

FERVENZAS 26

Revista Galega de Traballo Social



DATA: DECEMBRO 2023

XUNTA DE GOBERNO

Presidenta: Miriam Rodríguez Sierra

Vicepresidenta: Ana María Vilar Varela

Secretaria: Ana María Rodríguez Fernández

Tesouraría: Antonio Doval Canabal

Vogal: Pablo Antelo García

Vogal: María Rosario Capelo Casas

Vogal: Cristina Díaz Mira

Vogal: Elena Gómez Fernández

Vogal: Adriana Vieites Freire

Vogal: Laura Zapata Criado

Responsable da edición

Miriam Rodríguez Sierra

Coordinadora da edición

María Olivares Lemos

MESA DE REDACCIÓN

María Elena Puñal Romarís

María Xosé Vázquez Vázquez

Francisco Xabier Aguiar Fernández

Ana María Rodríguez González

Diana Morela Escobar Arias

EDITA

Colexio Oficial de Tráballo Social de Galicia

Rúa Dublin, 6, baixo, porta 3
15707 Santiago de Compostela

Teléfono: 981 56 81 00

E-mail: fervenzas@traballosocial.gal

DATA DE PUBLICACIÓN

Decembro 2023

Deseña: CECUBO Group

ISSN: 1698-5087

ISSN electrónico: 2254-7657

Dep. Legal: C-1.884/97

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

SUMARIO

N Ú M E R O 26

Limiar..... 5

ARTIGOS

Centro penal e sociedade: Ser muller en prisión 8

Eva Gondar Padín

A violencia exercida cara as mulleres con trastorno mental grave e a actuación dende o traballo social 34

Ana Ponte Suárez

Abusos sexuais na infancia. Unha investigación cualitativa a través da experiencia das vítimas 52

M^a Socorro Rúa Rodríguez

Programas de prevención de suicidio en adolescentes: unha revisión sistemática..... 78

Xisela Santomil González

PREMIOS DÍA MUNDIAL DO TRABALLO SOCIAL 2022

• Modalidade Boas Prácticas

Vivenda tutelada para mulleres vítimas de violencia de xénero con enfermidade mental 101

María José Nóvoa Rodríguez

• Modalidade TFG/TFM

Impacto da pandemia na biografía das e dos profesionais da protección á infancia e mocidade de Galicia. Tocadas/os: a flote ou afondando 127

Noelia García Ferreiro

PREMIOS DÍA MUNDIAL DO TRABALLO SOCIAL 2023

• Modalidade Boas Prácticas

Inmarcesibles: Exposición Fotográfica sobre a beleza real feminina.....156

Patricia González Vidal e Ana de la Torre Alvaredo

• Modalidade TFG/TFM

A mediación escolar na Educación Primaria nos CEIP da comarca Allariz-Maceda176

Xesús Martínez Fernández

EN REDE

Colectivos pola Renda Básica Universal (Galiza)..... 213



ENTREVISTA

Ana Cancelo Baquero. Traballadora Social referente no Servizo de Axuda no Fogar**216**
Alejandro Guerra Rivas

RECENSIONES DE PUBLICACIONES

El traballo social clínico é lexítimo. Argumentos e evidencias que sustenta a lexitimidade do seu desenvolvemento en España **224**
Ángel Cidre Fernández

Autonomía, dependencia e Servizos Sociais **228**
Breogán Riobóo Lois

FICHAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL

Liderado e apoderamento de mulleres líderes comunitarias: un estudo socioeducativo no municipio de Yumbo-Colombia..... **232**
Diana Morela Escobar Arias

Influencia da socialización nas redes sociais e da autoestima sobre os trastornos da conduta alimentaria na adolescencia. Respostas dende o Traballo Social **235**
Paula Friero Padín

LIMAR

Prezadas/os compañeiras/os:

Chega as vosas mans o número vinte e seis da Revista Galega de Traballo Social *Fervenzas*, o primeiro número que se publica despois de celebrar os 25 anos da revista. Ademais de celebrar os 40 anos do Colexio de Traballo Social de Galicia.

Comprácenos abrir este número da revista da man de Eva Gondar Padín, co seu artigo *Centro penal e sociedade: Ser muller en prisión*, unha investigación que pretende visibilizar a discriminación que sofre a muller dentro da prisión, a través dunha revisión teórica e unha enquisa para coñecer o grao de coñecemento que posúe a sociedade, acerca da situación da muller privada de liberdade nas institucións penais españolas.

No ámbito da saúde mental o artigo *A violencia exercida cara ás mulleres con trastorno mental grave e a actuación dende o Traballo Social* ca autoría de Ana Ponte Suárez no cal realiza unha revisión bibliográfica narrativa sobre a violencia que sofren as mulleres con trastorno mental, dende unha selección crítica a información dende a visión feminista cun enfoque interseccional.

Continúa a revista co artigo *Abusos sexuais na infancia. Unha investigación cualitativa a través da experiencia das vítimas* pola autora M^a Socorro Rúa Rodríguez sobre a importancia da prevención, detección precoz e sensibilización imprescindible na profesión do traballo social tendo en conta a testemuña de cinco superviventes de abusos sexuais na infancia, así como das carencias de apoio social que experimentaron.

Tamén no ámbito de menores Xisela Santomil González presenta o seu artigo *Programas de prevención de suicidio en adolescentes: unha revisión sistemática*, tendo en conta que o suicidio en adolescentes constitúe un problema de saúde pública que require programas de prevención, este artigo pretende achegar unha análise e sintetizar a evidencia dispoñible sobre programas de prevención de suicidio en adolescentes.

Destacar así mesmo os artigos premiados no ano 2022, na modalidade de boas prácticas. A *Vivenda tutelada para mulleres vítimas de violencia de xénero con enfermidade mental "A Mariña" en Burela* presentada por María José Nóvoa Rodríguez, e na modalidade TFG/TFM *Impacto da pandemia na biografía das e dos profesionais da protección á infancia e mocidade de Galicia. Tocadas/os: a flote ou afondando*. A autoría de Noelia García da coñecer a situación da pandemia na biografía das/os traballadoras/es sociais da protección á infancia e mocidade, atendendo as implicacións para homes e mulleres, así como descubrir as estratexias coas que contan para afrontar a situación sociolaboral e posibles apoios.



