICIPACIÓN DAS PERSOAS DESTINATARIAS E DA COMUNIDADE

Atendendo á situación de confinamento da cidadanía enténdese que a participación das persoas no SAPU equivale ás persoas destinatarias que fixeron uso do servizo como persoas destinatarias deste, así como ás persoas que fixeron uso dos recursos sociais e psicolóxicos, educativos, culturais, de lecer, dende a súa casa a través dos medios e ferramentas das novas tecnoloxías e da intervención social en liña.

[8] Pódense visualizar as distintas accións en https://www.facebook.com/concellovilagarcia; https://instagram.com/vilagarciaviva?igshid=1lt5xgzxqve1e, http://www.vilagarcia.es/

Por outra banda, son participantes de todas as accións implantadas os centros educativos, sanitarios, residenciais, Servizo Municipal de Axuda no Fogar, Servizo de Emerxencias Municipal e Agrupación de voluntarios/as de Protección Civil, Forzas e Corpos de Seguridade, asociacións xuvenís, asociacións de mulleres, establecementos de alimentación, hostalería, lavandería, farmacias e persoas que a título individual contribúen á rede comunitaria.

9. RESULTADOS E IMPACTO

O SAPU e o Plan deseñado para a protección e prevención fronte á Covid-19, comporta a implantación das medidas anteriormente sinaladas e que conclúen coa concreción das seguintes accións e o correspondente impacto na cidadanía de Vilagarcía de Arousa:

- Difusión pública do teléfono de urxencias 24 horas o 15 de marzo, con operatividade dende o 16 de marzo ás 08:00 h.

- Atención xeral á cidadanía derivada da situación de Estado de Alarma dende o 16 de marzo a través de 3 liñas telefónicas e a liña 24 h dende o 16 de marzo.

- Equipos de garda interdisciplinar dende o 16 de marzo realizando xestións de atención, cobertura de necesidades de alimentación e aloxamento, contención, acompañamento, apoio psicolóxico, pautas educativas, prevención e proximidade.

- Aloxamento alternativo de persoas en situación de sen fogar, a 16 de marzo alóxanse seis persoas en establecemento hoteleiro e cinco no albergue da Cruz Vermella.

- Contacto cos centros educativos para posibles necesidades derivadas do peche de centros escolares e comedores escolares: 16 de marzo ás 09:00 h.

- Coordinación de xestión de casos e actuacións con Cáritas, Cruz Vermella, Policía Local, Servizo Municipal de Emerxencias, Servizos Sanitarios e Servizo de Axuda no Fogar dende o 16 de marzo.

- Atencións de oficio dende o 16 de marzo dos/as profesionais das diferentes unidades con persoas en situación de maior vulnerabilidade social e de saúde: persoas maiores, mulleres en situación de risco e/ou violencia e familiares, unidades familiares en situación de risco e /ou exclusión, persoas con expediente iniciado de modificación de capacidade, persoas con valoración de dependencia.

- Posta en marcha de actuacións específicas en asentamentos segregados con maior vulnerabilidade, incluída a subministración de medios de protección, termómetros, material hixiénico e material para reforzo socioeducativo: dende o 16 de marzo.

- Prórroga de paquetes de alimentos dentro das axudas municipais ordinarias de emerxencia para familias con menores que rematan a axuda no mes de marzo: dende o 17 de marzo.

- Cobertura das necesidades de alimentación, hixiene e farmacia a persoas e familias con maior vulnerabilidade: dende o 17 de marzo.

- Posta a disposición da cidadanía de material socioeducativo e pautas para o confinamento: dende o 17 de marzo.

- Posta en funcionamento do dispositivo de aloxamento alternativo no recinto feiral de Fexdega, con capacidade para 35 persoas (Albergue de Emerxencia): 20 de marzo. Este dispositivo xorde da necesidade de dar cobertura a un maior número de persoas sen fogar, xuntando os recursos da Cruz Vermella cos recursos municipais, nun único dispositivo. Este servizo conta con atención psicosocial, cobertura de alimentación completa, hixiene, utensilios de limpeza, roupa de cama e sacos, aveños individuais, neveira, microondas, servizo de limpeza e actividades de lecer, deportivas e ocupacionais. No abastecemento dos diferentes recursos materiais necesarios para o seu mantemento ademais dos recursos municipais contouse coa implicación de Cruz Vermella e Cáritas. Na primeira fin de semana o persoal do servizo de deportes e Fexdega do Concello realiza as tarefas de garda diúrnas, e o persoal habitual de seguridade do albergue as gardas nocturnas. A data de 23 de marzo incorpórase un servizo de seguridade para reforzar o servizo durante o día.

- EPI: entrega a persoal da Residencia Divina Pastora, Cáritas, Cruz Vermella, Servizo de Axuda no Fogar e persoal municipal e voluntariado dende a primeira semana, con reforzos nas semanas seguintes segundo existencias.

- Contacto cos centros educativos para facilitar material educativo a menores sen acceso a recursos tecnolóxicos: 27 de marzo.

- Dispositivo de aloxamento de urxencia para vítimas de violencia de xénero e familiares a través dun acordo cun establecemento hoteleiro de Vilagarcía de Arousa: 28 de marzo.

- Aloxamento alternativo na residencia dos Padres Claretianos. A través da sinatura dun convenio de cesión extraordinaria entre o Concello de

Vilagarcía e a Congregación relixiosa, dispón de 13 cuartos destinados a unidades familiares en risco e/ou situación de necesidade de illamento por contaxio da Covid-19. O acondicionamento das instalacións realízase con persoal municipal, dotando de todos os recursos necesarios para a súa ocupación: 1 de abril.

- Reforzo do Servizo de Teleasistencia Municipal co concerto dun maior número de prazas a través de Cruz Vermella.

- Reformulación do Proxecto de envellecemento activo a través de modalidade en liña e entrega de material en domicilio.

- Campañas de cohesión social, prevención e promoción integral da saúde, a través das redes sociais corporativas: #Virusfóra9, #eudanzonacasa, #maiosvirtuais, #grazas, #sondacasa, #sondacasasesionvermú, #sondacasaduendeneta.

- Difusión de actuacións e medidas a través dos medios de comunicación, redes sociais municipais e páxina web municipal dende o día 15 de marzo, coordinados polo equipo da área de comunicación municipal.

Os resultados e impacto derivados da posta en marcha do SAPU e das medidas implantadas, durante o período comprendido entre o 16 de marzo e o 30 de xuño de 2020, no ámbito da intervención social, recóllense nos informes emitidos por cada unha das distintas unidades, dos que se extraen os seguintes datos:

a) Unidade de Acollida e Valoración:

- Persoas/familias atendidas: 1.198 unidades familiares
  - Con historia social previa: 846 persoas
  - Sen historia social previa: 352 persoas
  - Atendidas de oficio: 282 persoas
  - Atendidas por demanda propia: 916 persoas
  - Total de atencións realizadas: 1.750 atencións

[9] https://fb.watch/3f_DPn_Fes/; https://fb.watch/3f_G4rfSkj/; https://fb.watch/3f_ZGq0Ups/

- Recursos aplicados:
  - Necesidades básicas10 destinadas a 310 unidades familiares:
    - N.º de paquetes de alimentación e hixiene: 450
    - N.º paquetes complementarios hixiene en asentamentos máis vulnerables: 28
    - Axudas de farmacia: 31
    - Axudas subministración gas: 12
    - Outras axudas: 8
  - Servizo de Axuda no Fogar: 26 altas extraordinarias e/ou incremento da frecuencia horaria
  - Albergue de emerxencia provisional (FEXDEGA): Ocupación de 26 prazas, das 35 dispoñibles.
    - N.º de actuacións sobre ocio e confinamento: 64.
    - N.º de recursos xestionados para ocio e deporte: 90 recursos adaptados a intereses individuais.
    - Recursos aplicados: valoración e xestión de recursos sociais e prestacións, lecer e actividade deportiva, apoio psicolóxico e contención emocional, pautas para o afrontamento do confinamento.
    - Das 26 persoas aloxadas temporalmente no dispositivo, 4 persoas iniciaron procesos de autonomía ingresando en centros específicos de inserción social.

b) Unidade de afrontamento e saúde: atención a 14 persoas derivadas doutras unidades.

- N.º de persoas con demanda explícita de apoio psicolóxico: 10 persoas, das cales dúas foron atendidas pola psicóloga de garda.
- Ao longo das quendas de garda de persoal desta unidade lévanse a cabo ademais outras intervencións: entrega de EPI, desprazamentos para intervencións de contención ao albergue.

[10] Ademais da entrega de 123 paquetes de alimentos/hixiene para un total de 73 persoas/familias dentro do Programa de axudas de alimentos e hixiene ordinarias.

- Recursos aplicados: ferramentas para a contención e ventilación emocional, pautas para o malestar psicolóxico, pautas para o autocoidado, apoio psicolóxico ordinario, xestión de crise e atencións de garda.

c) Unidade de pautas educativas e hixiene: 74 unidades familiares atendidas.

- N.º intervencións/xestións realizadas: 573

- Recursos aplicados: pautas hixiénicas e educativas sobre Covid-19; uso responsable das tecnoloxías; pautas para apoio nas actividades escolares; pautas para ocio en familia no domicilio; rutinas e manexo dos tempos en confinamento; xestión da convivencia e posibles conflitos con menores; xestión emocional, autocontrol e relaxación con menores.

d) Unidade de acompañamento, convivencia e violencia de xénero:

- N.º total de persoas con seguimento telefónico: 246 persoas

- N.º total de mulleres atendidas polo CIM: 194

- N.º atencións telefónicas: 1.361

- Recursos aplicados: rede de apoio de voluntariado telefónico, pautas para o afrontamento do confinamento, estratexias de mediación e mellora da convivencia, estratexias e recursos fronte a violencia de xénero en confinamento e asesoramento xurídico.

e) Unidade de voluntariado e proximidade:

- N.º total de persoas: 45 persoas

- N.º de xestións totais: 539 (alimentación, farmacia, lixo, outras)

- N.º de entregas de material dos centros educativos en domicilio: 319 paquetes

- Recursos aplicados: rede de voluntariado e establecementos comerciais, atencións a demandas individuais e seguimento. Recursos tecnolóxicos e material educativo.

O equipo técnico das diferentes áreas municipais participantes no SAPU (CSSCB, Igualdade-CIM, SPAD) dentro das súas competencias habituais realiza o resto de tramitacións na xestión ordinaria e extraordinaria derivada da situación de alarma e da implantación de medidas sociais novas e do propio SAPU.

A nivel de impacto cabe destacar, as seguintes conclusións:

As persoas atendidas no SAPU sen historia social previa constitúen un 29 % do total de poboación atendida. Entre as que cabe destacar: persoas maiores que viven soas e sen rede de apoio ou sen rede familiar no termo municipal[11], familias monoparentais que non contan con apoios familiares, situacións de vulnerabilidade debido aos baixos ingresos (ERTES) ou a carencia deles (economía somerxida), persoas en situación de sen fogar.

As medidas instauradas dende o 15 de marzo coa difusión e activación do SAPU o día 16 de marzo, comportan un impacto no nivel de resiliencia a acadar pola poboación, proporcionando unha rede de seguridade e minimizando as consecuencias emocionais e cognitivas do confinamento. Co coñecemento das medidas e da rede de traballo establecida por parte das persoas, estas comprenden que teñen apoios aos que poden recorrer, aumenta a súa percepción en relación ás propias capacidades de afrontamento e a comprensión e empatía cara o resto da cidadanía.

O impacto do SAPU constitúe unha ferramenta para a análise da nova realidade social e dos recursos que dende as diferentes administracións e organismos é preciso deseñar para lle dar resposta á cidadanía nesta nova normalidade; entre as consecuencias detectadas na cidadanía despois do confinamento, destacamos a necesidade de establecer liñas de acción específicas coa poboación máis vulnerable, menores, maiores e/ou dependentes e persoas en risco de exclusión en diferentes ámbitos: socioeconómico, emocional, saúde mental, saúde física, deterioración cognitiva, desprotección, desigualdade e fenda dixital.

A rede de traballo construída no SAPU supón o fortalecemento das canles de comunicación e traballo entre diferentes áreas municipais e con respecto ao tecido asociativo e outros axentes sociais, sanitarios e educativos. Esta rede creada presenta un impacto nos modos e procesos de traballo e ademais das relacións interpersoais e laborais que preveñen o estrés psicosocial nos/nas profesionais que están a intervir en situacións de urxencia-emerxencia social como é o caso da pandemia por SARS-CoV-2.

En conclusión, cumpriuse cos obxectivos indicados, cunha atención do 100 % das demandas, a través da organización dunha rede comunitaria e o desenvolvemento de medidas de prevención e protección social.

[11] Durante o confinamento expedíronse dende o SAPU numerosos certificados de autorización para a mobilidade para coidadores/as.

10. APRENDIZAXES DA EXPERIENCIA

A través da experiencia descrita na implantación do SAPU e o Plan de protección e prevención comunitaria fronte á Covid-19, extraemos unha serie de conclusións en termos de aprendizaxe a diferentes niveis. Desta realidade e contexto actual se detectan diferentes pegadas a nivel profesional e persoal, así como as oportunidades para a mellora continua no eido social, dificultades e aspectos que achegan un novo enfoque na intervención social, comunitaria e de promoción da saúde e do benestar da cidadanía.

No ámbito profesional resáltase como fortaleza ter establecido previamente á pandemia unha boa canle de comunicación, coordinación e colaboración cos axentes sociais que permitiu a axilidade e prontitude no establecemento de medidas previa á situación de emerxencia. A potencialidade como profesionais vén marcada por coñecer e aceptar por parte do persoal técnico as vantaxes e beneficios da coordinación e o establecemento dunha comunicación fluída e aberta.

A implantación do SAPU e o seu éxito vén delimitado pola oportunidade que nos ofrece a comunidade, o seu tecido asociativo e a implicación das diferentes persoas e colectivos nomeados no presente documento. Neste sentido, a capacidade de reacción e implicación da cidadanía nas propostas comunitarias abren a porta a establecer novas liñas de traballo como a creación dunha rede de voluntariado social municipal. Na mesma liña, destacamos a cohesión entre profesionais establecida e o seu compromiso pola ética profesional.

Na análise desta experiencia é preciso reflexionar sobre a mellora no ámbito tecnolóxico e formación continua, así como a necesidade de que dende as propias administracións se introduza a intervención social en rede do século XXI. Esta debilidade inicial se torna en oportunidade. A excepcionalidade do contexto social e de intervención vivida implica a aceleración de procesos de aplicación de novas tecnoloxías á intervención social na nosa contorna máis próxima.

Por outra banda, o impacto emocional e persoal producido no propio persoal que intervén en primeira liña nas emerxencias sociais constitúe unha ameaza á calidade da atención e intervención social, e é preciso reforzar procesos e estratexias de autocoidado no persoal técnico e voluntario. Cuestión esta que tamén reflicte a oportunidade para a aprendizaxe e desenvolvemento como profesionais da acción social.

Unha ameaza coñecida dentro da intervención social en xeral, é a falta de recursos sociais, especialmente naquelas situacións de maior especificidade, onde a valía profesional, a creatividade e o compromiso cos principios deontolóxicos e valores sociais constitúen a base para contrarrestar a

carencia daqueles; e contribuír a dar unha resposta axeitada ás demandas é necesidades sociais (o SAPU é exemplo gráfico e visible da capacidade de xerar recursos e apoio social aínda en situacións de total illamento e crise grazas á actitude e recursos persoais e técnico-profesionais).

A rápida resposta institucional e comunitaria vinculada co SAPU supón unha enorme fortaleza para cumprir cos obxectivos dos Servizos Sociais e, á súa vez, exemplo da amplitude de ámbitos de actuación e contribución que dende a acción social, e, en especial, do traballo social se lle achega á cidadanía.

11. CONCLUSIÓNS

A situación de emerxencia sanitaria xurde en marzo de 2020 sen ter prevista a modalidade de teletraballo, tratando de resolver esta dificultade engadida a través dos medios persoais, e da busca de solucións que permitan poder cumprir cos principios básicos da intervención social e especialmente, en atención a aquelas persoas con maior vulnerabilidade.

O enfoque do deseño e implementación do SAPU parte das seguintes premisas:

- O compromiso político e técnico co benestar da cidadanía.
- A mellora da accesibilidade dos servizos ás persoas.
- A configuración dunha rede de servizos técnico-profesionais cualificado e motivado.
- A mellora na coordinación con outros sistemas de atención e creación dunha rede comunitaria.
- O establecemento dun plan enfocado á cidadanía e ás súas necesidades.
- A utilización de metodoloxía e protocolos de intervención que se adapten e flexibilicen nun contexto altamente inestable.
- O establecemento de canles de información e comunicación en situacións de illamento domiciliario que permitan unha xestión próxima e coordinada das necesidades das persoas.

O SAPU deséñase partindo dun modelo de intervención en crise que, tras a xestión inicial e actuacións, deriva nunha análise máis profunda das novas demandas e necesidades sociais xurdidas tras a pandemia sanitaria. Todo este dispositivo, ante unha situación sobrevida e de grandes dimensións, comporta un esforzo importante por parte do persoal implicado, carecendo dentro do necesario confinamento dos recursos e soportes ma-

teriais, documentais e tecnolóxicos dos que se dispón noutras circunstancias e contextos.

Da avaliación deste servizo e das persoas atendidas resulta un amplo volume de nova demanda e de necesidade de intervención dende o CSSCB, cun exponencial incremento de tramitación e xestión de recursos sociais e de prestacións, á vez que fai preciso incorporar na organización e funcionamento novas metodoloxías e procedementos que garantan o exercicio dos dereitos sociais. A nova realidade social derivada da pandemia fai preciso a reformulación de proxectos e establecer liñas de acción específicas en materia de servizos sociais dirixidas a:

- As consecuencias psicosociais derivadas do illamento
- A soidade sobrevida
- A prevención da deterioración cognitiva
- A carencia de rede sociofamiliar
- A desprotección ou desamparo de persoas maiores e/ou dependentes
- A fenda dixital, especialmente en familias con menores en idade escolar
- A conflitividade intrafamiliar e violencia de xénero
- A saúde mental
- O aloxamento e protección da saúde, con especial incidencia no senfogarismo e en barrios altamente vulnerables.