Os artigos premiados no ano 2023 na modalidade de boas prácticas, *Inmarcesibles: Exposición Fotográfica sobre a beleza real feminina* ca autoría de Patricia González Vidal e Ana de la Torre Alvaredo e na modalidade TFG/TFM, o artigo de Xesús Martínez Fernández *A mediación escolar na Educación Primaria nos CEIP da comarca Allariz-Maceda*, cunha aproximación á realidade da mediación e da convivencia escolar na etapa da Educación Primaria, así como estratexias para a súa prevención e resolución.

Na sección en rede dáse a coñecer o Colectivo de Cidadáns pola Renda Básica Universal (Galiza), un colectivo cidadán que defende a implantación dunha renda básica universal, incondicional, individual e suficiente como un novo dereito humano

Seguidamente, na sección entrevista, Alejandro Guerra Rivas realiza unha entrevista a Ana Cancelo Baquero, unha traballadora social referente no ámbito da intervención en relación ó Servizo de Axuda no Fogar

Na sección de Recensións de Publicación, atoparedes unha recensión realizada por Ángel Cidre Fernández do libro *El trabajo social clínico es legítimo. Argumentos y evidencias que sustentan la legitimidad de su desarrollo en España* escrito por Jonathan Regalado Piñeiro. Seguidamente a reseña de Berogán Riobóo Lois do libro *Autonomía, dependencia y servicios sociales* escrito por Carmen Alemán, José M^a Alonso e Rosa Peñasco.

Pechamos este número con dúas fichas das teses de doutoramento de dúas novas doutoras. En primeiro lugar a de Diana Morela Escobar Arias coa súa tese *Liderado e apoderamento de mulleres líderes comunitarias: un estudo socioeducativo no municipio de Yumbo-Colombia*. E en segundo lugar a ficha da tese de Paula Frierio Padín, *Influencia da socialización nas redes sociais e da autoestima sobre os trastornos da conduta alimentaria na adolescencia*. Respostas dende o *Traballo Social*.

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 da labor profesional.

A mesa de redacción



CENTRO PENAL E SOCIEDADE: SER MULLER EN PRISIÓN

Gondar Padín, Eva

Grao de Traballo Social, Universidade de Vigo
gondarpadineva@gmail.com

RESUMO

A presente investigación pretende visibilizar a discriminación que hoxe en día sofre a muller dentro de prisión, xa que pasa de ser un suxeito ausente a ser a grande esquecida. O deseño da investigación comprende, por unha banda, unha revisión teórica e, por outra banda, leva a cabo unha enquisa, onde se dispuxo dunha mostra de 374 persoas. O obxectivo principal, é coñecer o grao de coñecemento que posúe a sociedade acerca da situación da muller privada de liberdade ingresada nas institucións penais españolas. Ademais, tendo en conta as variables sociodemográficas das persoas enquisadas, téntase pescudar se teñen o mesmo nivel de información en función do xénero e dos diferentes rangos de idade. Os datos obtidos mostran unha desinformación sobre a figura da muller en prisión, e en adición, pódese apreciar que as comparacións de xénero e rangos de idade das persoas enquisadas non son representativas. Polo tanto, xustifícase a escaseza de información sobre este tema. O traballo social neste campo é fundamental, debido a que debemos lidar contra esta desigualdade invisibilizada.

PALABRAS CLAVE

Muller, prisión, perspectiva de xénero, necesidades, discriminación.



RESUMEN

La presente investigación pretende visibilizar la discriminación que hoy en día sufre la mujer dentro de prisión, ya que pasa de ser un sujeto ausente a ser la gran olvidada. El diseño de la investigación comprende, por una parte, una revisión teórica y, por otra parte, se lleva a cabo una encuesta, donde se ha dispuesto de una muestra de 374 personas. El objetivo principal, es conocer el grado de conocimiento que posee la sociedad acerca de la situación de la mujer privada de libertad ingresada en las instituciones penitenciarias españolas. Además, teniendo en cuenta las variables sociodemográficas de las personas encuestadas, se intenta averiguar si tienen el mismo nivel de información en función del género y de los diferentes rangos de edad. Los datos obtenidos muestran una desinformación sobre la figura de la mujer en prisión, y en adición, se puede apreciar que las comparaciones de género y rangos de edad de las personas encuestadas no son representativas. Por lo tanto, se justifica la escasez de información sobre este tema. El trabajo social en este campo es fundamental, debido a que debemos lidiar contra esta desigualdad invisibilizada.

PALABRAS CLAVE

Mujer, prisión, perspectiva de género, necesidades, discriminación.

ABSTRACT

This research aims to make visible the discrimination suffered by women in prison today, as they go from being an absent subject to being the forgotten ones. The research design comprises, on the one hand, a theoretical review and, on the other hand, a survey was carried out with a sample of 374 people. The main objective is to find out the degree of knowledge that society has about the situation of women deprived of liberty in Spanish penitentiary institutions. Furthermore, taking into account the socio-demographic variables of the people surveyed, the aim is to find out whether they have the same level of information according to gender and the different age ranges. The data obtained show a lack of information on the figure of women in prison, and in addition, it can be seen that the comparisons of gender and age ranges of the people surveyed are not representative. Therefore, the paucity of information on this issue is justified. Social work in this field is fundamental, because we have to deal with this invisible inequality.

KEYWORDS

Women, prison, gender perspective, needs, discrimination.



INTRODUCCIÓN

A maioría das investigacións que existen sobre os centros penais van dirixidas ás necesidades dos homes privados de liberdade, en cambio, á situación da muller en prisión, son escasos. Segundo Pereson (2012), a razón aducida para xustificar este feito é polo menor nivel de poboación feminina. Pero o certo é que a taxa de encarceramento feminino está a aumentar durante estes últimos anos e os centros penais seguen ligados a unha posición favorable cara ao home e deixan a muller nun escenario desfavorable e excluínle. Deste xeito, esta investigación profunda no sistema penal, poñendo a énfase na muller privada de liberdade.

Cabe destacar que o traballo social en centros penais é un servizo pouco coñecido tanto socialmente, como dentro da profesión. Os e as profesionais de traballo social son axentes de cambio social, polo que dentro deste tipo de institucións a súa figura é de gran relevancia, xa que exercen un papel fundamental; tanto coas persoas privadas de liberdade, como coas súas redes de apoio, facendo de conector entre ambos. Por iso, é importante ter perspectiva de xénero, debido a que as mulleres privadas de liberdade son un dos grupos máis vulnerables da nosa sociedade e, á fin e ao cabo, son as súas principais fontes de apoio dentro do centro.

Polo tanto, esta investigación estruturouse en cinco bloques diferentes: o marco teórico, os obxectivos, a metodoloxía de investigación, os resultados e, por último, as conclusións.

1. OS CENTROS PENAIS COMO FONTE DE EXCLUSIÓN

Neste primeiro apartado expónse o marco teórico, que está dividido en dúas seccións diferenciadas; a primeira céntrase nos centros penais a trazos xerais e a segunda aborda profundamente a situación da muller.

1.1. Unha aproximación aos centros penais

1.1.1. Marco lexislativo

É primordial comprender o marco xurídico polo que se guía o sistema penal, para analizar e entender como está organizado e as actuacións que se desenvolven dentro del. As normas claves polas que se rexe o sistema penal son: a Constitución española de 1978, a Lei orgánica xeral penal 1/1979, o Regulamento penal e o Real decreto 840/2011.

A Constitución española de 1978 recolle como finalidade primordial da pena privativa de liberdade, a reeducación e a reinserción social das persoas privadas de liberdade. No Título primeiro veñen descritos os dereitos fundamentais das persoas españolas e con iso, o das persoas internas. Dentro deste título atópase o artigo 25.2 que establece:

As penas privativas de liberdade e as medidas de seguridade estarán orientadas cara á reeducación e reinserción social e non poderán consistir en traballos forzados. O condenado a pena de prisión que estiver a cumprir esta gozará dos



dereitos fundamentais deste capítulo, fóra dos que se vexan expresamente limitados polo contido do fallo condenatorio, o sentido da pena e a lei penal. En todo caso, terá dereito a un traballo remunerado e aos beneficios correspondentes da Seguridade Social, así como ao acceso á cultura e ao desenvolvemento integral da súa personalidade.

A Lei orgánica xeral penal (LOGP) do 1/1979, do 26 de setembro, é a primeira lei orgánica da democracia, a súa ratificación supuxo un gran cambio ao conferirlle autonomía ao sector da xustiza penal e ao unificar o dereito procesual e penal. Segundo Casado (2013), esta lei complementa e desenvolve o precepto da Constitución española e condiciona as institucións penais. Abarca temas diferentes como os tipos de establecementos que existen e os seus fins, os dereitos e deberes das persoas privadas de liberdade, a función dos centros penais en canto a ingresos, excarceracións e traslados, prestacións e subsidios, elementos de tratamento, recompensas e sancións, xuíz de vixilancia e funcionarios.

O Regulamento penal (RP), apróbase no Real decreto 190/1996, do 9 de febreiro, que desenvolve a Lei orgánica xeral penal, que introduce modificacións no dereito penal como consecuencia da entrada en vigor do novo Código penal. A actuación do sistema penal está regulada polo marco normativo xunto a unhas directrices para seguir. As instrucións empregadas no sistema penal precisan aspectos plasmados no regulamento penal.

E para finalizar, o Real decreto 840/2011, do 17 de xuño, polo que se establecen as circunstancias de execución das penas de traballo en beneficio da comunidade e de localización permanente en centro penal, de determinadas medidas de seguridade, así como da suspensión da execución das penas privativas de liberdade e substitución de penas.

1.1.2. Que supón perder a liberdade?

Os centros penais son institucións de carácter público, forman parte dunha rede institucional de centros estatais, dirixidos á protección das persoas privadas de liberdade que cometesen algún delito e cuxa condena sexa residir neles durante un período de tempo. As prisións cambiaron tanto de enfoque como de concepto ao longo do tempo, e xeraron unha evolución na nosa sociedade, debido a que anteriormente tiñan como finalidade castigar as persoas privadas de liberdade mediante traballos forzosos e agora, en cambio, teñen a misión de conseguir a reinserción e reeducación social das persoas internas.

As prisións, segundo o Ministerio de Interior (2014), son consideradas como un núcleo urbano autosuficiente, onde se atopa un amplo abano de profesionais que buscan que a estancia das persoas internas sexa dunha maneira amena, ofrecéndolles os seus servizos e programas. Os centros penais están organizados mediante un sistema modular, onde cada un dos módulos se constrúe en función das características persoais e a situación penal de cada persoa interna, coa finalidade de crear espazos que facilitan a vida cotiá en prisión e cumprir á súa mesma vez a dobre función de privación de encarceramento e espazo favorecedor da reinserción. Á súa vez, existen zonas comúns onde se realizan actividades culturais, educativas, deportivas ou laborais.





Con todo, o ingreso ao mundo carcerario implica un cambio radical na vida da persoa interna segundo Rubio (2013), é unha das experiencias máis traumáticas e desagradables que pode vivir unha persoa, debido a todo o que comporta entrar en prisión, como o sometemento a un ritmo de horarios, normas, circunstancias non elixidas e afastando a persoa privada de liberdade das súas redes de apoio. Isto pode repercutir negativamente na súa saúde, tanto psicolóxicamente como fisicamente, do mesmo xeito que na súa conduta. Tamén cabe destacar que as prisións están situadas nos arredores das cidades e este factor provoca obstáculos para as familias que queiran manter contacto coa persoa privada de liberdade, debido a que non todas teñen os medios para acceder a estas, nin as mesmas capacidades e/ou situacións persoais. Á súa vez, que as prisións estean afastadas, aparta a persoa interna por completo da sociedade e viceversa. De acordo con Foucault (1990), as prisións son instrumentos de opresión controlados polo Estado que contribúen a perpetuar a posición de subordinación das clases dominadas.