O contexto do SAPU, cunha pandemia sanitaria non coñecida anteriormente, pon de manifesto a desigualdade existente para o óptimo desenvolvemento integral das persoas; factores sociais, económicos, de xénero, diversidade funcional e intelectual e condicións ambientais. Estes factores fan preciso que os CSSCB en coordinación e colaboración cos distintos/as profesionais e axentes sociais e servizos sanitarios, lideren prácticas, programas, plans e proxectos que melloren os sistemas de coordinación sociosanitaria, ante a ausencia de regulación neste ámbito.

O SAPU é mostra da capacidade que teñen os/as profesionais e a rede comunitaria de construír unha rede de traballo cunha abordaxe integral que permita garantir a saúde da cidadanía dende un punto de vista holístico; ao igual que enfatiza o valor da proximidade dos/as profesionais e servizos

básicos ante a demanda e as necesidades inmediatas da cidadanía, suplindo carencias de outras instancias.

O impacto do SAPU como boa práctica vén derivado da capacidade de reorganización, flexibilización e adaptabilidade a unha situación sobrevida que precisa respostas efectivas, eficaces e inmediatas. A responsabilidade dos/as profesionais, a súa sensibilización, a súa participación e implicación, a interdisciplinariedade e a protocolarización de funcións e procedementos constitúen o pilar fundamental ante situacións de crise, emerxencia ou desastre.

12. AGRADECEMENTOS

O equipo que elabora o presente informe, agradece o traballo, implicación, solidariedade… a todo o persoal que participou, dándolle unha resposta dilixente, eficaz, eficiente e áxil á cidadanía de Vilagarcía de Arousa, ante a dramática situación derivada da pandemia pola Covid-19. Expresar todo o noso recoñecemento e gratitude polo labor realizado.

O persoal implicado foi:

- Persoal do SAPU: 25 persoas
- Persoal voluntario municipal: 30 persoas
- Corpo da Policía Local, Servizo Municipal de Emerxencias, Cáritas Diocesana de Santiago-Interparroquial de Arousa, Asemblea Comarcal da Cruz Vermella do Salnés, Agrupación de Voluntarios/as de Protección Civil, Asociación o Soño de Lilith e Asociación Arousa Moza, Asociación de Mulleres Rurais “Os Anxos” de Trabanca Sardiñeira, “Os Borrizos” de Cornazo e “Xiabre” de Guillán, Asociación de Mulleres Separadas e Divorciadas do Salnés, voluntarias docentes do CPR Sagrada Familia, Asociación Protectora de Animais de Vilagarcía, establecementos comerciais de alimentación, hostalería, lavandería…

Especial recoñecemento ás coordinadoras das entidades que operan no Concello de Vilagarcía de Arousa, Cáritas Diocesana de Santiago-Interparroquial de Arousa e Asamblea Comarcal da Cruz Vermella do Salnés polo seu labor no deseño e desenvolvemento do Servizo de Atención Psicosocial de Urxencia.

13. REFERENCIAS

- Duque, T.; Estomba, I.; Agirre, J. 2011. "Acción social municipal en situaciones de urgencia y emergencia social. Experiencia de las capitales de la CAPV." *Revista de Servicios Sociales n.º 49*, 71-80.

- Galicia. 2008 "Ley 13/2008, de 3 de diciembre de servicios sociales de Galicia" *Diario Oficial de Galicia* 245, 2 de febrero de 2019.

- Galicia. 2012. "*Decreto 99/2012, de 16 de marzo, por el que se regulan los servicios sociales comunitarios y su financiación". Diario Oficial de Galicia 63*, 30 de marzo de 2012.

- Galicia. 2014. Estratexia de inclusión social de la población gitana en Galicia 2014-2020. *Xunta de Galicia*

- Galicia. 2019. Plan de Atención de Personas sin Hogar en Galicia 2019-2023. Xunta de Galicia

- Herrero, I. 2012."Los trabajadores sociales en situaciones de crisis, emergencias y catástrofe" *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales* n.º 63, 4-12.

- Webgrafía:
  - https://www.cgtrabajosocial.es/
  - https://copgalicia.gal/
  - https://coronavirus.sergas.gal/
  - http://www.infocoponline.es/
  - https://matiass.xunta.es/
  - https://www.mscbs.gob.es/
  - https://traballosocial.gal/

PERSOAS TRANS: UNHA REALIDADE OPRIMIDA. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN TRABALLO SOCIAL.

Iago Aperador. Colexiado n.º 4039
Premio Día Mundial do Traballo Social 2021. Modalidade TFG/TFM.

RESUMO

O colectivo trans foi duramente vilipendiado socialmente ao longo da súa historia. Con todo, esta realidade ademais de oprimida está invisibilizada. Por esa razón, ao longo do presente informe preténdese darlles voz ás protagonistas desta historia de loita e superación constante.

Por tanto, o obxectivo principal polo que xorde esta investigación nace da necesidade de analizar a visión dos procesos vitais experimentados polas persoas trans desde un punto de vista crítico e interseccional. Desta maneira, e tendo a disciplina do Traballo Social como alicerce, preténdense buscar alternativas que promovan a plena inclusión deste colectivo na sociedade.

Mediante a metodoloxía cualitativa, concretamente partindo dun paradigma crítico e da Teoría Queer, e seguindo a técnica dos relatos de vida, foron entrevistadas catro persoas trans para estudar as súas múltiples realidades pois, aínda que distan entre si, todas elas teñen un eixe común: a súa identidade de xénero.

Os resultados máis destacados da presente investigación son, esencialmente, que as vivencias das persoas trans están infestadas de dificultades relacionadas directamente co sistema cisnormativo e, por conseguinte, o Traballo Social debe servir de salvoconduto para paliar esta situación de desigualdade e inxustiza social.

Palabras chave: Trans, Traballo Social, inclusión, Teoría Queer, dificultades.

RESUMEN

El colectivo trans ha sido duramente vilipendiado socialmente a lo largo de su historia. No obstante, esta realidad además de oprimida está invisibilizada. Por esa razón, a lo largo del presente informe se pretende darles voz a las protagonistas de esta historia de lucha y superación constante.

Por lo tanto, el objetivo principal por el que surge esta investigación nace de la necesidad de analizar la visión de los procesos vitales experimentados por las personas trans desde un punto de vista crítico e interseccional. De esta manera, y teniendo la disciplina del Trabajo Social como pilar, se pretenden buscar alternativas que promuevan la plena inclusión de este colectivo en la sociedad.

Mediante la metodología cualitativa, concretamente partiendo de un paradigma crítico y de la Teoría Queer, y siguiendo la técnica de los relatos de vida, han sido entrevistadas cuatro personas trans para estudiar sus múltiples realidades pues, aunque distan entre sí, todas ellas tienen un eje común: su identidad de género.

Los resultados más destacados de la presente investigación son, esencialmente, que las vivencias de las personas trans están plagadas de dificultades relacionadas directamente con el sistema cisnormativo y, por consiguiente, el Trabajo Social debe servir de salvoconducto para paliar esta situación de desigualdad e injusticia social.

Palabras clave: Trans, Trabajo Social, inclusión, Teoría Queer, dificultades.

ABSTRACT

The trans community has been severely vilified socially throughout its history. However, this reality, in addition to being oppressed, is invisible. For this reason, the purpose of this report is to give a voice to the protagonists of this story of struggle and constant improvement.

The creation of this research came from the need to analyze the vision of life processes experienced by trans people from a critical and intersectional point of view. In this way, and having the discipline of Social Work as a reference, the aim is to find alternatives that promote the full inclusion of this group in society.

Through qualitative methodology, starting from a critical paradigm and taking into account the Queer Theory, and following The Life Story technique, four trans people have been interviewed to study their multiple realities that, although different in many ways, they all have something in common: their gender identity.

The most remarkable results of this research are, one hand, the fact that the experiences of this group of trans people are filled with similar difficulties directly related to the cisnormative system, and on the other hand, the conclusion that Social Work must serve as a safe-conduct to solve this situation of inequality and social injustice.

Key words: Trans, Social Work, inclusion, Queer Theory, difficulties.

INTRODUCIÓN

No marco xeracional no que nos atopamos, é imposible negar a existencia dunha realidade que, por moi invisibilizada que a manteñen, está presente na nosa sociedade. É por iso que neste traballo se aborda, desde unha perspectiva de xénero interseccional, a situación do colectivo trans[1] tendo en consideración os axentes de socialización que poidan repercutir no desenvolvemento dunha persoa, o que inclúe as diferentes institucións do sistema burocrático.

Por este incuestionable motivo, decidiuse realizar unha investigación cualitativa na que se analicen en profundidade as vivencias do xa mencionado colectivo. Desta maneira búscase dar a coñecer a situación das devanditas persoas, visibilizalas, tanto a elas como aos procesos e discriminacións ás que ven sometidas, e a como isto pode repercutir nas súas vidas.

Esta temática considérase de interese polo investigador xa que o foco de atención non reside só nas persoas trans, senón na súa experiencia vital. Isto é debido a que, diariamente, vense sometidas a todo tipo de opresións, xa sexan de índole social ou burocrático, por mor de que se saen do sistema hexemónico do sexo-xénero creado en base a características fisionómicas.

Debemos ter en conta, pois, que este colectivo foi excluído durante anos, e foi considerado minoritario, cando realmente a sociedade o minorizou. É por este motivo que a disciplina das traballadoras sociais[2], cun punto de

[1] No presente traballo, "trans" é empregado como un termo paraugas para facer referencia a todas aquelas persoas que non se senten identificadas co seu xénero asignado ao nacer.

[2] Debido á inexistencia dunha linguaxe neutra oficial nesta lingua, na presente investigación utilizarase o feminino para facer mención a aqueles adxectivos ou substantivos plurais que así o requiran tendo como precepto o xénero da palabra "persoa".

vista crítico e transformador como eixe central, é esencial para loitar contra esta inxusta opresión. Ademais, partindo destas vivencias poderán deseñarse protocolos de actuación para levar a cabo no devandito ámbito profesional, desempeñando intervencións correctas e promovendo a diversidade afectivo-sexual e de xénero na sociedade.

I. MATERIAL E MÉTODOS

I.1. DIVERSIDADE E XÉNERO

Neste capítulo son tratados diferentes puntos considerados relevantes para abordar a temática trans. Con todo, e debido á información confusa existente sobre este colectivo, o primeiro deles trata sobre terminoloxía aplicada ao sexo e ao xénero, concretamente no referido a un enfoque identitario. A continuación, preséntase a realidade á que se ven sometidas as persoas trans no concernente ao nivel institucional e social, facendo un percorrido polos antecedentes históricos en España ata chegar á actualidade, pasando polos avances e retrocesos burocráticos e sanitarios e, á súa vez, pola discriminación propia cara a este colectivo.

I.1.1. Marco conceptual

Para abordar os distintos termos que son empregados con frecuencia ao facer mención ao colectivo trans, elaboráronse varios subapartados en función da temática á que fai referencia a palabra para tratar. Estes conceptos foron definidos a partir de diversas autorías.

I.1.1.1. O abano do xénero

Primeiramente, preséntanse aqueles conceptos referidos ao xénero, para poder coñecer cales son os máis apropiados para referirse ás persoas trans e á súa realidade e, á súa vez, poder facer unha distinción entre a terminoloxía máis específica. Estes son:

- Xénero: tipo de condutas, comportamentos, actitudes, actividades, habilidades, atributos e características socialmente categorizadas en base ao que é considerado masculino e feminino. – Boquete (2020)

- Cisxénero: persoas nas que concorda a súa identidade de xénero co sexo que lles foi asignado no momento de nacer. – Boquete (2020)

- Identidade de xénero: tipo de vivencia interna e individual do xénero desde o punto de vista sentido da persoa. Esta non é definida por terceiras persoas, senón que se dá de forma autodeterminada, podendo coincidir, ou non, co sexo asignado ao nacer. – García Nieto (2017)

- Identidade rexistral: tipo de identidade que che asignan no momento do nacemento, conformado polo sexo biolóxico e polo 'deadname' ou nome rexistral. – Dirección Xeral de Educación, Formación Profesional e Innovación Educativa (2016)

- Transexual, transxénero e trans: os dous primeiros termos sufriron unha gran diferenciación entre eles, e son consideradas persoas transexuais aquelas que teñen a vontade de realizarse modificacións corporais (xeralmente de cirurxías xenitais) con relación á súa identidade de xénero. En contraposición, as persoas transxénero non teñen a intención de levalas a cabo. Con todo, esta diferenciación xerou multitude de críticas dentro do colectivo e, por tanto, emprégase o termo trans para abarcar ambos e así incluír as diversas realidades. – Boquete (2020)

- Transición social: proceso mediante o cal as persoas trans expresan a súa identidade xénero cara á sociedade, xa sexa mediante a modificación da súa expresión de xénero, do seu nome rexistral etc. – García Nieto (2017)

- Queer: este termo anglosaxón foi empregado nos seus inicios como insulto cara aquelas persoas cunha sexualidade considerada non normativa e que, por tanto, cuestiona o sistema establecido. En 'Barbarismos Queer y otras Esdrújulas', Sáez (2017) indica que este concepto foi reapropiado por esas persoas disidentes da cisheteronorma como unha estratexia apoderante para emanciparse da etiqueta gai, pois non se sentían identificadas con ela. – Boquete (2020)

I.1.1.2. Termos médicos

Debido a que a situación das persoas trans está intrinsecamente ligada á patoloxización que sofren socialmente, considérase de interese coñecer cal é a terminoloxía empregada para tratar a este colectivo. Ademais, aínda que non todas as persoas trans realizan procedementos médicos para modificar os seus corpos, tamén resulta apropiado coñecer cales son, a trazos xerais, e en que consisten estes. A continuación, engádense os seguintes:

- Disforia de xénero: categoría de diagnóstico psiquiátrico baixo a que se engloban a todas as persoas trans no DSM-V. Tamén é utilizado, con frecuencia, para facer mención ao malestar físico xerado pola non correspondencia do xénero sentido co sexo asignado. – García Nieto (2017)

- Reasignación de sexo feminina e masculina: son aquelas intervencións médicas nas que se modifica o sexo asignado da persoa mediante a cirurxía xenital. – Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade (2018)

- Tratamento hormonal: método empregado para inducir cambios físicos propios da puberdade mediante a utilización de hormonas propias do xénero sentido. – Mayo Clinic (2020)

I.1.1.3. Estereotipos sociais

Ademais da patoloxización, son tamén outros os estereotipos que viran arredor do colectivo, xa sexa polo seu aspecto físico ou polo seu papel que vai desempeñar na sociedade. É por iso que, a continuación, se inclúen tres termos que adoitan ser obxecto de críticas cara a esta realidade:

- Expresión de xénero: é considerada a forma de manifestar a identidade de xénero mediante a maneira de vestir ou de falar. Ás persoas trans que cumpren cos canons da cisnorma atribúeselles que teñen 'cispassing'. – Dirección Xeral de Educación, Formación Profesional e Innovación Educativa (2016)

- Androxinia: características fisiolóxicas dunha persoa cuxa aparencia combina características hexemonicamente masculinas e femininas. – Ministerio de Sanidade, Servizos Social e Igualdade (2018)

- Roles de xénero: conxunto de actividades, comportamentos, características ou habilidades aos que, segundo a cisheteronorma, deben axustarse as persoas con base en se son homes ou mulleres. – Boquete (2020)

I.1.1.4. Confusións frecuentes

Na actualidade, hai certos conceptos que xeran dúbidas e que, por regra xeral, son empregados indistintamente para falar da realidade trans. Con todo, o significado que teñen non concorda co que se lle asocia. A continuación, inclúense algúns termos para paliar o dito descoñecemento.

- Sexo: partindo dun pretexto bioloxicista, son as características biolóxicas, nas que se inclúen os caracteres sexuais, os cromosomas, as hormonas e os xenitais, e que diferencian fisicamente os machos das femias. – Boquete (2020)

- Sexualidade: conxunto de vivencias e de trazos que conforman a un suxeito sexuado e que o fan único con relación ao resto. Por tanto, par-

tindo desta premisa, podería afirmarse que existen tantas sexualidades como persoas. – Boquete (2020)

- Orientación sexual: trátase da atracción erótica e romántica cara a outras persoas. Debe diferenciarse da identidade de xénero. Algúns exemplos son a heterosexualidade, homosexualidade ou bisexualidade. – Boquete (2020)

I.1.2. A realidade das persoas trans en España

Aínda que é certo que a situación deste colectivo é variable segundo o país, esta investigación encádrase na situación da actualidade en España. É por iso que no presente apartado se fai un percorrido pola súa historia, contextualizando así o marco no que se basea este estudo.

I.1.2.1. Lexislación e burocracia: antecedentes históricos e actualidade

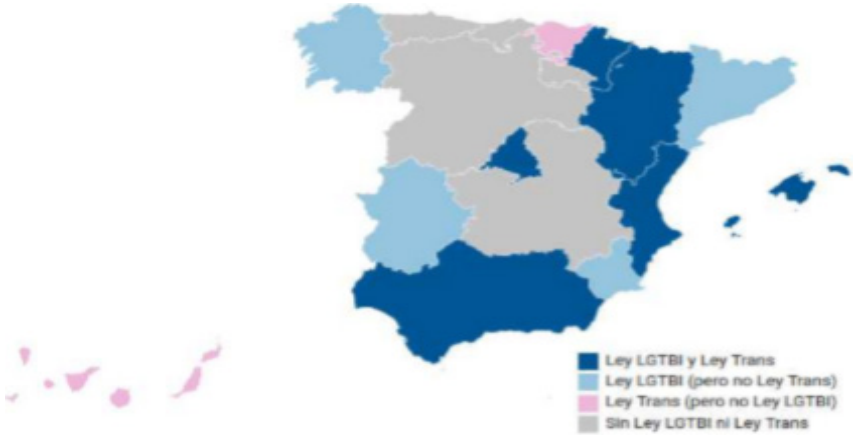
O colectivo trans en España padeceu unha serie de avances e retrocesos nos últimos 67 anos, pois o movemento cobrou importancia na sociedade. Con todo, esa relevancia non foi positiva. Primeiramente, en 1954 realizouse unha reforma da Lei de vagos e maleantes vixente desde 1933 para incluír nela os 'invertidos con peitos' e as 'invertidas masculinas', que era como se denominaba ás mulleres e homes trans respectivamente. Anos máis tarde, en 1970, instáurase a Lei de perigosidade e rehabilitación social, pola que se permitía realizar terapias psicolóxicas de aversión e descargas eléctricas ao colectivo trans, tal e como indica Marrero (2018).