Como sociedade, temos unha percepción errónea sobre as prisións debido a que é un campo totalmente descoñecido, o cinema e as series son a nosa única fonte de información. Estas ensinan unha imaxe irreal e inquietante de como son os centros penais e das persoas que residen neles, co que se crean altos niveis de estigma e prexuízo.

Segundo Liras (2018), as prisións tamén existen como método para paliar o sufrimento das vítimas dun crime, onde a xustiza toma o control. Pero a maioría da poboación confunde o concepto de xustiza con vinganza. A xustiza non é algo exacto, senón que é un ben e o ben debe dar o mellor de si. A vinganza na súa contra é o principio do peor e o peor é non querer o ben para ese suxeito. Polo tanto, a xustiza verdadeira esixe o ben cara ás persoas que cometeron un ou varios delitos. A sociedade debe axudar a estes individuos crendo no cambio e brindándolles unha nova oportunidade. Este é o ideal do noso sistema, con todo, a poboación non ten esa idea de xustiza, o que a leva á inconformidade coas sentenzas ditadas, xa que non seguen as súas expectativas de castigo e vinganza. Isto, á súa vez, crea un sentimento de ira e desconfianza cara á xustiza, un odio que se acumula na sociedade. Por isto, non se ve reflectido o obxectivo principal das prisións; a reinserción e a reeducación social, senón que se usan para encerrar e protexer a sociedade do que ninguén quere ver, simplemente por vinganza contra o delito cometido. Como resultado, a sociedade, no seu conxunto, non está preparada para a posta en liberdade das persoas internas, o que dificulta cumprir ese propósito. É evidente que as prisións tiveron transformacións e melloras, pero seguen sendo un subsistema marxinal e marxinado.

Ademais, adoitamos ter un estigma moi marcado cara á persoa que comete un delito, porque se presupón que o fan por vontade propia e non porque poida haber outro tipo de condicionantes que o/a leven a delinquir, con isto non se xustifica a delincuencia, pero si fai entrever que pode haber outros factores. Moitas das persoas que residen en prisión xa pertencían antes a grupos marxinais de exclusión social. Son persoas que viviron situacións precarias ao longo da súa vida, e é isto o único que coñecen. Polo que, non só podemos poñer o foco no delincente, senón tamén estudar o porque dos seus comportamentos.

Para finalizar, a excarceración é sinónimo doutra condena para a persoa que pasa por prisión. Por unha banda, o suxeito non está preparado para a súa posta en liberdade, xa que segundo Maceiras (1998), o primeiro reto ao que se enfrenta unha persoa ao saír do cárcere é combater con todos os efectos que provoca a encarceración, como o tempo en prisión, o modo de vida ao





que está sometido, a idade coa que sae, a carencia de apoios fóra do recinto penal, a viabilidade económica etc. E, por outra banda, a sociedade tampouco está preparada para brindarlles unha segunda oportunidade, polo que volver integrarse na sociedade e conseguir unha estabilidade persoal, social e económica se fai dificultoso. Por iso, a persoa pasa de estar nun lugar marxinal e hostil a ser excluída de novo.

1.2. A prisión desde unha perspectiva de xénero

1.2.1. O castigo ao segundo sexo

A violencia contra a muller é un feito que sempre estivo inmerso na nosa sociedade. Segundo Cagigas (2000), a sociedade caracterízase pola opresión, onde todas as institucións, estruturas e/ou individuos dominamos ou somos dominados en función de factores socioculturais, como pode ser por razóns de sexo, raza, idade, clase social e/ou relixión. O sistema principal de dominación e subordinación máis opresor é o do xénero, ao cal podemos denominalo patriarcado. Este sistema é produto da relación de poder e desigualdade entre home e muller e establécese así unha dicotomía entre xénero opresor/oprimido, dominante/dominado, onde o home é o dominante e a muller a subordinada.

Isto trasládase dentro das prisións, a situación da muller segue sendo invisible, a grande esquecida tanto polo sistema penal como pola sociedade, debido a que as investigacións e estudos se centran principalmente nos homes internos. Isto débese aos roles e estereotipos de xénero, xa que as mulleres relaciónanse como seres pasivos, cariñosos, sensibles, débiles, agradables etc., mentres que aos homes se lles caracteriza pola súa agresividade, coraxe, forza, autosuficiencia, competitividade etc. Segundo Lagarde (1997) a servidume da muller fainas desenvolver niveis elevados de tolerancia cara á opresión, así como obediencia ás normas e ao poder e á dependencia vital, as suxeita e limita a manifestacións non consideradas delituosas, mentres que ao home a transgresión ás normas outórgalle éxito, prestixio e status, é dicir, virilidade.

Por iso, presuponse que é o home o que ingresa en prisión e non a muller. Pero son as mulleres máis bondadosas que os homes? Non é unha cuestión innata, senón un factor social, debido a que é o que nos ensinan e vemos desde idades temperás, onde se valora e se cuestiona a agresividade dun home e a bondade dunha muller. Ademais, é ao home ao que se lle asignou o rol de protector e de sustentador económico, o que está nos espazos públicos, e a muller é a que queda restrinxida e reprimida en espazos privados, onde os seus traballos atenden principalmente a satisfacer as necesidades básicas da familia, é dicir, aos demais.

Polo cal, segundo Aguilera (2011), a muller interna sofre unha tripla condena; social, persoal e penal. Social porque cando unha muller ingresa en prisión ese alicerce familiar desaparece e, ademais, rompe co rol que a sociedade lle encomendou. Persoal, porque levan consigo un malestar psicolóxico por non estar ao coidado do seu núcleo familiar e das tarefas que se lle atribúen ao seu respectivo xénero, derivando a un sentimento de culpabilidade. E penal, porque a muller vai ter unhas peores condicións dentro de prisión, debido a que estas seguen deseñadas para un perfil masculino e invisibilizan a figura da muller.





1.2.2. Características e perfil das mulleres privadas de liberdade

En España existe unha taxa elevada de encarceramento: segundo o Ministerio do Interior (2020), hai un total de 55 663 persoas privadas de liberdade, das cales 51 627 son homes e 4.036 son mulleres. Isto indica que a maioría da poboación recluída é maioritariamente de xénero masculino. Pero, a taxa de encarceramento feminino aumentou en comparación cos últimos anos.

Segundo Cervelló (2006), este aumento débese á mellora da situación da muller, concretamente desde a aparición da democracia, xa que a muller empezou a aparecer na esfera pública. Doutra banda, vincúlase os delitos que con maior frecuencia cometen as mulleres, como os que teñen que ver co tráfico de drogas. Isto á súa vez leva implícito, o fenómeno denominado como feminización da pobreza, xa que, na súa maioría, as mulleres corren o risco de pertencer aos estratos máis baixos da poboación, debido ás desigualdades laborais (teito de cristal, brecha salarial...). Así como a sociedade ditamina as funcións e roles que deben cumprir tanto as mulleres como os homes. Por tanto, este é un factor que pode levar a muller para cometer certos delitos debido á súa posición de vulnerabilidade.

As mulleres presas comparten algunhas características en común segundo Melis (2018), son as seguintes:

- Polo xeral, teñen un menor nivel educativo, xa que contribúen coa economía do fogar e á súa vez, son responsables dos coidados do núcleo familiar e do fogar.
- Moitas delas pertencen a colectivos discriminados, como son mulleres de etnia xitana, estranxeiras e/ou pertencentes ao colectivo LGTBI+, polo cal, se xa antes de ingresar sufrían discriminación, dentro de prisión acentúase.
- Falta de competencia social, relacionado coa ausencia de habilidades sociais, o que desemboca nunha baixa autoestima.
- A relación coa contorna (pobreza, exclusión, marxinación, estigma etc.) presenta unha marcada diminución da súa autoestima, debido a que perciben un fracaso nas súas propias expectativas, ao desempeñar o papel de muller, nai e/ou esposa. A súa autoimaxe previamente xa é moi negativa, pois estar no mundo carcerario lévaas a verse menos competentes.
- Mulleres que sofren unha dependencia psicolóxica da figura masculina e unha falta de autonomía persoal, someténdose sempre á súa parella. Segundo Igareda (2006), algunhas mulleres ingresan en prisión por delitos cometidos por dependencia e/ou influencia do home (este normalmente é a súa parella, pai, irmán etc.)
- A altísima frecuencia no historial das mulleres encarceradas con episodios de violencia sexual e violencia doméstica e de parella, mostra unha relación directa ou indirecta co delito e coas súas secuelas tanto físicas como psicolóxicas.
- Un dos problemas de saúde atopados na poboación feminina, é a adicción a substancias aditivas. Con todo, as mulleres que ingresan en prisión consomen con menor frecuencia e cambian o seu patrón de consumo, polo que é necesario implementar programas e que estean nunha contorna favorable, para conseguir unha melloría na súa calidade de vida.





- Existe unha circunstancia específica que dificulta a estancia da muller en prisión, pois, se xa para un home, a súa detención comporta consecuencias graves no núcleo familiar, cando se trata dunha muller, este feito réalzase, debido a que supón un auténtico cataclismo, que desencadea en factores de exclusión. Como resultado, a súa detención adoita ser máis dolorosa.
- A muller, ao ingresar, leva consigo a culpa, sufrimento e incerteza por non estar a cumprir coas súas responsabilidades. A impotencia ante a previsión de consecuencias negativas no núcleo familiar polo seu encarceramento provoca que en moitas ocasións se dea unha ruptura no seu proceso madurativo e de socialización.
- Outro dos problemas que se cataliza nas mulleres, son os trastornos psíquicos. Moitas delas sufriron episodios de ansiedade, tensión, depresión ou brotes psicóticos, polo que se lles dá tratamento de psicofármacos, o que engade novas dificultades para a súa recuperación. Por iso, débense de realizar programas específicos para elas.

Con isto pódese ver que as mulleres internas teñen características específicas, diferentes ás dos homes. Por tanto, como menciona Yagüe (2007), nas prisións é necesario suplantar medidas de acción positiva, encamiñadas a igualar as diferenzas.

1.2.3. Necesidades das mulleres internas

As mulleres internas poden ingresar en cárceres destinados para homes e mulleres (denominadas de carácter mixto) ou en prisións destinadas exclusivamente para elas. Segundo Aguilar (2020), en España só existen catro prisións femininas: en Madrid, Barcelona, Ávila e Sevilla. Aínda que só albergan poboación feminina, debido ao tipo de construción (preparada para a poboación masculina), a segregación interna non é a adecuada, do mesmo xeito que prevalece a seguridade máis que o tratamento, polo que non cumpre cunha atención máis concreta e específica destinada ás necesidades das mulleres. Á súa vez, a ausencia destes centros fai que as mulleres que queiran estar nun centro unicamente para elas teñan que cambiar de residencia, deixando a un lado as súas redes de apoio e desvinculándose da súa contorna usual. Por tanto, terán que elixir entre estar nunha contorna dirixida totalmente para elas, pero sen estar preto da súa familia con todo o que isto comporta, ou quedar preto do seu ambiente habitual, en prisións dirixidas cara á figura masculina.