Progresivamente, comezaron os primeiros avances, e o 27 de xuño de 1983, publícase no *Boletín Oficial do Estado (*1983) unha reforma do Código penal na que se despenaliza a reatribución xenital. Posteriormente, como di Funcia (1985), ten lugar o primeiro fallo xudicial a favor da modificación do sexo no Rexistro Civil dunha muller trans e, anos máis tarde, en 1987, créase a primeira asociación de persoas trans, buscando paliar a discriminación que sufrían, especialmente as mulleres trans que exercían a prostitución, tal e como indica AET-Transexualia (2016). En 1989, o Parlamento Europeo aproba un informe en contra da discriminación ao colectivo trans, e insta os países membros a encargarse das intervencións médicas correspondentes, tal e como se publicou en España mediante o xornal *El País* (1989). Pola contra, en outubro de 1991 cométese o homicidio en grupo de Sonia Recalvo, unha muller trans. Tres anos despois, ten lugar o primeiro xuízo polo asasinato dunha muller trans no país, e os acusados foron condenados a pasar 310 anos totais en prisión, tal e como relata Cia (1994).

Legaspi (2020) relata que no II Congreso da FELG en Madrid, en 2002, esta asociación incorpora as persoas trans, modificando o seu nome a FELGT, co fin de incluír as súas demandas á axenda política do país. No ano 2007 apróbase a Lei de identidade de xénero (2007), pola que se facilita a modificación do sexo rexistral para as persoas maiores de idade e coa nacionalidade española que fosen diagnosticadas con disforia de xénero e estivesen sometidas a tratamento hormonal durante dous anos ou á reatribución xenital. Para cubrir as necesidades das menores trans, nace en 2013 a Asociación Chrysallis da man de seis familias con algún membro pertencente a este colectivo ao seu cargo (Chrysallis, 2013). Un ano despois, a Comunidade Autónoma de Andalucía aproba unha lei que recoñece o dereito á autodeterminación de xénero, que establece garantías para o colectivo trans; concretamente, a Lei 2/2014, do 8 de xullo, integral para a non discriminación por motivos de identidade de xénero e recoñecemento dos dereitos das persoas transexuais de Andalucía (2014).

En 2018 búscase solucionar os obstáculos presentes na Lei 3/2007 á hora de solicitar o cambio do sexo rexistral, e permíteselles ás menores de idade solicitalo sempre que tivesen o consentimento das súas titoras legais e, á súa vez, eximía o requisito da temporalidade de dous anos de tratamento hormonal. Isto lévase a cabo mediante a Instrución do 23 de outubro de 2018, da Dirección Xeral dos Rexistros e do Notariado, sobre cambio de nome no Rexistro Civil de persoas transexuais (2018). Máis recentemente, en 2018, a Organización Mundial da Saúde elimina a transexualidade da lista de trastornos mentais tras a revisión da CIE-11 (Borraz, 2018). Na actualidade, son nove as comunidades autónomas españolas que non posúen unha lei específica para as persoas trans. A continuación, inclúese un mapa onde se recollen cales delas teñen unha lei LGTBI, cales unha lei trans, cales ambas e cales ningunha:

Figura 1. Leis LGTBI e Trans por comunidades



Fonte: Borraz, M. (5 de abril de 2019). Solo cuatro comunidades autónomas prohiben expresamente las terapias para 'curar' la homosexualidad. *Eldiario.es*. Recuperado de https://www.eldiario.es/sociedad/Solo-comunidades-autonomas-expresamente-homosexualidad_0_885061949.html

I.1.2.2. Patoloxización e procesos médicos

Gran parte do peso da transfobia xerada a nivel social baséase na patoloxización que envolve o colectivo. Esta xorde cando, tal e como indica Mais Grau (2017), se incorpora en 1980 a transexualidade no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (en diante DSM) – III, baixo o nome de 'Transexualismo e os Trastornos da Identidade Sexual na Infancia'. Apenas dúas décadas despois, no DSM-IV (APA, 2002), o termo 'transexualismo' foi modificado, e foi substituído por 'Trastorno de identidade de xénero' o que supuxo un gran cambio, pois a modificación implicou que as transformacións físicas non eran un elemento imprescindible.

Na actualidade, o DSM-V (APA, 2013, actualización de 2018, p. 239), creou un novo termo, o cal se mantén desde entón: disforia de xénero. Este é definido como "a marcada incongruencia entre o sexo que un sente ou expresa e o que se lle asigna." Neste aspecto, aínda que segue sendo duramente criticada a patoloxización dentro do colectivo, implementáronse novos avances como o termo transxénero, en contraposición ao de transexual, e a existencia de máis xéneros ademais dos hexemónicos, rompendo co binarismo que viña establecendo a sociedade.

Finalmente, no ámbito sanitario, son varias as intervencións hormonais e/ou cirúrxicas que poden levarse a cabo, e estas varían con relación ás necesidades e ao xénero da persoa e, para loitar contra a patoloxización, cada 21 de outubro desde 2009 celébrase o Día Internacional de Acción pola Despatoloxización Trans, tal e como indican Missé e Coll-Planas (2010).

I.1.2.1. Transfobia

Aquelas persoas que se saen da cisheteronorma, foron censuradas ao longo da historia. Tanto é así que o colectivo LGTBIAQ+ leva cargando cun lastre durante décadas, e as pertencentes a este grupo foron consideradas, tal e como indica Legaspi (2020, p. 15) "pecadores para a Igrexa, enfermos ou desviados para a ciencia, perigosos sociais para o Estado, sidosos e lesbianas perversas para os medios, e como guinda, ameazas á institución familiar para a dereita". No concernente ás persoas trans, o termo empregado para a súa opresión é o que dá título a este subapartado: transfobia. Este tipo de discriminación, que parte da premisa de excluír a quen saia da cisnorma, está estendida e normalizada a nivel mundial pois, segundo Cambro-

llé (2016), non existe ningún país no que non se vulneren os dereitos das persoas trans. Ademais, é en todos os ámbitos da vida diaria nos que está presente, e adoita darse en contornas moi diferenciadas. Tal e como indica Platero (2014, p. 211), esta maniféstase mediante "diferentes formas de violencia, discriminación, odio, rexeitamento, agresividade e actitudes negativas sobre quen transgrede ou non encaixa nas expectativas sociais sobre as normas de xénero".

Como xa se mencionou, existen múltiples contornas nas que se desenvolve a transfobia. Unha delas é a interiorizada polas persoas pertencentes ao colectivo pois, debido á educación recibida socialmente, tamén a adquiriron. Este sentimento de autorexeitamento pode derivar, xunto con outras formas de discriminación, en intentos autolíticos ou de autolesión. Isto concorda con Bauer, Schiem, Travers, e Hammond (citado en Centre for suicide prevention, s. f.), que indican que entre un 22 % e un 43 % das persoas trans tentaron quitarse a vida. Ademais, Arcelus, Claus, Witcomb, Marshall e Bouman (citado en Vázquez, 2018), reflicten que as autolesións non suicidas se dan nun 46.3 % das persoas trans, co que se mostra esta elevada porcentaxe poboacional.

Desde que nacen, as persoas son produtos da socialización da familia, da escola e do grupo de iguais e, co tempo, o círculo de influencias vaise ampliando, chegando ata o ámbito laboral. Abordando a problemática familiar, Aventín (2014) valora que esta é unha realidade alarmante, e que normalmente as primeiras agresións tránsfobas son levadas a cabo neste ámbito. Xunto co anterior, no referido a menores trans o centro escolar é un punto clave de exposición á transfobia. Isto está relacionado coa discriminación laboral xa que, como indica o Instituto da Muller (2017), o impedimento da evolución persoal e a discriminación que padecen as persoas trans aumenta as situacións de abandono dos estudos e dificulta aínda máis a súa entrada no mercado laboral. Neste aspecto, a European Union Agency for Fundamental Rights no ano 2015 realizou un estudo sobre as persoas trans na Unión Europea, e como resultado obtívose que un 76 % das estudantes trans admiten sufrir discriminación nesta contorna. Ligado ao previo, a taxa de desemprego das persoas trans é sumamente elevada. Platero (2014, p. 213), cando fai alusión a este aspecto sinala que o colectivo trans "enfróntase a un mercado no que existe moito desemprego, prexuízos tránsfobos e sexistas".

No estudo realizado pola European Union Agency for Fundamental Rights (2015) tamén se reflicte que un 54 % das persoas trans na devandita comunidade admite sufrir unha discriminación directa, cifra que aumenta a un 60 % en España. Á súa vez, nunha investigación levada a cabo anos antes por Furtado, Gómez e Donat (2007), os resultados indicaban que o 53,8 % dos homes trans sufriran agresións verbais, e as mulleres un 46,2 %. Con relación ás agresións físicas estes datos variaron, dando como resultado un 46,2 % nos homes fronte a un 7,7 % cara ás mulleres. Con todo, e a pesar destes datos,

Stotzer (citado en Platero e Ortega, 2017), indica que debido á difusa liña do que é considerado ou non como transfobia, os estudos teñen limitacións para coñecer o alcance real desta violencia. Finalmente, cabe mencionar a invisibilización, pois tamén é un tipo de discriminación. Para parte da sociedade só existen dúas realidades, a de oprimir as persoas trans ou a de facer ver que non existen.

I.1.3. O traballo social e o colectivo trans

A disciplina do Traballo Social debe estar, indubidablemente, presente na loita pola inclusión das persoas trans. Isto é debido a que esta profesión caracterízase pola abordaxe crítica fronte á discriminación de calquera colectivo, especialmente aqueles de carácter máis vulnerable, promovendo a diversidade. Por tanto, a transfobia, entendida como unha problemática social, debe ser tratada desde este marco interpretativo. Tal e como o define o Consello Xeral do Traballo Social (2012) no capítulo 4.º do Código deontolóxico, esta disciplina é:

> Unha profesión baseada na práctica e unha disciplina académica que promove o cambio e o desenvolvemento social, a cohesión social, e o fortalecemento e a liberación das persoas. Os principios da xustiza social, os dereitos humanos, a responsabilidade colectiva e o respecto á diversidade son fundamentais para o traballo social. Apoiada polas teorías do traballo social, as ciencias sociais, as humanidades e os coñecementos indíxenas, o traballo social involucra ás persoas e as estruturas para facer fronte a desafíos da vida e aumentar o benestar.

Partindo desa base, e dos principios éticos recollidos pola Federación Internacional de Traballadores Sociais (2018), como a promoción da xustiza social, dos dereitos humanos ou o recoñecemento da dignidade inherente ao ser humano, poderíase crer que existen protocolos de actuación cara ao colectivo trans propios desta disciplina, pero nada máis lonxe da realidade. Aínda que é certo que no Decreto 130/2016 polo que se regulan os centros de Información á Muller (CIM) no *Diario Oficial de Galicia* faise unha especial mención ao colectivo LGBT partindo da Lei 2/2014, neste non se especifica en que circunstancias debe actuar unha traballadora social. A este respecto, Langarita (2016, p.18) propón "a participación na elaboración de políticas LGTB desde un punto de vista crítico que permita recoñecer a raíz e as estruturas da discriminación". Ademais, tamén engade a importancia de elaborar ferramentas de intervención partindo da perspectiva da diversidade sexual e de xénero que proporcione seguridade e instrumentos para as traballadoras sociais. Finalmente, o mesmo autor recalca que o Traballo Social "non pode facer oídos xordos ás reclamacións dos movementos de defensa das persoas LGTB, e non pode manterse á marxe dun sistema de opresión que xera tanto malestar". Ademais do anterior, Alcázar (2014) indica que a disciplina do Traballo Social ten que servir como medio de denuncia ante a

desigualdade, o que inclúe intrinsecamente loitar en prol da inclusión do colectivo trans na sociedade.

I.2. METODOLOXÍA

Como xa se mencionou, a presente investigación desenvolveuse cunha metodoloxía cualitativa. Esta foi escollida por resultar apropiada para o propósito deste estudo, e pola posibilidade de contar coa participación de varias persoas trans, o que permite unha aproximación a esta realidade, sendo os seus relatos a fonte de datos obxecto de análise e discusión neste traballo. Este tipo de metodoloxía é definida por Sandín-Esteban (2003) como:

> Unha actividade sistemática orientada á comprensión en profundidade dos fenómenos educativos e sociais, á transformación de prácticas e escenarios socioeducativos, á toma de decisións e tamén cara ao descubrimento e desenvolvemento dun corpo organizado de coñecementos (p.123).

Partindo do anterior, no presente capítulo desenvólvense os apartados enfocados a tratar o paradigma de referencia empregado para a elaboración deste traballo, os obxectivos formulados, as características da poboación participante, a técnica, o procedemento e o tratamento dos datos e, finalmente, os aspectos éticos e legais baixo os que se elabora este estudo.

I.2.1. Paradigma de referencia

Nesta investigación tense como referencia a Teoría Queer, moi presente na historia actual do colectivo LGBTIAQ+. Esta, tal e como indica Mérida (2002), ten como finalidade principal romper os esquemas da desigualdade, discriminación e opresión que identifican os colectivos excluídos socialmente, pero especialmente a aqueles vinculados coa sexualidade. Con todo, aínda que esta teoría é da que se parte como referente, o paradigma sobre o que se fundamenta a investigación é o crítico, xa que se busca visibilizar as dificultades presentes na realidade trans por mor das condutas opresoras que exerce o sistema cisheteropatriarcal nelas.

Como se pode apreciar, tanto a Teoría Queer como o paradigma crítico están relacionados pois, aínda que a primeira se centra con máis especificidade sobre este colectivo, ambas buscan loitar contra a opresión e a exclusión social. Concretamente, neste marco interpretativo no que nos atopamos, Horkheimer e Habermas (citado en Tójar, 2006), refírense a este paradigma como o estudo reflexivo das teorías implícitas como ferramenta de oposición ás diferentes clases de opresión e dominación que sofre o ser humano como vía para conseguir a liberación.

I.2.2. Obxectivos

Nesta investigación, o obxectivo xeral é: analizar a visión dos procesos vitais experimentados polas persoas trans desde un punto de vista crítico e interseccional. Con todo, para poder alcanzar a consecución deste, formuláronse tres obxectivos específicos. Estes son os seguintes:

- Describir as vivencias da poboación obxecto de estudo en relación á súa realidade como persoas trans.
- Describir a opinión sobre as dificultades relacionadas coa contorna burocrática e social que persisten en España para as persoas trans.
- Indagar a súa valoración sobre a resposta da intervención social na realidade trans.

I.2.3. Participantes da investigación

As protagonistas deste traballo son as persoas trans e, por isto, a poboación obxecto de estudo seleccionouse por unha mostraxe por conveniencia. Segundo Patton (citado en Flick, 2014, pp. 50-51) esta é "a selección dos casos que son de máis fácil acceso baixo as condicións dadas". Neste caso, contouse con catro persoas trans, dúas mulleres e dous homes, de diferentes idades. Deste xeito puidéronse analizar as similitudes e diferenzas das súas vivencias en relación a identidade de xénero e aos cambios sociais das épocas nas que se enmarca súa historia. A continuación, preséntanse os criterios de inclusión seguidos para a selección da poboación obxecto de estudo, así como a súa consecuente argumentación:

1. Ser unha persoa trans: nesta investigación é fundamental a visión das persoas trans. É por iso que resulta esencial que as entrevistadas sexan pertencentes ao dito colectivo.
2. Ter alcanzada a maioría de idade: no presente traballo búscase analizar a realidade das persoas trans adultas. Aínda que é certo que o colectivo poboacional comprendido entre os 0 e os 17 anos é un moi importante, este está supeditado ás súas responsables legais. Por tanto, optouse por establecer contacto con persoas con 18 ou máis anos.

Partindo do establecido previamente, as características das persoas participantes son:

- P1: muller de 30 anos en proceso de hormonación sen ningunha cirurxía.
- P2: home de 22 anos sen hormonación nin cirurxías.

- P3: muller de 43 anos en hormonas e cunha cirurxía (aumento de peito) realizada.

- P4: home de 49 anos en hormonas e cunha cirurxía (mastectomía) realizada.

Tal e como se pode apreciar, as catro persoas seleccionadas oscilan entre os 22 e os 49 anos. Neste aspecto considérase importante recalcar a gran diferenza que supoñen a idade e o xénero cando falamos da súa identidade. As vivencias de cada unha delas vense moi influenciadas con base nos estándares sociais e no avance da sanidade en materia de intervencións con persoas trans. Por iso, buscouse certa paridade entre estas características, pois desta maneira poden establecerse as diferenzas e similitudes das entrevistadas en base aos criterios xa mencionados.

I.2.4. Técnica de recollida de datos

Como técnica para recoller a información empregouse o método narrativo-biográfico coñecido como relato de vida. Concretamente o centrado en realizar entrevistas episódicas pois, como indica Flick (citado en Verd e Lozares, 2016, p. 199), "trátase dun formato de entrevista narrativa que combina preguntas estritamente narrativas con preguntas máis propias das entrevistas semiestruturadas". As ditas entrevistas seguiron un guión formado por tres cuestións destinadas a coñecer a realidade das persoas trans en España, poñendo especial atención nas dificultades e aspectos para mellorar, todo iso partindo desde as vivencias das entrevistadas.

I.2.5. Procedemento de recollida dos datos

Entre os días 26 de marzo e 10 de abril de 2020 estableceuse contacto coas persoas ás que se lles ía a realizar a entrevista, para presentarlles a investigación e informalas sobre o carácter confidencial que terían estas á hora de realizar o tratamento dos datos.

Posteriormente, o período temporal empregado para realizar as ditas entrevistas foi o comprendido entre o 30 de marzo de 2020 e o 19 de abril do mesmo ano. Con todo, previamente fíxose unha proba piloto para valorar e axustar as preguntas ao contexto requirido. Dada a imposibilidade de levar a cabo os encontros de maneira presencial debido ao confinamento da alerta sanitaria provocada polo coronavirus (COVID-19), a obtención dos relatos realizouse por medios electrónicos unha vez que ambas as partes asinaron o correspondente consentimento informado. Tras o anteriormente mencionado, realizáronse gravacións mediante o programa aTube Catcher, para facilitar a análise dos contidos dos relatos obtidos nas entrevistas.

I.2.6. Tratamento dos datos

O tratamento dos datos, así como a súa consecuente análise e interpretación, foi levado a cabo durante a terceira semana do mes de abril. Neste proceso, o investigador transcribiu as entrevistas anonimizando a información sensible que puidese identificar as participantes. Para este, empregouse o programa informático especializado NVivo 12, utilizado para facilitar o estudo e a procura de diferentes palabras clave nos discursos analizados, así como da terminoloxía máis empregada polas entrevistadas.

No referido á presentación dos resultados, empregáronse nubes de palabras creadas no NVivo 12, así como táboas de elaboración propia deseñadas cos datos obtidos a partir dese mesmo programa. En canto á primeira destas formas de presentación, cabe mencionar que foron feitas mediante a selección da terminoloxía específica máis representativa con relación a todas as narrativas das participantes. Porén, foron suprimidas todas aquelas palabras consideradas irrelevantes polo investigador, xa que carecían de contido de interese para a análise. A continuación, preséntanse os nodos formulados de maneira previa á análise dos resultados, así como os nodos emerxentes que xurdiron tras a revisión dos relatos.

Táboa 1.

Nodos e nodos emerxentes

NODOS	NODOS EMERXENTES
Vivencias persoais con relación á súa realidade trans	Desinformación Autolesión Autopercepción Sufrimento Autorexeitamento Disforia Construción social

Dificultades na contorna burocrática e social	Transfobia Temporalidade Incomprensión Cispassing Saúde mental Paro Sistema legal Cambio de documentación Deadname Cisnorma
Resposta da intervención social na realidade trans	Rede de apoio Prestacións económicas Xénero Visibilidade Dereitos Inclusión Igualdade Respecto

Como se pode observar, son varios os nodos emerxentes que xurdiron tras as entrevistas realizadas ás participantes e que foron elaboradas co programa NVivo 12, e os nodos establecéronse partindo dos obxectivos específicos da investigación.

I.2.7. Aspectos éticos e legais

A presente investigación levouse a cabo respectando a normativa reguladora, así como os aspectos éticos, recollidos na Declaración de Helsinki da Asociación Médica Mundial (AMM) de 1964 e seguindo o Informe Belmont (Departamento de Saúde, Educación e Benestar, 1978).

De maneira máis específica, tamén se segue o Código Deontolóxico do Traballo Social elaborado polo Consello Xeral do Traballo Social (2012). Neste recóllense os principios éticos sobre os que debe construírse unha intervención na devandita profesión e, por tanto, esta investigación tamén os cumpre, e as participantes están amparadas baixo este marco.

Retomando a normativa reguladora, os datos de carácter persoal están protexidos seguindo o Reglamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeo e do Consello do 27 de abril de 2016, relativo á protección das persoas físicas no que respecta ao tratamento de datos persoais e á libre circulación destes datos, así como a Lei orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de protección de datos persoais e garantía dos dereitos dixitais (BOE 294, 6 de decembro de 2018). Por tanto, de forma previa ás entrevistas, solicitouse que as participantes autorizasen o tratamento dos seus datos asinando un consentimento informado. Posteriormente, realizouse unha codificación para continuar co tratamento da información obtida disociándoa dos datos de identificación.

Finalmente, e seguindo a normativa reguladora de propiedade intelectual, cúmprense os preceptos legais establecidos nesta no concernente ás referencias empregadas para a elaboración da presente investigación; todo iso seguindo a normativa American Psychological Association (APA) do ano 2010 para citar correctamente a súa autoría.

II. ANÁLISE E RESULTADOS

No presente apartado son analizadas as narrativas das participantes, definindo previamente as categorías seleccionadas por mor da información obtida para, posteriormente, proceder á súa análise tendo como referencia os obxectivos establecidos. A continuación, preséntase unha táboa na que se mostran tanto os nodos presentes ao longo das narrativas das entrevistadas.

Táboa 2.

Nodos e nodos emerxentes/Persoas participantes

NODOS	NODOS EMERXENTES	Presenza na narrativa			
		P1	P2	P3	P4
Vivencias persoais en relación á súa realidade trans	Desinformación	X			
	Disforia	X	X	X	
	Autolesión	X	X		
	Autopercepción	X	X	X	
	Sufrimento	X		X	
	Autorexeitamento	X	X		
	Construción social	X			
Dificultades na contorna burocrática e social	Transfobia	X	X		X
	Temporalidade	X			
	Incomprensión	X	X		
	Cispassing	X	X		X
	Saúde mental		X	X	X
	Paro	X		X	
	Sistema legal	X	X	X	
	Cambio de documentación	X		X	X
	Deadname	X	X		
	Cisnorma	X	X		

Resposta da intervención social na realidade trans	Rede de apoio		X		
	Prestacións económicas				X
	Xénero	X			
	Visibilidade		X		
	Dereitos	X		X	
	Inclusión				X
	Igualdade			X	
	Respecto	X	X		

Como pode observarse, algunhas das categorías, como a transfobia, son repetidas por tres participantes, e están moi presentes nas súas narrativas. Con todo, outros termos expóñense en menos ocasións, como as prestacións económicas ou a temporalidade, mencionadas unicamente por unha delas.

A continuación, preséntase unha táboa, coa súa consecuente análise, co fin de lle dar resposta ao primeiro obxectivo específico elaborado para esta investigación: describir as vivencias da poboación obxecto de estudo con relación á súa realidade como persoas trans.

Táboa 3.

Aspectos relacionados coas vivencias das persoas participantes

NODOS EMERXENTES	NARRATIVAS
Desinformación	"Viví una época donde no había ningún tipo de formación en un tema tan concreto como este" (P1)[3]

[3] Para preservar as expresións das entrevistadas, todos os testemuños se manteñen no seu idioma orixinal.

Autolesión	“He practicado intentos autolíticos por no atreverme a ser quien soy. Prefería verme muerto a fuera del armario por lo que podría suponerle a mi familia. Prefería morir a darles ese disgusto” (P2) “Hacía mucho tiempo que no tenía pensamientos suicidas, pero volví a tenerlos” (P1)
Autopercepción	“Con mis 26 años ya percibía algo, y con 37 decido por primera vez en la vida tratarme en femenino” (P3) “Me costó entender que había algo con mi género que no concordaba” (P2) “Para yo admitir y realmente darme cuenta de que era trans, fue con 27 años. Estaba súper ciega” (P1)
Construción social	“Los penes y las vaginas existen, pero el hecho que tú le des este significado de mujer u hombre es una construcción social que te ciega” (P1)
Disforia	“Quiero operarme. Una de ellas ya la tengo hecha, me falta la otra que a ver si entro en lista de espera. Eso para mí es primordial” (P3) “Descubrí que tenía disforia por mis genitales” (P1) “Llegó un punto a nivel personal en el que cada vez que me miraba al espejo no veía lo que quería y no entendía qué era. A medida que fue pasando el tiempo entendí que yo lo que tenía era disforia de género” (P2)
Autorexeitamento	“Yo tenía 14 años y dije ‘bueno, pues género no binario’, y me definí como genderqueer porque no estaba preparado para asumir que era trans” (P2) “Yo no quería ir al médico y me repetía ‘no soy un monstruo, no quiero operarme, no quiero que me abandonen, no soy trans’ por culpa de los prejuicios que yo misma tenía” (P1)

Sufrimento	"Con mis 30 años mojaba mi almohada por las noches y no por lo que sudaba, sino por lo que lloraba. El tema ya empezó a ser serio a partir de esa edad" (P3) "Ser yo la que tomara la decisión de si soy trans o no, tomar la decisión de cambiar toda mi vida, de repente era horrible. Se me cayó el mundo encima"

Facendo alusión a esta táboa, na cal se recollen diversas narrativas das vivencias das entrevistadas, o primeiro que se pode observar é que priman os aspectos negativos. Aínda que cada unha das participantes ten unhas características diferentes, todas teñen en común unha serie de factores que, concatenados, xeran unha gran sensación de malestar.

Tanto P1 como P2 destacan vivir momentos de autolesión, tendo pensamentos suicidas. Ademais, tal e como reflicte P2, isto viña derivado por un sentimento de rexeitamento cara el mesmo e, á súa vez, debido ao medo por defraudar a súa familia. Estas ideas están notablemente relacionadas co autorexeitamento que manifestan sentir, pois P1 sentíase un monstro pola súa condición, e temía por un posible abandono por parte da súa contorna.

Este mesmo autorexeitamento xeraba o sufrimento destas persoas por non entender como se sentían, por ser incapaces de vivir como querían, e polo medo que lles producía a dita situación. Así o manifesta P3, quen relata que con 30 anos choraba cada noite, ou P1, quen temía tomar a decisión de cambiar toda a súa vida. Estas situacións, ademais do propio sufrimento, provocaron que a percepción que as participantes tiñan delas mesmas se vise alterada. Tanto foi así que P3 tardou, tal e como indica, 11 anos en dar o paso de tratarse a ela mesma pola súa identidade sentida, e tanto P1 como P2 concordan en que lles custou darse conta de que eran trans. Estes factores están, principalmente, desencadeados por outros dous, que tamén estiveron notablemente presentes na vida das entrevistadas: a desinformación e os construtos sociais.

Finalmente, neste ámbito pódese comprobar que P1, P2, e P3 padecen 'disforia de xénero'. Aínda que non todas as persoas trans a senten, e que esta non é necesariamente persistente no tempo, neste caso repetiuse en tres das catro participantes. Esta desconformidade, que á súa vez xera en parte o autorexeitamento, así como o sufrimento, adoita xurdir debido aos canons de beleza impostos polo sistema; é dicir, son construtos sociais cuxa base é parte da cisnorma.

Cabe destacar que a vida de cada persoa é moi diversa en relación á súa contorna, e nas persoas trans isto non é unha excepción. Con todo, pódese

comprobar como existen factores en común cunha clara presenza no día a día dunha persoa trans e, por tanto, estas marcan negativamente as súas vivencias. Aínda que non todas pasan polas mesmas situacións, pois como xa se indicou non todas sofren disforia de xénero, si que se pode ver certo patrón de repetición nelas, mesmo aínda que as características de idade e xénero varíen.

Para ilustrar o recollido con anterioridade, elaborouse unha nube de palabras na que se presentan os termos máis repetidos nas narrativas analizadas nesta cuestión:

Figura 2. Nube de palabras do nodo vivencias persoais en relación á súa realidade trans

Neste compendio pode comprobarse como son moitos os termos que viran ao redor dos seus discursos, reiterando que aínda que sexan trans non deixan de ser persoas, que é necesaria a información en canto ao xénero, e que é preciso tomar consciencia desde un punto de vista feminista. Tamén destacan outros como as hormonas, o emprego do nome, en contraposición ao deadname, ou a imperiosa necesidade dunha modificación na lei, entre outros factores.

A continuación, son presentadas algunhas das narrativas relacionadas coas principais dificultades que as participantes se atoparon nas súas vivencias; todo iso seguindo o segundo obxectivo específico desta investigación: describir a opinión sobre as dificultades relacionadas coa contorna burocrática e social que persisten en España para as persoas trans.

Táboa 4.

Aspectos relacionados coas dificultades manifestadas con relación á realidade trans

NODOS EMERXENTES	NARRATIVAS
Temporalidade	"Burocráticamente, las esperas son larguísimas. La ley te exige, realmente, interrumpir tu vida o hacer una montaña que luego tienes que destruir, y es durísimo" (P1)
Transfobia	"Te hacen creer que al ser una mujer trans automáticamente eres una mujer defectuosa, una mujer que no vale, que no cumple su papel. Eres lo peor de lo peor" (P1) "Le dije a una amiga mía que yo era un chico y me dijo 'lo que quieras menos eso, por favor, eso no' y me marcó" (P2) "Las mujeres trans reciben más transfobia que los hombres trans. A mí me empezaron a ver como un bicho raro" (P3)
Cispassing	"Las mayores dificultades que tengo son de cispassing, de aceptación social de la realidad trans no normativa, o no binaria" (P4) "No es que te respeten por tener cispassing, porque no lo saben, sino que te respetan porque estás cumpliendo la cisnorma" (P1) "Te dicen que no eres realmente válido si no llegas operarte, si no estás en hormonas, si no tienes un cispassing increíble" (P2)
Incomprensión	"La gente no nos comprende" (P1) "Tenemos una gran dificultad a la hora de poder existir y que se nos reconozca como tal; no como chicos trans, sino como chicos" (P2)

Saúde mental	“Que nos traten de personas enfermas me parece denunciable” (P2) “Mi médico de cabecera me preguntó si estaba de broma” (P3) “Me invitaron a usar la ley 3/2007 mostrando que tengo disforia de género” (P4)
Paro	“El paro en las personas trans no es ciencia ficción, te lo digo por experiencia propia” (P3) “Tenemos un 80% de paro y una esperanza de vida de 50 años, nos echan de todas partes y el colectivo más amplio de prostitución son mujeres trans” (P1)
Sistema legal	“Burocráticamente es una mierda, hay muchas trabas” (P2) “El sistema te dice que no, que eso no es posible y que eso no es lo deseable, y que el objetivo es que te hormones, que te operes y que te veas a un aspecto concreto. ¿Cómo puede una ley obligarte a cambiar físicamente, a castrar químicamente a las personas?” (P1) “Ante la ley no estoy protegida. En 2016 el Parlamento Gallego no dejó llevar la Ley de Identidad de Género a debate” (P3)
Cambio de documentación	“Tienes que esperar dos años para cambiar el DNI, aunque el problema no es el nombre, el problema es cambiar el sexo” (P3) “Los procesos más insidiosos que he vivido tienen que ver con el cambio de nombre y los documentos” (P4) “La ley nos obliga a hormonarnos para cambiar el DNI” (P1)

Deadname	"Que me traten en femenino y por el deadname es algo que me descoloca un montón. Psicológicamente me hace mucho daño" (P2) "Si tú quieres hacer daño a una persona trans, utilizar su deadname es la forma más efectiva, incluso más que el físico" (P1)
Cisnorma	"No era yo el que pensaba, sino que eran otros y otras pensando por mí. Todo fue un poco más fácil cuando abrí la mente y empecé a entender todo" (P2) "Cuando hablas de mujeres completas automáticamente hablas de la cisnorma, y todo lo que refuerza la cisnorma es transfobia" (P1)

Nesta táboa reflíctense as dificultades mencionadas á hora de ser trans. Estas están relacionadas coas categorías presentes na primeira das táboas deste apartado pois, como xa se viu, as vivencias xerais das participantes veñen marcadas por unha serie de trabas intrínsecas á súa situación. Esas dificultades danse, principalmente, por unha en específico: a transfobia. P1 e P3 coinciden en que ser unha muller trans implica sufrir altas doses de discriminación, o que está ligado coa misoxinia. Isto, en parte, xorde da idea patriarcal de que o papel da muller na sociedade é procrear e, segundo P1, se non podes facelo non estás completa. Con todo, os mozos trans tamén a padecen, pois P2 manifesta sufrila mesmo na súa contorna máis próxima.

Como xa se indicou, é desta traba da que derivan o resto pero, de onde xorde? No marco teórico reflíctese que o colectivo trans carga cunha serie de etiquetas asociadas á saúde mental. Así o refiren P2, P3 e P4, os que nas súas narrativas fan alusión ao que isto supón nas súas vidas. P4 indica que no seu proceso tiveron que diagnosticala baixo a Lei 3/2007. Ademais de que isto ten unha carga patoloxizante tamén resulta contraditorio pois, como se mencionou, non todas as persoas trans teñen disforia de xénero. Cabe mencionar que pasar polo labirinto sanitario causa un gran malestar, como remarca P2; e que dentro do propio sistema non se toman en serio, pois P3 tivo que pasar polo cuestionamento do seu médico, quen pensou que chanceaba. Á súa vez, relacionado co ámbito sanitario atópanse a temporalidade e a modificación da documentación, que están sumamente ligadas entre elas. P1 indica que supón unha espera longa e dura ter que interromper a súa vida para poder realizar os trámites pertinentes. P4 reflicte que o máis complicado da súa realidade estivo provocado por esta mesma situación e P3

móstrase desconforme co período temporal necesario para poder modificar o seu sexo oficial.

No relativo ao sistema legal referente ás persoas trans, as participantes están moi desgustadas por este. Primeiramente, P1 rexeita a idea de que por lei esteas obrigada a 'castrarte quimicamente' para poder cambiar toda a documentación. Pola contra, o colectivo reclama unha lei que ampare os seus dereitos, e P3 lembra que en 2016 se presentou unha no Parlamento galego que foi denegada. En canto a eses dereitos, un dos que se busca é a protección laboral, pois as persoas trans teñen altas taxas de paro, xa que P3 padéceo en primeira persoa e P1 fai constar que son un 80 % as persoas trans que se atopan nesta situación laboral.

Por último, as categorías de cispassing, deadname e cisnorma atópanse relacionadas entre elas e cunha que as engloba a todas: a incomprensión. Unha das problemáticas principais polas que a xente deshumaniza a este colectivo é debido a que non o comprenden, como así o refiren P1 e P2. Ademais, son moitas as ocasións nas que se tratan ás persoas trans polo seu deadname, o que xera incomodidade, como resalta P2. De feito, P1 indica que esta é a forma máis efectiva de provocarlle sufrimento, moito máis que atacar o seu físico. Ligado a isto atópase o cispassing, que é un produto da transfobia e da cisnorma. Ás persoas trans, a sociedade incúlcalles que pasen desapercibidas adaptándose aos canons de beleza da hexemónicos, como así o relata P1. Por tanto, segundo P4 e P2, se alguén escapa deses estándares preestablecidos pasan a considerala como non válida, o que é normativo, tránsfobo e reforza a cisnorma.

Con relación ás dificultades, creouse a seguinte nube para representar as máis destacables:

Figura 3. Nube de palabras do nodo dificultades na contorna burocrática e social

Nesta nube pódese observar que a lexislación, a sociedade e a transfobia son as principais dificultades ás que se teñen que enfrontar as persoas trans, mais son moitas as que acompañan a estas, como a desinformación, o desprezo, os roles de xénero ou as críticas, entre outras.

Finalmente, para lle dar resposta ao terceiro obxectivo específico desta investigación: indagar sobre como podería influír positivamente a disciplina do Traballo Social na realidade trans, preséntase a seguinte táboa, recóllense as narrativas das participantes facendo alusión aos posibles aspectos que facilitarían as súas vivencias con relación á súa realidade.

Táboa 5.