Segundo Yagüe (2007), as mulleres que cumpren condena en centros mixtos sofren peores condicións de vida que os homes. Isto débese a que a maioría dos módulos están dirixidos aos homes, e só hai un para as mulleres. Os homes poden rotar polos diferentes sectores, mentres as mulleres quedan limitadas nun específico para elas. Ao mesmo tempo, ao haber tantos módulos para os homes, existe unha clasificación segundo as súas características e prioridades (os que estudan, os que traballan, os que reciben algún tipo de tratamento...) co que se crea un ambiente oportuno para conseguir o camiño cara á reinserción e reeducación social. Mentres que as mulleres se mesturan sen ningún tipo de clasificación (independentemente do seu delito, idade, se estudan, se reciben algún tipo de terapia etc.) nun ambiente inestable, debido a que carecen de módulos específicos para tratar con totalidade as súas necesidades. Ademais, reciben unha





atención secundaria, debido a que o foco e os modelos de actuación van dirixidos ao home, xa que as súas demandas non son vistas como prioritarias pola inferior taxa de encarceramento feminino e polo seu baixo nivel de conflictividade.

Hai que ter en conta que as persoas privadas de liberdade teñen necesidades distintas e máis específicas que as que se atopan en liberdade, pero á vez, necesidades físicas psicolóxicas, emocionais etc., que dependendo do xénero van ser diferentes. Polo que isto se acentúa en prisión, segundo o seu xénero, compórtanse dunha ou outra maneira e necesitarán diferentes tipos de atención. Por tanto, ser muller nun espazo destinado para os homes, repercute de forma negativa para elas, debido a que non se teñen en conta as súas necesidades específicas. Segundo Nieto (2013), os centros penais foron creados por mentes androcéntricas que ignoran, minimizan e/ou se desinteresan polas necesidades das mulleres, ata o punto de ignoralas. Os centros penais están deseñados por e para homes.

1.2.4. Ser nai nun centro penal

A maternidade é imposta polo patriarcado como un elemento esencial da figura feminina, colocando a fecundidade da muller como algo seu e obrigatorio, presupoñendo que todas as mulleres van ser nais nalgún momento das súas vidas. Segundo Moncó (2009), en moitos discursos uniron a maternidade ao feminino, ata o punto de convertela na súa identidade (todas as nais son mulleres, pero non todas as mulleres son nais). Por tanto, a maternidade é un constructo social que nace dun feito biolóxico. Con todo, ao ser un elemento social, comporta responsabilidades na figura feminina, o que produce desigualdade de xénero. Isto débese a que unha muller ten que cumprir co rol de boa nai porque senón será vista e categorizada como unha “mala” nai e/ou “mala” muller por non cumprir co que a sociedade espera dela. No caso do home, pasa todo o contrario; se non cumpre coas súas funcións de pai, non ocorre absolutamente nada, debido a que culturalmente non se lle esixe ser bo pai e/ou marido. Por esta razón, ser boa nai é sinónimo de estar en disposición absoluta e total cara aos e ás fillos e fillas e encargarse de todas as súas necesidades. De non facelo, repróchaselles e estigmatízanse socialmente.

Isto ocorre coas mulleres que ingresan en prisión e son nais, debido a que sobre elas recae o sentimento de culpa e frustración, por desvincularse e estar lonxe dos seus fillos e fillas; son sinaladas pola sociedade, como “malas” nais.

Na actualidade en España existen soamente tres centros penais con carácter de unidades de nais: Madrid, Mallorca e Sevilla (Ministerio do Interior, 2014). Isto indica que calquera interna que sexa ou vaia a ser nai e queira estar co/coa menor, debe acudir a unha destas institucións para poder facelo, ata que estes e estas cumpran os tres anos. Por tanto, unha vez máis, as mulleres que están nesta situación teñen que elixir se afastarse de todo da súa contorna e das súas redes de apoio e ir a algún destes centros ou deixar o/a menor a cargo dun familiar, parella ou amigo e amiga e quedar preto do seu ambiente usual.

É de suma importancia facer fincapé na situación á que se enfrontan os e as menores, tras separarse das súas nais tras o nacemento debido a que comporta consecuencias graves para





eles e elas. Segundo a Defensoría Xeral da Nación (2009), un factor esencial para o pleno desenvolvemento dos menores é o vínculo cos seus proxenitores; debido en que nesta etapa resulta fundamental o apego e os lazos coa súa nai.

Ao igual ocorre cos menores que pasan os primeiros anos da súa vida en unidades de nais, que non deixan de ser unha prisión. Segundo López e Guaimaro (2016), algúns expertos opinan que un e unha menor non debe residir nun centro penal e menos nacer dentro del. Existe debate acerca de se os e as menores estarían afectados tanto por non estar coas súas respectivas nais como pola experiencia de vivir nun cárcere. Por moito que mellore o sistema xudicial, o medio da prisión non é recomendable para un e unha infante. Os e as menores están expostos a vivir todas as situacións ás que se enfrontan as súas nais, é dicir, ás diversas condicións de desigualdade. A prisión non lles axuda a superar as súas carencias, é máis, a súa estadía prolongada pode empeorar o seu desenvolvemento. A vida regrada, a falta de experiencias, un clima desfavorable e en xeral a privación de liberdade convértense en factores de risco para o/a menor. Ademais, cando estes e estas menores alcanzan a idade establecida para irse destes centros, sofren ao ser separados das súas nais, xa que é o único que coñecen e con todo o que comporta ser separado/a dunha persoa coa que se ten un vínculo tan estreito.

Esta separación, sófrena tamén as nais, debido a que é un factor que vai marcar negativamente nas súas condenas, debido a que senten que abandonan os seus fillos e fillas.

Por tanto, debería de haber outras alternativas para as nais e os menores na devandita situación, porque segundo Contreras (2018), a maternidade nas prisións é vista como un tema colateral, onde o que prima é que as mulleres paguen polo seu delito baixo a privación de liberdade, sen importar os seus fillos e fillas.

2. OBXECTIVOS

O obxectivo xeral desta investigación é coñecer o grao de coñecemento que posúe a sociedade acerca da situación da muller privada de liberdade ingresada nas institucións penais españolas.

Para os obxectivos específicos, tense en conta dúas variables sociodemográficas das persoas enquisadas:

- Pescudar se teñen o mesmo nivel de información en función do xénero.
- Coñecer se é igual o nivel de información nos diferentes rangos de idade.