Aspectos sobre a resposta da intervención social na realidade trans

NODOS EMERXENTES	NARRATIVAS
Rede de apoio	"Tener un apoyo de un igual, de una persona que también es trans, te hace todo mucho más sencillo, porque es como ver que no estás sola en esta lucha" (P2)
Prestacións económicas	"Económicamente no hay dotación aún para ciertas cuestiones. Somos un colectivo en riesgo de exclusión y a nadie le importa" (P3)
Xénero	"Hay que intentar abolir el género, y para mí sería estirarlo hasta que no tenga sentido" (P1)
Visibilidade	"La visibilidad, la educación, el respeto y la información es lo que más hace falta, eso y la existencia de grupos de apoyo" (P2)
Inclusión	"Me hubiera ayudado mucho un acceso al cambio de nombre como un trámite administrativo más, pero no acompañado de tener que ser una enfermedad y estar tutelado por un endocrino o similar" (P4)

Igualdade	"Hace falta dotar a las personas para que tengan una igualdad y una equidad como tienen las demás" (P3)
Respecto	"Hace falta que la sociedad deje de deshumanizarnos" (P1) "Lo que prima es, no siempre pero casi siempre, el respeto. Y eso es lo que más me importa a la hora de la verdad" (P2)
Dereitos	"Parece mentira que justamente tengamos que tener una ley para ser iguales a la otra persona que es cis y de ella se da por hecho y por sentado lo que ya sabemos, ¿no? Es la 'normalidad'" (P3) "Los malditos delitos LGTBfobia… somos blandísimos en España con todas estas cuestiones y en otras mucho más. Necesitamos una ley que luche contra ellos" (P1)

Á hora de facilitar a situación das persoas trans, as participantes propoñen unha serie de cuestións que desexarían que se implementasen na sociedade. Desde a disciplina do Traballo Social, estas poderían levarse a cabo nas intervencións con este colectivo, así como á hora de deseñar protocolos, para fomentalas non só a nivel social, senón tamén profesional. Como se puido observar con anterioridade, unha das principais dificultades das persoas trans é o rexeitamento, tanto propio como alleo, fronte á súa realidade. É por esa razón que P2 destaca a importancia das redes de apoio para facilitarlles todo o seu proceso e poder paliar a desinformación falando cun grupo de iguais que estea a pasar por un momento similar.

Á súa vez, a visibilidade, a inclusión, a igualdade e o respecto pódense promover mediante un enfoque de dereitos. A primeira delas, segundo P2, é estritamente necesaria, xunto coa educación e outros requisitos xa mencionados, para facilitar que o colectivo trans se dea a coñecer e que non permaneza como unha realidade allea á sociedade. Para P4, a inclusión obteríase, en parte, suprimindo as trabas establecidas para a modificación da documentación e deixando de considerar as persoas trans como enfermas. P3 indica que, baixo o seu punto de vista, é necesaria unha igualdade e equidade do colectivo con relación á sociedade hexemónica, suprimindo a discriminación. En canto ao respecto, P1 sostén que é esencial que deixen de deshumanizalas, e P2 manifesta que para el isto prima por encima de practicamente todo. Por tanto, tendo isto en conta, P1 e P3 concordan en

que esta perspectiva de dereitos se obtén mediante unha modificación da lexislación, penando máis duramente os delitos de LGTBfobia.

Ademais do anterior, P1 destaca que gran parte das problemáticas existentes cesarían se se abolise o concepto do xénero, pois este é imperfecto e, por tanto, non ten sentido.

Finalmente, e lembrando a situación laboral do 80 % das persoas trans, P3 sostén que son necesarias prestacións económicas mentres este colectivo siga estando en risco de exclusión.

A seguinte nube de palabras recolle aqueles termos referentes aos aspectos que facilitarían as vivencias trans mencionadas nas narrativas analizadas:

Figura 4. Nube de palabras do nodo resposta da intervención social na realidade trans

Facendo unha comparativa coa figura 3, pódese comprobar que algúns termos son coincidentes. Aínda que isto podería resultar contraditorio, o certo é que o colectivo ve certas pégas que poden transformarse en potencialidades, como o caso da lexislación, xa a que a actual non satisfai as necesidades das persoas trans mais, de modificarse, sería positiva, co que supón unha arma de dobre fío. O mesmo ocorre coa familia ou as amizades, que poden ser un impedimento ou supoñer a principal rede de apoio, dependendo da súa perspectiva con relación a esta realidade. Destaca tamén o feminismo, pois as participantes considérano a principal vía para pro-

mover a igualdade que tanto ansían, o que xeraría unha educación diversa afastada da cisheteronorma.

Por último, preséntase unha táboa onde se recollen as narrativas que o investigador considera máis destacables das entrevistas de cada unha das participantes.

Táboa 6.

Narrativas clave de cada participante expresadas nos relatos

PARTICIPANTE	NARRATIVA
P1	"De pequeña le rezaba a Dios, cuando creía en él, para ver si al día siguiente despertaba con otro cuerpo. Soñaba que yo era una mujer, 'que no era yo'. Tenía tanta transfobia interiorizada, y los cánones de belleza me afectaban tanto, que era incapaz de verme a mí misma como mujer, pero soñaba con ello igualmente"
P2	"Intentar decir quién soy sin miedo y sin ansiedad, sin querer llorar y sin querer morirme por lo que pensaría mi familia me ha provocado bastantes ataques de ansiedad fuertes que han estado a punto de acabar en una recaída de autolesión importante".
P3	"Una clave fundamental para nuestra protección está en eso en estos momentos en el Congreso de los Diputados cogiendo polvo: la Ley Trans"
P4	"No me dejaron tener un nombre compuesto como yo quería. Dijeron que no me lo aprobaban y que pensara en otro, que no tienen informatizado el registro. Te hacen sentir como que eliges un nombre de manera azarosa y no con un sentido determinado"

Na presente táboa pódese observar como as dificultades das persoas trans son persistentes no tempo, pois non están presentes unicamente nunha etapa das súas vidas. P1 mantén que ela mesma tiña transfobia interiorizada, o que xera un continuo autorexeitamento e unha frustración constante cara a ela mesma e a súa condición. Para P2 isto segue sendo un problema aos seus 22 anos, pese a ser consciente de súa realidade aos 14. A contorna e os

prexuízos marcan as decisións e os sentimentos das persoas, o que pon en risco non só a súa felicidade e a súa identidade, senón a súa vida. P3 teme pola súa seguridade e a do colectivo, e recalca que existe unha proposta de Lei trans en mans do Congreso dos Deputados, mais que se lle está facendo caso omiso. Para finalizar, P4 manifesta que lle puxeron trabas para poder modificar o seu nome e que, cando llo permitiron, non lle deixaron empregar o que escollera. Isto deixa en evidencia ao sistema, pois non só xera dificultades a este colectivo, senón que lle dá a entender que as súas necesidades non importan, pois nin sobre o seu propio nome lles deixan decidir.

III. DISCUSIÓN E CONCLUSIÓNS

Ao longo da presente investigación, abordáronse varias cuestións con relación ás persoas trans e, neste apartado, dáselles resposta aos obxectivos formulados para esta. Primeiramente, é preciso saber que, como di Stotzer (citado en Platero e Ortega, 2017), as persoas trans adoitan ser o obxectivo dunha violencia brutal da que non hai datos suficientes, xa que socialmente se teñen problemas para entender que é a transfobia; todo iso debido ás limitacións dos estudos realizados. Contrastando isto coa narrativa de P1, queda patente a desinformación que hai. Ademais, Platero e Ortega (2017) indican o desexo colectivo de que se asenten cambios sociais e que se divulgue maior información respecto diso, debido a que contribuiría á prevención da discriminación e, ao mesmo tempo, á sensibilización. É dicir, búscase combater o descoñecemento persistente sobre a transexualidade.

Tamén destaca a autopercepción da que falaban P1, P2 e P3. Con todo, non só é esencial a referida a unha mesma, senón que, como manifesta Bettcher (citado en Platero e Ortega, 2017), a discriminación pode estar baseada na percepción da sociedade. Por tanto, á hora de ter en conta as vivencias das persoas trans é esencial ser consciente de que a propia contorna xera unha percepción, xeralmente estereotípica e prexuizosa. No relativo á autolesión, mencionada por P1 e P2, Arcelus, Claus, Witcomb, Marshall e Bouman (citado en Vázquez, 2018), indican que as autolesións, concretamente as non suicidas, danse nun 46.3 % das persoas trans.

No referido ás dificultades, as principais están relacionadas coa temporalidade burocrática, o sistema e a modificación da documentación, como indicaron todas as participantes. Platero e Ortega (2017) na súa investigación manifestan que estes trámites han de ser máis sinxelos e accesibles, xa que isto xera moito dano e problemas coas forzas de seguridade, xa que che poden acusar dun delito de suplantación de identidade. Ademais, no ámbito laboral, concretamente coa situación mencionada por P3, Platero e Ortega (2017), resaltan que non ter a documentación modificada pode ter unha repercusión a nivel de inserción laboral e que isto, sumado cos momentos de vulnerabilidade económica do colectivo, pode derivar en situacións de pre-

cariedade pola exclusión no mercado laboral. Facendo alusión á transfobia sufrida da que falan P1, P2 e P3, Furtado, Gómez e Donat (2007) realizaron unha investigación na que o 53,8 % dos homes trans sufriran agresións verbais, e un 46,2 % as mulleres. En canto ás físicas, estes datos variaban, pois foi dirixida cara a un 46,2 % de homes fronte ao 7,7 % de mulleres.

En canto ás cuestións que facilitarían as vivencias, P2 destaca a visibilidade, do mesmo xeito que Platero e Ortega (2017), que indican que hai que fomentala xa que pode impactar positivamente na aceptación. Tamén resaltan que a concienciación social é unha prioridade. Finalmente, relacionado co xénero, P1 comentaba que o aboliría. A este respecto, o Traballo Social, unido cos valores e principios feministas, serviría como medio de denuncia fronte a situacións de desigualdade social e como método de transformación destas para alcanzar unha sociedade cuxa fundamentación é a xustiza social, tal e como indica Alcázar (2014).

Tras a análise, a primeira conclusión que se pode extraer é a relacionada coas vivencias das entrevistadas. Estas experiencias aluden ao proceso de transición, tanto social como física, das participantes. Por iso, e partindo do conxunto das narrativas pódese apreciar como todas seguen un patrón común a pesar da diversidade das súas características e circunstancias. Aínda que a idade e o xénero poden afectar, e afectan, no seu desenvolvemento persoal, todas as entrevistadas manifestan ter vivencias que tenden ao negativo. O rexeitamento propio, alleo, físico ou emocional son coprotagonistas das súas historias, xerando sufrimento. As amizades e a familia xogan un papel importante nas súas vidas; tanto é así que a opinión destas pode supoñer un impedimento total ou parcial para a súa transición ou, no seu lugar, un apoio ao que aferrarse. Ademais, dúas participantes narran que pensaron na autolesión, ou que a chegaron a practicar, debido á súa situación. Neste aspecto, Bauer, Schiem, Travers, e Hammond (citado en Centre for suicide prevention, s.f.), indica que entre un 22 % e un 43 % das persoas trans tentaron quitarse a vida polo menos unha vez, o que concorda co observado na análise. No relativo ás dificultades, parte delas están relacionadas coas vivencias de índole negativa xa mencionadas. Con todo, son varios os alicientes que supoñen unha traba directa para as súas situación, como a burocracia, os prazos temporais, e a patoloxización que supoñen.

Ser unha persoa trans xera unha ruptura co sistema sexo-xénero e, por tanto, coa hexemonía establecida da cisnorma, o que manifestan que non é algo sinxelo. Por conseguinte, se a esta situación se lle engade o aliciente dun diagnóstico sobre a súa saúde mental, un cuestionamento sobre a súa identidade e un adentramento nun labirinto burocrático e sanitario, todo supón un impedimento. Implica, tamén, permanecer nun limbo legal por non ter a documentación acorde coa súa identidade durante un mínimo de dous anos, o que repercute na súa situación administrativa. Ademais, impli-

ca unha constante transición social ao ter que dar explicacións e, á súa vez, tamén afecta á situación laboral de paro na que unha gran maioría atópanse.

En canto a que factores poderían facilitar o proceso deste colectivo, estes agrúpanse nunha principal: a normalización. Socialmente incúlcase a idea de que as persoas trans son diferentes pola súa condición, e por mor diso é onde se xera a desigualdade. Fomentando a visibilidade, abolindo os roles de xénero, ou o propio xénero, promovendo o respecto, as redes de apoio e loitando por unha igualdade plena esta situación estabilizaríase. A pesar diso, esta solución é a longo prazo, pois os prexuízos e estereotipos están sumamente arraigados na sociedade. Por esa mesma razón, as entrevistadas propoñen outros factores que as axudarían e que poderían implementarse con maior facilidade: modificar a lexislación e, á súa vez, que se establezan certas prestacións económicas para as persoas trans que as precisen.

Polo exposto anteriormente, a disciplina do Traballo Social é tan esencial para a sociedade e cara a este colectivo en particular. As profesionais deben realizar unha intervención coa contorna para sortear as barreiras da exclusión ás que constantemente se ven sometidas as pertencentes a este colectivo especialmente vulnerable. Ademais, fomentar a rede de apoio cun 'círculo de iguais' onde as persoas trans poidan compartir vivencias fomentaría o sentimento de pertenza. Desta maneira, segundo Platero (2014), "a sensación subxectiva de «estar a salvo» ou «sentirse seguro» é importante para todas as persoas, especialmente para quen sente tan cuestionadas como as persoas trans" (p. 184). Por tanto, parte fundamental da intervención do Traballo Social debe de estar orientada á procura e creación de apoios sociais que palíen os sentimentos de soidade, illamento e falta de apoio. Ademais do mencionado, hai certas solicitudes que se repiten con maior incidencia desde a sociedade cara ás profesionais do Traballo Social: a modificación do nome e/ou do sexo rexistral ou o acceso aos servizos de saúde necesarios para o seu proceso. Neste aspecto, é importante fomentar unha formación específica sobre este ámbito para que as traballadoras sociais saiban como intervir fronte esta clase de demandas. É primordial promover a investigación a este respecto contando coas persoas trans, xa que son expertas en analizar as súas necesidades e, por tanto, sempre se lles debe ter en conta.

REFERENCIAS

- AET-Transexualia. (2016). *Historia de AET-Transexualia*. Recuperado de http://transexualia.org/historia-transexualia/

- Alcázar, A. (2014). Miradas feministas y/o de género al trabajo social, un análisis crítico. *Portularia, 14*(1), 27-34. Huelva: Universidad de Huelva.

- American Psychological Association. (2010). *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association*. Ciudad de México: Manual Moderno.

- Asociación Médica Mundial. (1964). *Declaración de Helsinki de la AMM*. Recuperado de: https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/

- Asociación Psiquiátrica Americana (APA). (2002). DSM-IV-. *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

- Asociación Psiquiátrica Americana (APA). (2013, Actualización de 2018). DSM-V. *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Aventín, N. (2014). *Transexualidad y familia. Asociación de familias de menores transexuales*. Recuperado de https://chrysallis.org.es/transexualidad-y-familia/

- Boquete, L. (2020). Módulo 3: *Intervención educativa co colectivo LGTBIQ. Curso de Intervención social con colectivos LGTBIQ*. Documento non publicado. [PDF]. Santiago de Compostela: COTSG.

- Borraz, M. (18 de xuño de 2018). La OMS deja de considerar la transexualidad un trastorno mental. *Eldiario.es*. Recuperado de https://www.eldiario.es/sociedad/OMS-considerar-transexualidad-enfermedad-incongruencia_0_783572396.html

- Borraz, M. (5 de abril de 2019). Solo cuatro comunidades autónomas prohíben expresamente las terapias para 'curar' la homosexualidad. *Eldiario.es*. Recuperado de https://www.eldiario.es/sociedad/Solo-comunidades-autonomas-expresamente-homosexualidad_0_885061949.html

- Cambrollé, M. (2016). *La transfobia no es libertad de expresión. El Diario*. Recuperado de https://www.eldiario.es/andalucia/enabierto/transfobia-libertad expresion_6_561753820.html

- Centre for suicide prevention. (s.f.). *Transgender people and suicide [Personas transgénero y suicidio]*. Recuperado de https://www.suicideinfo.ca/resource/transgender-people-suicide/

- Chrysallis. (2013). *¿Qué es Chrysallis?*. Recuperado de https://chrysallis.org.es/presentacion/

- Cía, B. (14 de xullo de 1994). 310 años de cárcel para siete 'skins' por asesinar a un travestido en Barcelona. *El País*. Recuperado de https://elpais.com/diario/1994/07/14/espana/774136812_850215.html

- Consejo General del Trabajo Social. (2012). *Código Deontológico del Trabajo Social*. Recuperado de https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico

- *Decreto 130/2016, do 15 de setembro, polo que se establecen os requisitos e o procedemento para o recoñecemento e acreditación dos centros de información á muller de titularidade das entidades locais de Galicia, así como para a modificación e extinción do seu recoñecemento*. (2016). DOG, 188, del 3 de octubre de 2016.

- Departamento de Salud, Educación y Bienestar. (1978). *El informe de Belmont*. Recuperado de: https://www.usa.gov/espanol/agencias-federales/departamento- de-salud-y-servicios-humanos

- Dirección Xeral de Educación, Formación Profesional e Innovación Educativa. (2016). *Protocolo Identidade de Xénero*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.

- El Parlamento Europeo se opone a la discriminación de los transexuales. (13 de setembro de 1989). *El País*. Recuperado de https://elpais.com/diario/1989/09/13/sociedad/621640808_850215.html

- European Union Agency for Fundamental Rights. (2015). *Ser trans en la UE. Análisis comparativo de los datos de la encuesta a personas LGTB en la UE*. Viena: Autora.

- Federación Internacional de Trabajadores Sociales. (2018). *Declaración Global de Principios Éticos del Trabajo Social*. Suiza: Autora.

- Flick, U. (2014). *El diseño de Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata. [Edición original de 1998: An introduccion qualitive research].

- Funcia, C. (20 de febreiro de 1985). El primer español al que se le reconoce legalmente el cambio de sexo se operó hace cuatro años. *El País*. Recuperado de https://elpais.com/diario/1985/02/20/sociedad/477702002_850215.html

- García Nieto, I. (Febrero, 2017). Infancias y adolescencias trans: herramientas y conocimientos para mejorar su abordaje. Comunicación presentada al *1º Curso de Actualización Pediatría*. Madrid.