3. METODOLOXÍA DE INVESTIGACIÓN

Para levar a cabo esta investigación, utilizouse unha enquisa que foi divulgada nas redes sociais, concretamente en Facebook e Instagram. Esta elección débese ao grande impacto que teñen estas redes sociais na sociedade, polo que é máis fácil chegar a un público máis diverso e doutras zonas xeográficas.





Para esta enquisa formuláronse 17 preguntas. A estrutura do cuestionario, está sistematizada en tres grandes bloques: o primeiro bloque para os datos persoais básicos das persoas enquisadas, o segundo bloque está combinado por nove preguntas pechadas e dúas preguntas abertas. Por último, o terceiro bloque con seis preguntas, as cales son afirmacións, onde os e as persoas enquisadas teñen que sinalar canto de acordo están coas afirmacións. A intención, por unha banda, é coñecer a información que posúe a mostra sobre a situación da muller en prisión. É importante coñecer o que opina a cidadanía para entender porque esta situación non adquire a relevancia suficiente no debate público, para que iso faga posible conseguir a equidade entre ambos os sexos dentro de prisión. Doutra banda, recolle información sobre as variables de xénero e idade para pescudar se teñen a mesma información e opinión sobre a muller encarcerada independentemente do xénero e da idade.

Ás persoas enquisadas previamente garantíuselles total confidencialidade conforme se decreta na Lei orgánica 3/2018 do 5 de decembro de protección de datos persoais e garantía dos dereitos dixitais, debido a que os datos proporcionados só se utilizan con fins de carácter científico.

3.1. Participantes

As persoas enquisadas son persoas voluntarias de diversas idades, con diferentes niveis de estudos e de distintas comunidades autónomas de España, mesmo doutros países. O total de persoas enquisadas é de 374, das cales o 79,7 % son de xénero feminino, 19 % masculino, 1,1 % prefiren non dicilo e un 0,3 % pertence a outro xénero.

As idades están diferenciadas por rangos de idade, asociados á etapa do desenvolvemento evolutivo das persoas. O rango de 13-18 anos, de 19-30 anos, de 31-50 anos, de 51-64 anos e máis de 65 anos. A maioría das persoas enquisadas pertencen ao rango de 19-30 anos cun 78,3 %, seguindo os e as de 31-50 anos cun 10,2 %, os e as de 51-64 anos cun 5,9 %, os e as de 13-18 cun 4 % e os/as de máis de 65 anos cun 1,6 %.

En canto ao nivel de estudo; o 77 % obtén estudos superiores ou equivalentes, o 22,2 % secundarios ou equivalentes e o 0,8 % primarios ou equivalentes.

E pertencen a Galicia o 71,1 %, Estremadura 14,2 %, Comunidade Valenciana 2,9 %, Castela e León 1,9 %, Andalucía 1,9 %, Cantabria 1,9 %, País Vasco 1,3 %, Madrid 1,3 %, Castela-A Mancha 0,8 %, A Rioxa 0,5 %, Asturias 0,3 %, Navarra 0,3 %, Canarias 0,3 % e non proceden de España 1,3 %.

3.2. Instrumentos de recollida de datos

A formulación metodolóxica empregado combina a aplicación de preguntas mixtas, é dicir, cuantitativas (preguntas pechadas) e cualitativas (preguntas abertas) e a técnica de escala de Likert. Segundo Pole (2009), os enfoques de métodos mixtos ás veces poden superar os estudos de método único. Polo que a investigación de métodos mixtos pode responder a preguntas





que outros modelos non poden, sendo estes máis completos. A escala de Likert, segundo Guil (2006) é un método onde todos os ítems miden coa mesma intensidade a actitude que se desexa medir e é a persoa enquisada a que lle dá unha puntuación baixo o seu criterio, normalmente dun a cinco en función da súa posición fronte á afirmación suxerida polo ítem. Neste caso, o un significa totalmente en desacordo, o dous en desacordo, o tres nin de acordo nin en desacordo, o catro de acordo e a cinco totalmente de acordo.

3.3. Tratamento dos datos

Para o tratamento dos datos, utilizouse o programa informático Statistical Package for Social Sciences (SPSS) onde se exportaron todos os resultados obtidos da enquisa. Con este mesmo programa, estúdase nas preguntas cuantitativas as variables sociodemográficas (xénero e idade) das persoas enquisadas. Finalizado este proceso, procédese a interpretar e describir os resultados, e á súa vez, créanse táboas de elaboración propia para unha maior visualización.

4. RESULTADOS E ANÁLISES

Neste apartado son analizados os resultados obtidos polas persoas enquisadas. Para iso, principalmente analízanse os resultados das preguntas cuantitativas, seguidamente as preguntas cualitativas e finalmente, as afirmacións. Dentro das preguntas cuantitativas analizaranse tamén as variables de xénero e idade.

4.1. Resultados das preguntas cuantitativas

A primeira pregunta do cuestionario fai referencia sobre a crenza ou non da reinserción nas prisións. A maioría cun 55,6 % opina que depende do caso, mentres que un 40,9 % si cren e un 3,5 % non. Por tanto, observamos que as persoas enquisadas non cren na súa totalidade na reinserción. Con relación ao marco teórico, Liras (2018): os centros penais, ademais de ser unha ferramenta para reeducar, tamén teñen a función de paliar o sufrimento das vítimas dun crime. Polo cal, cando se producen sucesos mediáticos, a poboación inclínase cara a unha pena máis dura sobre a persoa que comete o delito e isto provoca que a maioría das persoas crea na reinserción dependendo do grave que sexa o delito.





Táboa 1.