- Hurtado, F., Gómez, M. y Donat, F. (2007). Transexualismo y salud mental. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 12*(1), 43-57.

- *Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades*. (2017). *Las personas LGTB en el ámbito del empleo en España: hacia espacios de trabajo inclusivos con la orientación sexual e identidad y expresión de género*. Recuperado de http://www.inmujer.gob.es/actualidad/NovedadesNuevas/docs/2017/ResumenEjecutivoLGBT.pdf

- *Instrucción de 23 de octubre de 2018, de la Dirección General de los Registros y del Notariado, sobre cambio de nombre en el Registro Civil de personas transexuales*. (2018). BOE, 257, del 24 de octubre de 2018.

- Langarita, J. A. (agosto, 2016). *Diversidad sexo-genérica y trabajo social: miradas, preguntas y retos. Revista de Treball Social, 208*, 9-19.

- Legaspi, S. (2020). *Módulo 2: Abordaje de la diversidad sexual desde el Trabajo Social. Curso de Intervención social con colectivos LGTBIQ.* Documento no publicado. [PDF]. Santiago de Compostela: COTSG.

- *Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las persoas*. (2007). BOE, 65, do 16 de marzo de 2007.

- *Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía*. (2014). BOE, 193, del 9 de agosto de 2014.

- *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. (2018). BOE: 294, 6 de diciembre de 2018.

- *Ley Orgánica 8/1983, de 25 de junio, de Reforma Urgente y Parcial del Código Penal*. (1983). BOE, 152, de 27 de junio de 1983.

- Marrero, R. (2018). *We Can Be Heroes*. Barcelona: Lunwerg Editores.

- Mas Grau, J. (2017). Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. *Revista Internacional de Sociología, 75*(2), 1-12.

- Mayo Clinic. (2020). *Terapia hormonal masculinizante*. Recuperado de https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/ftm-hormone-therapy/about/pac-20385099

- Mérida, R. (2002). *Sexualidades transgresoras: una antología de estudios queer*. Barcelona: Icaria Editorial.

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). *Glosario de términos sobre diversidad afectivo sexual*. Madrid: Gobierno de España.

- Missé, M. y Coll-Planas, G. (Coords.). (2010). El género desordenado. *Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Madrid: Egales.

- Platero, L. (2014). *TRANS*EXUALIDADES. Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Barcelona: Bellaterra.

- Platero, L. y Ortega, E. (2017). *Investigación sociológica sobre las personas transexuales y sus experiencias familiares*. Madrid: Asociación Transexualia y Ayuntamiento de Madrid.

- *Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE*. (2016). BOE, 119, de 4 de mayo de 2016.

- Sandín-Esteban, M. P. (2003). *Investigación cualitativa en educación: fundamentos y tradiciones*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España..

- Tójar, J. C. (2006). *Investigación cualitativa. Comprender y actuar*. Madrid: La Muralla.

- Vázquez, N. (2018). *Apoyo social percibido en personas trans. Trabajo Fin de Máster*. Recuperado de http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/47477/3/TFM_NuriaVazquezLopez.pdf

- Verd, J.M. y Lozares, C. (2016). *Introducción a la investigación cualitativa. Fases, métodos y técnicas*. Madrid: Síntesis.

PROGRAMA ACOMPÁÑOTE
CÁRITAS INTERPARROQUIAL DA CORUÑA

I. INTRODUCIÓN

Na actualidade está moi presente o aumento da lonxevidade, ben pola diminución da natalidade e da mortalidade, o incremento da esperanza de vida, e as progresivas migracións internacionais. En España, un dos países da UE con maior número de persoas referentes a este grupo de poboación, prevese que o maior crecemento poboacional se concentre no colectivo de persoas maiores, aquelas que se concentran nas idades avanzadas. Esta realidade supón un aumento do colectivo centenario, así como da taxa de dependencia.

A comunidade autónoma de Galicia sitúase como unha das máis envellecidas do territorio Español. Fronte a esta situación expóñense os fogares onde só viven unha ou dúas persoas, máis incidentes en casos dunha soa. Esta realidade vai en aumento, sobre todo nas provincias da Coruña e Pontevedra.

II. XUSTIFICACIÓN

A vellez implica adaptación fronte a cambios vitais, como poden ser o falecemento do compañeiro ou compañeira de vida ou o abandono do fogar por parte dos proxenitores: pasar de vivir acompañados a vivir sós. Esta circunstancia xera sentimento de soidade. Combatela e acondicionarse aos devanditos cambios depende dos recursos persoais, familiares e sociais, e débese coñecer e atender ás consecuencias resultantes no desenvolvemento da sociedade, xa que actuar contra ela marca a diferenza na incidencia do futuro da poboación a calquera idade, aínda que en maior medida ás persoas maiores.

O sentimento de soidade mingua a calidade de vida e aumenta os problemas de saúde, e en relación con este colectivo poboacional xera considerables dependencias de tipo social, funcional e/ou cognitivo, co que presenta así dificultades para a vida cotiá. Hai persoas dotadas dun acompañamento

continuado pero cada vez existen máis persoas con escasa ou ausencia de rede familiar, de amizade ou mesmo veciñal. Morrer soas.

A realidade en continuo crecemento das persoas maiores que viven soas, con dependencia, ha de ser considerada pola sociedade, as familias e os equipos de saúde.

III. O PROGRAMA ACOMPÁÑOTE

No ano 2018 detéctase e identifícase a necesidade de dar resposta a aquelas persoas maiores que viven soas e se atopan en risco de exclusión social, que queren seguir no seu domicilio e nas mellores condicións, reforzando así a autonomía que é minguada por motivo da idade, de modo que poida evitarse unha institucionalización ou abandono da contorna da persoa en cuestión. O aumento deste colectivo, así como de unidades familiares con problemas asociados a esta etapa da vida: dependencia, soidade, pobreza… xeran a necesidade de intervención ante a devandita problemática. Desta forma defínese e deséñase o programa AcompáñoTE, integrado no Programa de Maiores de Cáritas.

AcompáñoTE supera a fase piloto entre finais de 2018 e principios de 2019, momento no que se aumenta o alcance do programa mediante a súa presentación nas parroquias da Coruña e Arteixo, entidades solidarias enraizadas no ámbito do social e que lles permite coñecer e ser coñecidas, ademais de establecerse como intermediarias para coa poboación obxectivo.

O programa AcompáñoTE trátase dunha entidade privada de acción social impulsada pola confederación oficial de entidades de acción caritativa e social da Igrexa católica, a cal promove o desenvolvemento integral das persoas e pobos, sobre todo do colectivo en risco de exclusión social; foi promovida por Cáritas Interparroquial da Coruña e é financiado pola Xunta e o Concello. Actualmente atópase situado na antiga Residencia Meu Lar da Coruña, localización temporal ata a apertura das vivendas sociais na Rúa *Belén, n.º 19, baixo*, onde se efectuará o traslado da oficina a finais do 2021.

O programa pretende darlles resposta a aquelas persoas maiores sen ou con escasa rede de apoio que viven soas e desexan permanecer da mesma forma, co obxectivo de mellorar a calidade de vida deste colectivo ademais daquelas con menos recursos económicos e sociais e favorecer que a persoa permaneza na súa contorna o maior tempo posible a través de realizar un acompañamento persoal e unha orientación/asesoramento para resolver as súas necesidades. Dedicámonos á detección destas no colectivo de persoas maiores e/ou con algún tipo de dependencia, que polas súas circunstancias sociais non poden levar a cabo por si mesmos algunhas das actividades e xestións. Prestámoslles apoio e acompañamento. Existen casos excepcionais

de acceso por parte de usuarios e usuarias máis novas, que se saen do perfil de persoa maior, pero sempre baixo unha previa valoración técnica.

AcompáñoTE está presidido por un equipo técnico que define e administra a perseveranza do servizo:

- Unha terapeuta ocupacional (vogal e coordinadora do programa).
- Unha educadora social.
- Unha psicóloga.
- Dúas traballadoras sociais.
- Dous auxiliares.

Cabe destacar a coordinación con profesionais de traballo social do Sergas e do concello en vinculación por cada usuario/a do programa.

IV. ALCANCE DO PROGRAMA

AcompáñoTE leva á práctica a premisa de que "toda avaliación é intervención e toda intervención permite avaliar". Buscando de tal forma darlles resposta ás necesidades do colectivo á fronte dunha desmellora física e mental ou da súa autonomía sen que se de lugar a unha desvinculación da súa zona ou ambiente de confort, o programa presenta unha serie de obxectivos específicos:

- Identificar a persoas maiores susceptibles de beneficiarse do programa.
- Detectar e valorar situacións que poidan afectar o seu normal desenvolvemento, autocoidado, e saúde, elaborando un plan de traballo nas distintas esferas.
- Orientar e acompañar tanto á familia (se a tivese) como ao propio interesado na xestión daquelas recursos adecuados ás súas necesidades.
- Implicar os puntos de vista máis frecuentes do usuario na súa vixilancia e seguimento.
- Promover a creación de redes de entidades implicadas coa persoa usuaria.
- Formar a un equipo de voluntarios para o desenvolvemento do proxecto.

Doutra banda, para o progreso e crecemento favorable do programa, establécense unhas liñas de actuación:

- Voluntariado

- A natureza do noso programa e o colectivo ao que nos dedicamos require de proximidade, dunha interacción cara a cara e iso é o que demandan os usuarios. En AcompáñoTE traballamos cun colectivo de adultos maiores e persoas con discapacidade e/ou dependencia e unha dos labores que realizamos con frecuencia é o acompañamento a citas médicas e xestións que deba realizar o usuario/a e para as cales non dispoña de suficiente autonomía. Este tipo de intervención é imposible de realizar por outra vía que non sexa a presencial. A participación activa e directa das persoas voluntarias para cos participantes desempéñase na realización de funcións como o acompañamento físico, sistema de carteo ou chamadas telefónica. Isto fai posible a realización dun seguimento, conduta activa e sensación de non estar só ou soa, brindar un apoio emocional e fomentar a conversación e escoita activa.

- Rede de antenas

- Unha das liñas de actuación para a presenza activa na vida comunitaria é a rede de antenas. A súa posibilidade versa na a ampliación da rede para a completa inclusión dos barrios da cidade e o fortalecemento da rede existente, así como a vinculación ao proxecto de asociacións de veciños por ser coñecedoras do barrio e os seus axentes para a detección de casos, a súa intermediación e encontro.

- Difusión e presenza dos medios de comunicación.

V. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN

A atención de necesidades non cubertas polos recursos do sistema de servizos sociais que en gran medida se dirixen a persoas que por razóns vinculadas á súa situación de soidade e falta de apoio social quedan fóra dos circuítos oficiais de recursos de apoio, pois aínda que acoden aos devanditos organismos resúltalles complicado seguir soas os procesos de solicitude de axudas. Isto quere dicir que unha porcentaxe elevada das persoas beneficiarias do programa AcompáñoTE procede de derivacións levadas a cabo polos propios equipos de traballo social tanto municipais como do Sergas co obxectivo de que lles proporcionemos apoio para as devanditas xestións ou mesmo paliar o sentimentos de soidade e cubrir esas situacións onde non teñen rede de apoio para acudir a citas médicas, entre outras.

O protocolo de intervención comprende que, unha vez sucedida a derivación, o acceso por iniciativa propia da persoa beneficiaria ou a través dun intercesor, procédese en primeiro lugar:

- Presentación do servizo á persoa interesada.

Unha profesional técnica do programa cítase co usuario/a e na súa falta, tamén co intermediario para explicar o proxecto, facilitar a documentación e finalmente, sinatura de adhesión ao programa en caso de querer ser perceptor do servizo.

- Tras esta primeira toma de contacto, procede a valoración de inclusión no programa.

Unha das traballadoras sociais en conxunto coa terapeuta ocupacional realizan unha visita domiciliaria para valorar a situación e asesorar fronte ás necesidades demandadas e detectadas polas profesionais determinando pois, se cumpre o perfil para a súa inclusión no proxecto.

- Unha vez aprobada a participación do individuo no programa, elaborarase unha ficha identificativa para cada beneficiario e en coordinación coa persoa demandante acordarase a estratexia proposta polo equipo interdisciplinar.

- Finalmente, sistema de intervención cos usuarios.

En función das necesidades previstas, emitirase un informe social que recolla obxectivos e intervención para seguir valorada previamente polo equipo técnico.

A avaliación dos usuarios e usuarias realízase de maneira constante por parte do equipo técnico e sérvese de apoio co persoal auxiliar. Hai establecido un seguimento telefónico semanal e adaptado á condición de cada un dos participantes.

VI. OUTROS SERVIZOS: APOIOTE

ApoioTE é un banco solidario de produtos de apoio integrado no programa AcompáñoTE. Busca proporcionar de maneira gratuíta aqueles produtos necesarios para que as persoas con discapacidade e/ou dependencia, ademais de escasos recursos económicos, poidan desenvolverse no seu día a día coa maior autonomía posible: camas articuladas, cadeiras de rodas, guindastres, andadores, bastóns, muletas, alzadores e cadeiras de baño...

Enderezo actual: C/Antonio Pereira, n.º 1. 15007 A Coruña

Enderezo próxima: Rúa Belén, n.º 19, baixo. 15007 A Coruña

ASOCIACIÓN ABUSO E MALTRATO INFANTIL NO GALICIA “AMINO.GAL”

Como xorde a nosa asociación?

Un de cada tres nenos, nenas e adolescentes (NNA) sofren ou sufriron algún tipo de malos tratos ou abuso sexual infantil. E aínda que poida parecer un dato esaxerado, imposible ou irreal, é un dato que, os que levamos máis de dúas décadas intervindo con menores, ratificamos cos centos de casos que tratamos.

Cando traballas con NNA que sufriron a terrible secuela dos malos tratos infantís, hai frases e accións que che encollen o estómago e apertan o corazón:

“Só ten 4 anos, non se acordará do que sufriu se ninguén llo volve a mencionar. Se nalgún momento saca o tema dicídelle que o soñou”, profesional psicólogo forense.

“Estás segura do que me estás contando, mira que se é mentira o teu pai irá inxustamente ao cárcere?”,axente social.

“Adoita mentir moito e autolesiónase con frecuencia, seguro que o fai para chamar a atención”, profesional de educación.

“Levo 15 anos sendo técnico e nunca vin nin un só caso de abuso sexual infantil no servizo”, profesional de protección.

Así decenas ou centenares ao longo dos anos.

E iso motivou que un grupo de profesionais se unisen para crear a Asociación Amino.gal.

De feito, o seu inicio oficial foi no ano 2014 e formámolo distintas profesionais de diferentes ámbitos de intervención con NNA: social, xudicial, sanitario, educativo e terapéutico.

Os principios foron para definir misión, visión e valores e por iso pronto se reaxustou a Xunta Directiva para crear unha asociación sen ánimo de lucro, cun carácter e meta moi claros e únicos: poñerlle voz á infancia maltratada e promover o bo trato á infancia.

Os primeiros pasos de AMINO.Gal

Unha vez situada a nosa identidade comezamos co máis urxente e necesario: VISIBILIZAR a realidade da violencia contra a infancia e adolescencia e ASESORAR a familias e profesionais da contorna das vítimas.

Nunha etapa de voluntariado intensivo a través de charlas, cursos e seminarios gratuítos e abertos, buscamos insistentemente facer visible esta realidade e mobilizar a todos para ser escoitadas pola Administración e a poboación profesional.

Paralelamente creamos un recurso, gratuíto e aberto a toda a poboación, de asesoramento de casos: orientación legal, socioeducativa e terapéutica. Os contactos de asesoramento son a través do noso teléfono, web e redes sociais.

Foi unha etapa moi laboriosa, percorremos toda Galicia, doamos o noso tempo e esforzo en chamar a portas e poñerlle lentes á cegueira que existía na nosa comunidade sobre a existencia e necesidade de previr, detectar e intervir a vítimas de malos tratos infantís.

A axuda da Administración

Grazas á Xunta de Galicia, co apoio da Consellería de Política Social (en colaboración coa Consellería de Educación e Universidades Galegas) levamos a cabo o noso primeiro proxecto coas administracións. Proxecto considerado de gran innovación, debido a que é pioneiro en España, por levar a todos os centros educativos das 7 principais cidades galegas formación na prevención, detección e notificación do abuso sexual infantil. E así naceu "POÑENDO OS LENTES PARA A PROTECCIÓN DA INFANCIA" (www.ponendolentes.es).

Acudimos primeiro ás distintas universidades galegas e animamos, a través da sensibilización, ao alumnado de Maxisterio para que se incluísen como voluntarios no proxecto. Foron moitos os que accederon e se uniron a un proxecto que cambiaría a realidade da prevención e detección do Abuso Sexual infantil (ASI) en Galicia.

Impartimos formación especializada ao noso voluntariado (que nun ano serían profesorado) e, capitaneados polas dúas coordinadoras do proxecto

(a psicóloga Isabel Pez e a Educadora Infantil Bibiana Araújo, ambas tamén técnicas de prevención) levaron Poñendo os lentes aos equipos docentes dos centros escolares e de educación especial.

Algúns destes voluntarios, tras dous anos de labor e ampliando a súa propia experiencia e formación, pasaron a formar parte do equipo técnico permanente de Amino Galicia.

E algo sucedeu. Segundo iamos formando ao profesorado, aumentaban desde os seus centros educativos as detecciónns e notificacións de abusos sexuais a menores. E así nolo confirmaron desde as fiscalías, servizo de protección de menores e centros escolares.

A realidade é que grazas ao programa Poñendo os Lentes xa se formaron en prevención e detección do abuso sexual Infantil case 3 000 profesores e profesoras en activo de Galicia.

Conseguido un primeiro obxectivo de sensibilización, visibilización e formación de profesionais, e demostrada a realidade escondida do abuso sexual infantil (ASI) en Galicia, solicitamos un recurso de demostrada especialización en intervención psicoterapéutica en NNA vítimas de ASI para toda a comunidade. Aínda que non se nos concedeu, seguimos loitando para iso.

A importancia de colaborar en rede

Optamos entón por establecer colaboración cunha entidade local, a Asociación Alborada de Vigo, que leva máis de dúas décadas levando a cabo intervención psicoterapéutica e educativa especializada en malos tratos e abuso sexual infantil e trauma complexo.

Complementámonos en moitas das nosas iniciativas. Desde hai dous anos o noso apoio incondicional á Asociación Alborada céntrase na creación dunha casa de infancia en cada provincia galega. Este proxecto vén de Islandia (Modelo Barnahus), e en España xa se puxo en práctica en dúas comunidades autónomas desde que se solicitou en Galicia. E continuamos en espera, xa que desde a Dirección Xeral de Política Social valoraron moi positivo e necesario este proxecto, pero aínda non nos confirmaron o seu apoio.

Representantes de Galicia en FAPMI

A Asociación Amino Galicia foi visibilizándose na nosa comunidade, pero tamén a nivel nacional. Fomos elixidas, no noso segundo ano de existencia, como asociación representante da comunidade autónoma de Galicia na Federación nacional de Asociacións para a Prevención dos Malos tratos

Infantís (FAPMI). Formamos parte da Xunta Directiva de FAPMI, na actualidade a nosa presidenta Aida Blanco Arias é a secretaria da federación nacional. Iso supuxo que levamos anos sendo parte activa dos proxectos nacionais e internacionais que leva a cabo FAPMI. Exemplo diso son os congresos bianuais, programas ECPAT, mesas de traballo de asesoramento ao ministerio, seminarios etc.

Elaboración de material para difusión

E continuamos a andaina non só con este abano de actuacións, senón que con total altruísmo e moita dedicación, elaboramos material audiovisual para a prevención e detección do abuso sexual infantil, curtametraxes como:

- "Visibilizando" (vídeo de cinco minutos dedicados a mostrar un caso baseado nun feito real e como detectar o ASI no ámbito sanitario, familiar e profesional en xeral).

- "yaNO+" (vídeo no que dúas vítimas, baseadas en varias vítimas reais, desenvolven a súa experiencia de ASI para chegar á poboación xuvenil. Curtametraxe que busca previr e detectar tanto vítimas, como agresores sexuais menores.

- "Escola de detectives" (curtametraxe animada e taller destinados á prevención e detección en alumnado de educación primaria).

Todo este material está dispoñible e descargable gratuitamente na nosa web, xunto coas presentacións teóricas que realizamos nas nosas formacións e os manuais para profesionais.

Xestación e inicio de novos proxectos

E vai pasando o tempo, e chega o ano 2020, e continuamos co asesoramento legal e psicoeducativo, a formación pública e privada, os eventos e intervencións en medios de comunicación e redes sociais, e todos os proxectos e colaboracións. E mencionannos a nivel nacional e internacional pola nosa vocación e empeño en visibilizar e formar de carácter MASIVO en todos os ámbitos profesionais que interveñen con NNA. E recalcamos a palabra masivo pois é prioritaria: canto máis visibilicemos e máis profesionais formemos, máis vítimas axudaremos ou previremos.

A estas alturas do artigo notariades que reivindicamos a loita contra a totalidade dos malos tratos infantís e a promoción do bo trato. Pero ben é certo que, aínda intervindo en todo tipo de violencia infantil, prestámoslles

especial atención e dedicación aos grandes descoñecidos e/ou escondidos: o abuso sexual, os malos tratos prenatais e os malos tratos institucionais.

E nesa liña prioritaria decidimos avanzar no carácter masivo. Solicitamos a ampliación de Poñendo os lentes a TODOS os centros escolares da comunidade autónoma (ampliando o convenio anterior das sete grandes cidades), chegando así ata os máis remotos centros da nosa zona rural.

E decidimos seguir desenvolvendo programas similares noutros ámbitos, a través dos proxectos:

- POÑENDO OS LENTES NO DEPORTE.
- FORMACIÓN SOBRE ABUSO SEXUAL INFANTIL PARA PROFESIONAIS DE CENTROS DE MENORES EN GALICIA.
- FORMACIÓN SOBRE ABUSO SEXUAL INFANTIL PARA ESTUDANTES DE CICLOS FORMATIVOS RELACIONADOS COA INFANCIA.

E a través do IRPF durante o 2021 puidémolos levar a cabo, confiando na súa necesaria continuidade.

Resultados consecuentes co esforzo e a implicación

A participación e asistencia está a superar toda expectativa. E iso fai que, a pesar de todos os anos que levamos percorridos, a ilusión, vocación e motivación non decreceu en ningún momento. Debido a iso principalmente a tres circunstancias: lograr visibilizar os malos tratos infantís, formar a miles de persoas, e descubrir o interese e colaboración de grandes profesionais de todos os ámbitos.

O cal se evidencia na propia composición da nosa xunta directiva, persoas que exercen a súa profesión en recursos públicos, concertados ou privados e dedica a Aminogal o seu tempo libre, e non tan libre.

Lideradas pola presidenta Aida Blanco Arias (avogada experta en violencia infantil) e a vicepresidenta María Jesús Ferreiro (psicóloga e profesional do ámbito sanitario). Apoiadas polas vogais Susana Mederer (neuróloga), Valeria Mederer (mestra e musicoterapeuta) e Inma Araújo (psicóloga e educadora social). E tamén pola secretaria da asociación Isabel Pez (psicóloga) e a tesoureira Helena Lopo (psicóloga).

Contamos con grandes colaboradores profesionais de todos os ámbitos que poderedes ver na nosa web, pois participan nas curtametraxes,

cancións, seminarios, cursos especializados e nas diversas actividades que imos organizando.

Galicia elixida como sede do XV Congreso Internacional de Infancia Maltratada

Como primicia adiantámosvos que o próximo GRANDE EVENTO que realizaremos será en maio de 2022, o Congreso Internacional de Infancia Maltratada.

Santiago de Compostela será a cidade que realizará o congreso organizado por FAPMI e a Asociación AMINO GALICIA, e que será testemuña da presenza de profesionais de gran talla autonómica, nacional e internacional.

Aínda queda moito por facer

Cando botamos a vista atrás e comprobamos como sementamos na nosa comunidade a sensibilización, a visibilización, a prevención, a detección e a notificación da violencia contra a infancia; transmítenos a enerxía suficiente para continuar seguir formando as novas xeracións para que poidan substituírnos con contratos profesionais na dirección e actuación de Amino, coa nosa incondicional supervisión e colaboración. Labores tan sensibles como estas requiren de moita especialización e dedicación. Poden recibir a colaboración de voluntarios, pero deben de existir equipos multidisciplinares profesionais contratados que se impliquen no máis importante no mundo: a protección dos NNA.

Queda tanto por facer, por previr, por detectar, por "sanar"… pero grazas á axuda e implicación de todos os profesionais do ámbito da infancia, o camiño será máis curto e certeiro.

Máis información

Podedes saber moito máis de todo o que aquí, de modo resumido, fómosvos contando. Na nosa web, www.aminogal.es, están os materiais e actividades que imos levando a cabo. E podedes solicitar a asistencia a todas as actividades subvencionadas que realizamos e/ou contratar as formacións especializadas que impartimos a través do correo formacion@aminogal.es

ENTREVISTA A NOELIA ORDIERES. TRABALLO SOCIAL E DEFENSA DOS DEREITOS DOS E DAS PACIENTES AO FINAL DA VIDA

María Jesús Lago Vilaboa

Noelia Ordieres Buarfa-Mohamed, traballadora social pola Universidade de Oviedo e mestrado en protección xurídica pola mesma Universidade, ten ademais formación en emerxencias e peritaxe social.

Desde hai 11 anos vén militando na defensa a unha morte digna e a regulación da eutanasia, desde hai 3 anos como membro da directiva de Dereito a Morrer Dignamente Asturias.

Desde o inicio da súa carreira profesional centrou o seu traballo na defensa dos dereitos dos e das pacientes ao final da vida impartindo charlas e formación en distintos puntos de España, así como en congresos e revistas.

Foi membro da comisión de persoas expertas do Consello Xeral de Traballo Social con relación ás emendas presentadas á Lei de eutanasia, ademais de asesorar a distintos colexios profesionais para a implantación da norma nas CCAA.

Ademais diso ten experiencia en traballo social en emerxencias que é o seu segundo campo profesional.

Escritora por momentos con algunhas publicacións, nai dun fillo e unha filla e copilota dun programa de radio sobre o traballo social coa súa compañeira Sofía Moreno (o Suañacóptero)

Desde o pasado 25 de xuño dispoñemos dun novo dereito cidadán que non por recente é unha nova demanda das persoas nunha situación de extrema dificultade. A Lei de eutanasia supón poñer fin a un sufrimento insoportable das persoas e pon o acento no máis absoluto respecto no exercicio da súa autonomía.

Trátase dun dereito moi condicionado e con importantes filtros e requisitos, pero tamén un primeiro paso para continuar avanzando na mellora da calidade de vida e a dignidade das persoas, entendida como atención aos seus valores, consideracións e determinación persoal e social.

Estas situacións non son alleas aos profesionais do traballo social sanitario, quen a diario traballan, como profesionais da saúde desde a óptica de dous principios compartidos, a AUTODETERMINACIÓN como dereito que teñen as persoas para decidir sobre á súa propia vida, o que supón contemplar os seus valores sociais, culturais e fundamentalmente vitais, á hora de determinar como queren vivir o proceso de enfermidade nun escenario final de vida e o concepto de DIGNIDADE HUMANA, como un estado no que prima a percepción propia sobre a calidade de vida, a satisfacción sobre o propio estado a nivel persoal e social.

A importante, aínda que desigual, presenza de traballadores sociais nos comités de Garantía e Avaliación da Lei de eutanasia nas distintas comunidades autónomas, supón para este colectivo un avance na participación nos equipos asistenciais e estamos seguras que supoñerá unha mellor atención aos cidadáns solicitantes e as súas familias. Para profundar nesta cuestión realizamos esta entrevista a Noelia Ordieres, traballadora social, membro do CGE do Principado de Asturias.

1.- Sabemos que esta lei é produto dun gran traballo previo, durante anos, onde o movemento cidadán e o compromiso das persoas afectadas e as súas familias empuxaron decididamente que hoxe dispoñamos desta norma. Cóntanos este proceso.

Desde hai 36 anos movementos cidadáns como son a entidade Dereito a Morrer Dignamente viñeron reivindicando o dereito a unha morte digna, á regulación da eutanasia. Como ben dis tamén moitas persoas, nun principio anónimas, viñeron poñendo a súa vida e o final desta, coa dureza que isto supón, no foco da opinión pública para manter vivo o debate.

En canto a cuestións políticas, de partido, desde a modificación do Código penal no ano 1995 existiron proposicións parlamentarias de regulación da eutanasia. A primeira delas nese ano por EU e Esquerra Republicana de Catalunya. Ao longo destes anos contabilízanse unhas 20 propostas.

Evidentemente, e isto sucede en moitas ocasións, a demanda social esixe e os grupos políticos utilizan esa demanda social soamente cando politicamente máis lles interesa e isto sucedeu con esta norma tamén. Pero ben, o importante é que se conseguiu e debemos non só celebralo, senón con ela recordar a todas esas persoas que puxeron o seu sufrimento ao servizo do resto da cidadanía. Hoxe somos un país mellor, máis xusto e máis humano. Somos máis libres.

2.- Cal é a túa opinión sobre a incorporación de traballadores sociais nos CGE e no proceso de implementación da LOE

Era fundamental que se nos escoitase. Custounos moito por ser unha profesión minoritaría no sistema sanitario e en moitas ocasións pouco recoñecida.

Non logramos todo o que nos gustaría, que fose que a propia LORE nomeásenos, pero conseguiuse, despois dun traballo conxunto de colexios e CGTS que moitas comunidades autónomas incorporen a nosa figura nos decretos de regulación das comisións.

Que a nosa mirada biopsicosocial estea presente faise fundamental para que o resto de profesionais que conforman as comisións entendan que a vida e a morte dunha persoa recolle un concepto máis amplo do que moitas veces se analízase. A morte non responde só a un feito biolóxico ou xurídico, é moito máis e aí é onde o traballo social faise imprescindible.

Somos imprescindibles.

3.- Como membro do Comité de Garantía e Avaliación de Asturias, fálanos da túa experiencia, cales serán as túas achegas?

No meu caso son suplente, é unha compañeira traballadora social do HUCA a titular.

Pero creo que agora queda un traballo longo de cales serán as nosas tarefas nas devanditas comisións. Deben establecerse unhas liñas comúns desde o CGTS sobre o noso traballo nelas. Entre outras cousas porque é a primeira vez para todas e debemos traballar como profesión, cunha mirada colexial ampla. Isto non quere dicir que as compañeiras non actúen segundo o seu propio criterio, senón que haxa uns obxectivos comúns.

Que propostas imos realizar, como estableceremos a nosa "firma" nos informes que se elaboren desde as comisións. Que ítems analizaremos no

caso de que haxa disparidade de opinións con respecto a unha solicitude de eutanasia que chega denegada.

Chega un momento apaixonante para a profesión, sen dúbida. Todo por facer.

4.- Que opinión che merece que non se contemple este dereito en menores de 18 anos?

Creo sinceramente que é unha equivocación. Debería polo menos contemplarse a posibilidade de que o denominado "menor maduro" tivese a posibilidade de elixir. Noutros países da UE xa se contempla, aínda que é verdade que responde a procesos máis longos de implantación da norma no territorio.

Sofre menos un rapaz de 16 anos que unha persoa de 19 ou 74? Decididamente non.

No caso dos menores de 16 anos teñen recoñecidos moitos outros dereitos e en canto á súa saúde negámoslles ese dereito.

Supoño que nuns anos, nunha futura modificación da lei isto volverase debater.

Como digo moitas outras veces, como sociedade temos que seguir traballando o tema da morte. Ás veces parece que os nosos nenos e nenas, a nosa xente nova non morre. Vivir ás costas disto non nos axuda.

5.- Con relación á obxección de conciencia. Cal é a túa impresión sobre esta cuestión e como se pode resolver a colisión entre ambos os dereitos, os dos pacientes a que se faga efectivo o dereito a eutanasia e o dos profesionais no respecto ás súas decisións e valores?

Xa manifestei en distintas ocasións a miña oposición á obxección de conciencia no ámbito público. Entendo perfectamente o sentimento que poida ocasionarlle a unha persoa que pola súa doutrina relixiosa estea en contra deste dereito, pero entre o sufrimento dunha persoa cunha enfermidade terrible e un padecemento imposibilitante e a controversia que lle pode xerar a un individuo este dereito, teño claro quen ten preferencia. Quen sae perdendo. Sen ningunha dúbida a persoa enferma.

A norma recolle que en calquera establecemento, público ou privado debe aplicarse a lei e xa houbo manifestacións por parte de institucións

relixiosas que quererían facerse obxectoras no seu conxunto. Evidentemente isto faise imposible posto que a lei especifica que a obxección hase de realizar a nivel individual e para iso creáronse os denominados rexistros de obxectores.

Hai que puntualizar que a obxección só ampara os profesionais sanitarios implicados no proceso de axuda a morrer e entre eles non estamos os e as traballadoras sociais. Esta puntualización é importante e iso, obrigatoriamente faime que me formule unha pregunta: non estamos nós directamente implicadas no proceso de axuda a morrer cando acompañamos a persoa e/ou a súa familia? Porque entón se a obxección está regulada, quizais debería incluírse a nosa profesión nela.

Aínda que insisto na miña opinión, que sei que é controvertida, do principio. Polo menos deberiamos reflexionar sobre iso.

Por outra banda, quizais se o sistema sanitario só dependese de centros públicos ou como máximo concertados, este problema non sucedería.

Agora mesmo enfrontámonos a situacións similares ás que ocorren coa Lei de interrupción voluntaria do embarazo, nas cales hai comunidades autónomas onde é imposible acollerse a este dereito.

Veremos como se resolven estas situacións.

6.- Cal debería ser a implicación profesional, segundo a túa opinión, nos procesos individuais de solicitude de aplicación da lei? Que papel debemos desenvolver, con independencia da nosa presenza nos CgeE?

Debemos acompañar durante todo o proceso, hai moitas compañeiras que xa acompañan previamente, pero en caso de non facelo de maneira previa, en canto exista a solicitude deben derivar ao paciente ao noso servizo. Nese momento iniciamos un proceso de acompañamento, de asesoramento, co paciente e a súa familia. Establecer un final de vida digno supón resolver moitas cuestións antes do momento da morte. Esa é a nosa tarefa principal.

Ademais disto, asesorar o resto de compañeiros dos equipos sanitarios nestes procesos finais é outra das nosas fundamentais tarefas ante o reto que supón esta nova lei.

7.- Algunha reflexión final?

Debemos estar pendentes de como se resolven as solicitudes de eutanasia nas nosas comunidades, ser voz dos máis vulnerables, que este caso son as persoas enfermas e os seus familiares e denunciar as situacións onde a lei non se aplique, que se darán.

É unha oportunidade única para a nosa profesión, para o noso recoñecemento como profesión sanitaria.

Temos unha gran tarefa por diante, somos o primeiro país do mundo onde se recoñece a nosa profesión como fundamental nas comisións.

Agora tócanos seguir traballando, como levamos facendo desde sempre, polos dereitos dos máis vulnerables.

A VIOLENCIA CONTRA AS MULLERES. PREVENCIÓN E DETECCIÓN. COMO PROMOVER DESDE OS SERVIZOS SANITARIOS RELACIÓNS AUTÓNOMAS, SOLIDARIAS E GOZOSAS.

AUTORAS: BELÉN NOGUEIRAS, CONSUE RUÍZ-JARABO, CISTINA POLO, FINA SANZ, JUAN TERESA JIMÉNEZ, LOURDES MENDI, AMELIA MORALES, PALOMA ANDRÉS, PILAR BABI, PILAR BLANCO, RAQUEL MILLÁN, ROSA MARÍA ARRANZ, SANTIAGO MORENO, SARA VICENTE, ANTONIA ARETIO.

EDITORIAL: EDICIONES DÍAZ DE SANTOS.

ANO: 2021.

NÚMERO DE PÁXINAS: 336.

ISBN: 978-84-9052-293-6.

Ana María Rodríguez González, Traballadora Social.

Os avances no coñecemento e na percepción social da violencia contra as mulleres así como as modificacións das prácticas profesionais e das políticas

públicas motivan a segunda reedición desta obra colectiva que incorpora novas experiencias, conceptualizacións e metodoloxías de traballo e que data a súa primeira edición no ano 2014. O manual, do que se recomenda a súa lectura neste número de *Fervenzas*, resulta extraordinariamente interesante debido á ambición dos seus obxectivos que, como se recolle na presentación, é unha proposta de viaxe en común para construír unha sociedade xusta e igualitaria baseada no botrato, que da lugar a unha transformación persoal, relacional e comunitaria.

O libro estrutúrase en tres grandes apartados. Comeza cunha excepcional introdución de Fina Sanz na que conceptualiza tanto o maltrato como o "botrato" abordando en ambos os casos as dimensións persoal-individual, social e relacional. Ademais fai especial fincapé en temas relacionados coas emocións como son a erotización do maltrato, os dós e o nivel de tolerancia á frustración. A continuación, a primeira parte da obra, denominada «análise comprensión da violencia contra as mulleres. Unha perspectiva feminista. Contexto histórico e social», está composta por catro capítulos nos que as autoras recollen diversos aspectos conceptuais dende a perspectiva feminista que afonda na orixe da violencia. Abórdase a magnitude da violencia en cifras, tanto a nivel estatal como mundial, poñendo énfase nas prácticas de violencia máis extremas entre a que sobresae a violencia sexual como expresión de sometemento das mulleres aos mandatos e desexos dos homes. Neste primeiro apartado tamén se dedica un capítulo ao cuestionamento dos mitos e estereotipos sociais relacionados co maltrato. Ademais, no campo sociosanitario, exponse dun xeito claro e ameno como o sistema patriarcal sustenta a inferioridade das mulleres, ao realizar un percorrido histórico que nace coa atribución dunha deficiente saúde e debilidade innata ás mulleres, unida a súa exclusión do exercicio profesional na Idade Media coa conseguinte loita durante sete séculos ata lograr recuperar o seu terreo profesional. Atinadamente, as autoras recollen as consecuencias destas desigualdades que desembocan en graves efectos nas vidas das mulleres así como na súa saúde, entre outras cousas debido ao gran descoñecemento da sexualidade feminina, o que implica a estruturación de vínculos baseados na violencia.

A segunda parte, denominada «detección, prevención e atención dende os servizos sanitarios», divídese en sete capítulos nos que se desenvolven experiencias profesionais dende a detección precoz da violencia, atendendo ás repercusións que ten na saúde, pasando polo coñecemento dos sinais de alarma e técnicas para abordar e preguntar sobre o maltrato no centro de saúde ata a abordaxe, detección precoz e intervención co home violento na consulta. Especificamente un dos capítulos trata o traballo social en atención primaria de saúde con mulleres que sofren maltrato mostrando técnicas, ferramentas, propostas e reflexións moi atinadas e prácticas no noso eido profesional. Ademais, a través de aplicacións prácticas descúbrenos propostas de intervención e acompañamento profesional en cada unha das

fases que recorren as mulleres dende o inicio da consciencia da situación na que están inmersas ata a superación da violencia.

A terceira parte da obra, denominada «experiencias de intervención grupal», divídese en tres capítulos nos que se dan a coñecer experiencias e se ofrecen claves para desenvolver proxectos de intervención grupal de prevención da violencia e promoción da saúde e autonomía en centros de saúde. Ademais, ofrécenos pautas para realizar talleres de homes co gallo de favorecer o autocoñecemento e desenvolver ferramentas persoais que melloren o seu benestar e exploren a construción da súa identidade de forma que poidan transformar as súas ideas e comportamentos. Alén diso, amósanos o traballo de masculinidades en transformación cara o botrato e os coidados, apuntando novas formas de construírse como home que leva consigo a transformación dende o modelo de masculinidade tradicional cara a outras maneiras de ser homes libres dos mandatos tradicionais de xénero, dirixido especialmente o proceso vital de ser pai.

Finalmente, a cuarta parte denominada «aspectos legais», consta de dous capítulos nos que se revisa o marco lexislativo internacional e nacional poñendo o foco nos dereitos das vítimas de violencia machista. Nesta parte, sublíñase a forma de proceder para acadar unha correcta valoración dos factores de risco e actuacións sanitarias ante a detección dun caso, tendo especial atención a diversos colectivos de mulleres vulnerables.

A lectura desta publicación resulta áxil e dinámica e nela apélase a que é imprescindible que as e os profesionais coñezan o paradigma feminista para intervir no ámbito sociosanitario. Como se recolle na presentación, o feminismo é un movemento social e político e tamén unha teoría critica que achega os coñecementos, claves e ferramentas que posibilitan os proceso de ámbito individuais e colectivos para acabar coas relacións de violencia e poñer o coidado, o respecto ás diferenzas e o botrato no centro da vida e a organización.

Trátase pois dunha publicación de lectura moi recomendada, á vez que dunha ferramenta imprescindible para a práctica profesional especialmente para aqueles e aquelas que interveñen no ámbito sociosanitario. Unha obra necesaria que, ademais das achegas que fai ao noso acervo profesional, proporciónanos coñecementos e exemplos para desenvolver intervencións individuais e grupais de prevención, detección e abordaxe de violencia de xénero.

RECENSIÓN DE INVESTIGACIÓN SOCIAL

Ana María Rodríguez González

TÍTULO: MIDIENDO LA DEPENDENCIA Y SU IMPACTO EN LAS PERSONAS CUIDADORAS

AUTORA: RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, ANA MARÍA.

NATUREZA DO TRABALLO: TESE DE DOUTORAMENTO.

ANO DE REFERENCIA: 2021.

PERSOA DIRECTORA: EVA RODRÍGUEZ MÍGUEZ.

ACCESIBILIDADE AO DOCUMENTO: REPOSITORIO INSTITUCIONAL DA UNIVERSIDADE DA VIGO: INVESTIGO (HTTP://HDL.HANDLE.NET/11093/2214).

PALABRAS CHAVE:

Coidados informais; sobrecarga de coidados; tempo de coidados; Escala de sobrecarga de Zarit; escalas de dependencia; Baremo de Valoración da Dependencia; produtos de apoio; traballo social.

SÍNTESE DO CONTIDO:

A tese aborda a situación actual da dependencia dende os dous piares fundamentais que a conforman. Así, pon o enfoque, tanto nas características das persoas coidadoras informais, especialmente na sobrecarga que experimentan, como das persoas receptoras dos coidados, con especial énfase

na súas limitacións e nos instrumentos que incrementan a súa autonomía e/ou benestar.

A investigación distribúese en seis capítulos. Exceptuando o primeiro capítulo no que se aborda o estado da cuestión, os restantes capítulos, aínda que relacionados, conforman cinco estudos orixinais con entidade propia.

Revisión sistemática e metaanálise co obxectivo de cuantificar os efectos das patoloxías na sobrecarga. Posteriormente, mediante un traballo de campo con 135 persoas coidadoras, realízanse estudos cos seguintes obxectivos: analizar empiricamente o impacto dos potenciais preditores na sobrecarga, coñecer en que medida o nivel de severidade da dependencia extraído do BVD, garda similitude coa necesidade de tempo de coidado que a persoa dependente necesita e analizar a asociación entre o uso de produtos de apoio e o nivel de dependencia. Finalmente, os obxectivos do estudo cualitativo son describir e explorar as percepcións das persoas coidadoras.

Conclusións: 1) as persoas coidadoras padecen máis sobrecarga cando atenden a persoas dependentes con enfermidade mental. 2) a sobrecarga de coidados está relacionada coas características tanto da persoa coidadora como da persoa dependente, así como a súa interacción. 3) o construto que subxace ao BVD está moderadamente relacionado co tempo de coidado 4) existe unha forte asociación entre o grao de dependencia e a utilización de produtos de apoio aínda que a súa carencia está asociada tanto a situación socioeconómica como ás características do binomio coidadora-dependente 5) as persoas coidadoras atravesan dificultades debido a súa alta dedicación, ausencia de tempo, necesidades de apoio, así como atraso e inadecuación de prestacións tras as reformas do Sistema para a Autonomía e Atención á Dependencia.

METODOLOXÍA

A metodoloxía de análise consistiu nunha revisión sistemática, e nunha posterior metaanálise, dos estudos publicados en PubMed e Web of Knowledge, durante 2005-2015, que estimaran empiricamente a sobrecarga coa escala ZBI-22 ítems. Dos 2225 artigos obtidos, so 125 cumprían os criterios de inclusión. Clasificáronse as persoas dependentes en grupos por patoloxía. Para estudos que proporcionaban información sobre o nivel de severidade da enfermidade de Alzhéimer, realizouse unha análise individualizada, co obxectivo de analizar se o estadio da enfermidade ten un efecto diferencial na sobrecarga. Os estudos tamén se clasificaron segundo a rexión do mundo na que se realizou a investigación, o ano de publicación de cada estudo, o deseño do estudo e a forma de recrutamento da mostra. Para avaliar o efecto dos moderadores (patoloxía, ano de estudo e rexións do mundo), na medición do efecto, utilizáronse modelos de efectos mixtos.

O traballo de campo para o resto dos capítulos consistiu na realización dunha serie de cuestionarios mediante dúas entrevistas individualizadas a 135 persoas coidadoras informais de 148 persoas dependentes. Recolléronse datos sociodemográficos da persoa coidadora e da persoa dependente, información sobre as patoloxías e limitacións da persoa dependente, o Baremo de Valoración da Dependencia (BVD) e información sobre a necesidade e uso dunha lista de produtos de apoio e barreiras arquitectónicas. Ao final da primeira sesión, a persoa coidadora recibía un diario de actividades que debía cubrir na súa casa á vez que realizaba as actividades anotando os minutos dedicados a cada unha das tarefas de coidado da persoa dependente. Na segunda sesión, ademais de recoller o diario de actividades, obtívose o indicador de severidade da dependencia DEP6D, o cuestionario de sobrecarga ZBI abreviado (7 ítems) e datos de saúde da persoa coidadora. Concretamente, para o estudo da sobrecarga, estimáronse tres modelos de regresión lineal para identificar aqueles preditores da puntuación obtida na escala Zarit e tres modelos de regresión loxística para poder identificar aqueles preditores de sobrecarga severa. Os modelos estimáronse atendendo a diferentes especificacións da medición da dependencia: horas de coidado, puntuación no DEP-6D e actividades de coidado.

Posteriormente, imputouse o tempo mediano de coidados, con base no diario de actividades, a cada unha das actividades recollidas no BVD. En segundo lugar, as horas medianas asignadas a cada actividade, foron utilizadas para asignarlle a cada persoa un número estimado de horas de coidado con base naquelas actividades nas que necesitaba axuda. Seguidamente calculouse o coeficiente de correlación entre o tempo de coidado e o indicador DEP-6D. A continuación, analizouse o grao de correlación entre a severidade da dependencia con base no tempo de coidado e con base ao BVD. Finalmente, mediante unha análise de regresión identificáronse aquelas actividades que inflúen na disparidade encontrada entre ambas formas de medir a dependencia (tempo de coidado vs BVD). A estratexia seguida para analizar as diferenzas, foi asignarlle a cada persoa dependente senllos números de orde, en función da posición de severidade asignada por cada método. A variable explicativa utilizada no modelo de regresión é a diferenza entre ambos os valores.

Noutro estudo do traballo de campo realizouse unha análise dos indicadores de dependencia e a sobrecarga de coidados en función de se utilizaban ou non produtos de apoio. En segundo lugar, mediante una regresión loxística, estudouse a asociación entre ter ou non ter algunha necesidade de produto de apoio non cuberta e os principais preditores de dependencia.

Finalmente, realizouse un estudo cualitativo descritivo fenomenolóxico cunha mostra de 19 coidadoras informais. A técnica de recolección de datos foi a entrevista semiestruturada que se utilizou ata cumprir co criterio de saturación de resultados. A pregunta que guiou a entrevista foi: “Como va-

lora a situación das persoas coidadoras informais dende a súa regulación na coñecida como Lei de dependencia?". A partir da deconstrución das transcricións procedeuse a categorizar as respostas.

RESULTADOS

Os resultados mostraron que as persoas coidadoras de persoas dependentes con limitacións físicas teñen unha puntuación media de ZBI (± SE) de 27 ± 2.6, unha puntuación significativamente máis baixa que as que presentan as persoas coidadoras de persoas con demencia ou deterioración cognitiva (34.1 ± 1.1), enfermidade mental (32,6 ± 1,7), ou Alzhéimer (32,5 ± 1). Malia que, a análise da gravidade da enfermidade de Alzhéimer revelou fortes diferenzas na sobrecarga atendendo a dita severidade: 42.6 ± 7.9 para grao severo, 35.6 ± 7.8 para moderado e 25.8 ± 5.2 para leve.

O traballo de campo sinalou que a sobrecarga media da mostra era de 19,6 puntos, e un 62 % das persoas coidadoras experimenta sobrecarga severa. A análise de regresión mostrou que a gravidade da sobrecarga aumenta co nivel de dependencia, tanto se esta era medida co indicador DEP-6D, como se se utilizaba como preditor as horas de coidado nas actividades básicas da vida diaria. Os coidados relacionados coa incontinencia e a mobilidade foron as tarefas que produciron un maior impacto na sobrecarga. Ademais, prestar coidados a persoas de 80 ou máis anos e, sobre todo, prestar coidados a persoas dependentes que se opoñen ou son agresivas, tamén ten un impacto significativo na sobrecarga. Con respecto á persoa coidadora, ter unha mala saúde ou formar parte da poboación activa relacionouse cunha alta sobrecarga.

Con respecto aos tempos de coidado, os resultados mostraron que os problemas mentais incrementaron o tempo de coidado na maioría de actividades. En particular, obtívose que, na peor situación posible (necesitar axuda en todas as actividades), as persoas con só dependencia física necesitan un 26 % menos de tempo de coidado. O tempo imputado a cada persoa dependente presentou unha correlación alta co indicador de dependencia DEP-6D (r-Pearson=-0,73, r-Spearman=-0,69; p<0,001). Malia que o BVD e as horas de coidado presentaron unha correlación positiva moderada (rPearson=0,63, r-Spearman=0,50; p<0,001). Os parámetros estimados na regresión suxeriron que as persoas con problemas mentais, soben en media 44 postos (dos 148 posibles) na clasificación de severidade baseada no tempo de coidado con respecto ao BVD. Malia que estar encamado ou necesitar axuda completa para o coidado persoal mostraron un descenso medio de 21 e 17 postos, respectivamente, na clasificación do baremo de tempo de coidado respecto ao BVD.

No tocante á utilización de produtos de apoio, un 60 % declarou ter unha ou máis necesidades non cubertas destes dispositivos. A regresión loxística mostrou que as necesidades non cubertas asociáronse, principalmente, cunha renda familiar baixa. Unha vez que se controlou o nivel de renda, obtívose que as coidadoras máis novas teñen maior probabilidade de ter polo menos unha necesidade non cuberta. Ademais, unha mala situación da persoa coidadora, medida esta tanto en termos de dor como de existencia dunha enfermidade psicolóxico-psiquiátrica ou presenza de sobrecarga de coidados aumenta a probabilidade de existencia dunha necesidade non cuberta. Con relación á persoa dependente, ter 80 anos ou máis e un maior grao de dependencia está fortemente asociado a ter necesidades non cubertas. Non obstante en situacións extremas tanto medido a través do BVD como pola existencia de moita dor da coidadora, estas carencias suavízanse lixeiramente.

Con respecto ao estudo cualitativo, analizadas as entrevistas detectáronse tres categorías principais que conformaron o discurso prevalente expresado polas coidadoras. En canto ás dificultades e necesidades persoais expresaron a alta dedicación en tempo que supón coidar o que repercute na súa saúde e benestar. Por iso, manifestaron necesidade de tempo ou recursos para respiro da persoa coidadora. Estas dificultades de coidado repercuten na súa situación económica. No relativo á valoración respecto de apoios, expresaron o apoio da contorna como unha axuda complementaria cara elas. Así como, aprecian as melloras que supón a existencia do apoio formal nos coidados xa sexa axuda no fogar, centro de día ou servizo de respiro en centro residencial. Finalmente, no tocante ao Sistema de Autonomía e Atención á Dependencia sinalaron carencias como a existencia de atrasos na concesión de prestacións e recursos ou non axeitados a cada situación individual. Ademais, as reformas normativas da lei supuxéronlles consecuencias negativas como o elevado aumento no copagamento dos servizos e a supresión da cotización á seguridade social.

PRINCIPAIS CONCLUSIÓNS

As persoas coidadoras padecen máis sobrecarga cando atenden a persoas dependentes con enfermidade mental. En particular, mentres que a sobrecarga media dos que atenden casos leves de persoas con Alzhéimer é máis baixa que a das persoas con demencia, a sobrecarga aumentou nos casos moderados e graves de persoas con Alzhéimer. Ademais, a sobrecarga severa está fortemente correlacionada con determinadas características das persoas coidadoras como é a súa mala saúde ou a súa situación laboral. Así como o grao de dependencia da persoa dependente malia que, o impacto da sobrecarga é diferente dependendo das actividades en que precisa axuda. Os problemas de comportamento da persoa dependente teñen o maior

impacto en termos de nivel e tamén en termos de probabilidade de sufrir sobrecarga de coidados severa.

Por outra banda, o instrumento creado para asignar tempo de coidado suxire que o constructo que subxace ao BVD está moderadamente relacionado con este tempo de coidado, polo que non parece un instrumento óptimo como preditor da necesidade de coidados. Ademais, non sempre ter un maior número de limitacións implica requirir máis tempo de coidado debido a que hai actividades que xa non se realizan dada á gravidade da dependencia. Así, a análise exploratoria mostra que o BVD con respecto a un indicador baseado no tempo de atención, pode estar sobrevalorando a dependencia das persoas inmobilizadas e das que non poden realizar o seu coidado. Polo contrario, subestima as padecen algunha enfermidade mental.

Os preditores asociados á existencia de necesidades insatisfeitas son un menor nivel de ingresos do fogar, ser coidadoras máis novas e ter mellor saúde física e psicolóxica. A probabilidade de ter necesidades insatisfeitas aumenta para as persoas con dependencia severa en comparación coa gran dependencia. Así, detéctase un atraso na adquisición de produtos de apoio para a prevención e facendo un uso máis paliativo deles.

Finalmente, as coidadoras enfróntanse á falta de tempo libre, o esgotamento e a deterioración da súa saúde. Estes efectos, xunto coa sensación de incomprensión, poden reducirse cando reciben apoio formal ou informal coa que compartir o coidado. Ademais, percíbense negativamente as reformas lexislativas realizadas no Sistema de Autonomía e Atención á Dependencia.

Colexio Oficial de
Traballo Social
de Galicia