Crenza da reinserción nas prisións en función do xénero.

	n	Muller %	N	Home %	n	Outro %	n	Prefiro non dicilo %	n	TOTAL %
Si	127	34,0	25	6,7	-	-	1	0,3	153	40,9
Depende	159	42,5	45	12,0	1	0,3	3	0,8	208	55,6
Non	12	3,2	1	0,3	-	-	-	-	13	3,5
TOTAL	298	79,7	71	19,0	1	0,3	4	1,1	374	100,0

En canto ao xénero como nos indica a **táboa 1**, quen cre máis na reinserción son as mulleres, pero dentro do colectivo de mulleres existe unha maior porcentaxe que é o de mulleres que opinan que depende do delito cometido pola persoa cun 42,5 %.

Táboa 2.

Crenza da reinserción nas prisións en función do rango de idade.

	n	13-18 %	n	19-30 %	n	31-50 %	n	51-64 %	n	Máis de 65 %	n	TOTAL %
Si	5	1,3	126	33,7	13	3,5	6	1,6	3	0,8	153	40,9
Depende	9	2,4	158	42,2	22	5,9	16	4,3	3	0,8	208	55,6
Non	1	0,3	9	2,4	3	0,8	0	-	-	-	13	3,5
TOTAL	15	4,0	293	78,3	38	10,2	22	5,9	6	1,6	374	100,0

Tendo en conta a variable idade, como observamos na **táboa 2**, a maior porcentaxe é o do rango comprendido entre 19 a 30 anos. Dentro deste rango, a resposta con maior número é a de depende do caso da persoa interna cun 42,2 %.

A segunda pregunta, fai referencia a se prexudica na reinserción e reeducación das persoas internas que os centros penais atópanse nos arredores das provincias. Gran parte das persoas enquisadas cun 34,2 % cre que non afecta, un 27,3 % si cre que afecta, un 19,3 % considera que algo e un 19,0 % non o saben. Como explica Rubio (2013): ingresar en prisión comporta factores negativos nas persoas internas, debido ao sometemento de horarios, normas e circunstancias non elixidas. Ademais, a isto súmaselle, que as prisións se atopan afastadas da sociedade, o que fai que estean completamente illados e illadas das súas redes de apoio. Baseándonos na teoría de Rubio, vemos que o factor de que as prisións se atopan apartadas das cidades afecta negativamente ao correcto desempeño reeducativo.





Táboa 3.

Crenza sobre se prexudica na reinserción dos e as persoas internas que as prisións se atopan nos arredores das provincias en función do xénero.

	n	Muller %	n	Home %	n	Outro %	N	Prefiro non dicilo %	n	TOTAL %
Si	88	23,5	14	3,7	-	-	-	-	102	27,3
Non	93	24,9	33	8,8	-	-	2	0,5	128	34,2
Algo	60	16,0	11	2,9	1	0,3	-	-	72	19,3
Non o sei	56	15,0	13	3,5	-	-	2	0,5	71	19,0
Datos perdidos	1	0,3	-	-	-	-	-	-	1	0,3
TOTAL	298	79,7	71	19,0	1	0,3	4	1,1	374	100,0

Tendo en conta a variable de xénero, podemos observar como nos indica a **táboa 3**, que o xénero con maior porcentaxe é o de mulleres. Dentro do colectivo de mulleres, unha gran parte cun 24,9 % opinan que a localización das prisións non afecta na reinserción das persoas internas.

Táboa 4.

Crenza sobre se prexudica na reinserción dos e as persoas internas que as prisións se atopan nos arredores das provincias en función do rango de idade.

	n	13-18 %	n	19-30 %	n	31-50 %	n	51-64 %	n	Máis de 65. %	n	TOTAL %
Si	4	1,1	89	23,8	5	1,3	1	0,3	3	0,8	102	27,3
Non	6	1,6	91	24,3	20	5,3	11	2,9	-	-	128	34,2
Algo	3	0,8	60	16,0	3	0,8	5	1,3	1	0,3	72	19,3
Non o sei	2	0,5	52	13,9	10	2,7	5	1,3	2	0,5	71	19,0
Datos perdidos	-	-	1	0,3	-	-	-	-	-	-	1	0,3
TOTAL	15	4,0	293	78,3	38	10,2	22	5,9	6	1,6	374	100,0

Con referencia á variable de idade, compróbase na **táboa 4**, que a maior porcentaxe é o do rango de idade comprendido entre 19 a 30 anos. Dentro deste, a maior porcentaxe é o de 24,3 % onde opinan que non afecta na reinserción que as prisións se atopan situadas xeograficamente nos arredores da cidade.

A terceira pregunta trata sobre a situación das mulleres en prisión. A maioría das persoas enquisadas cun 42,0 % descoñecen a situación da muller en prisión, pero imaxinana, un 33,4 % descoñece completamente a súa situación, uns 23,5 % coñecementos básicos e un 1,1 % considérase experto ou experta no tema. Como observamos, existe unha desinformación sobre a situación das mulleres en prisión. Como explica Lagarde (1997) as mulleres son consideradas como seres sensibles, amables, obedientes ás normas, mentres que os homes son considerados como agresivos, transgresores coas normas. Por tanto, este feito provoca que se relacionen os



homes coas prisións e que exista unha desinformación sobre a situación das mulleres encarceradas. Cabe destacar que tamén se debe á escaseza de investigacións e estudos relativos á problemática das mulleres en prisión.

Táboa 5.

Situación das mulleres en prisión en función do xénero.

	n	Muller %	n	Home %	n	Outro %	n	Prefiro non dicilo %	n	TOTAL %
Non, pero imaxino a súa situación	127	34,0	28	7,5	1	0,3	1	0,3	157	42,0
Si, coñecementos básicos	75	20,1	11	2,9	-	-	2	0,5	88	23,5
Non, descoñezo completamente a súa situación	95	25,4	29	7,8	-	-	1	0,3	125	33,4
Si, son experto/a	1	0,3	3	0,8	-	-	-	-	4	1,1
TOTAL	298	79,7	71	19,0	1	0,3	4	1,1	374	100,0

Tendo en conta o xénero e a información achegada na táboa 5, o de maior porcentaxe é o feminino. Dentro do colectivo feminino podemos apreciar, que o maior número de respostas cun 34,0 %, é que non están informadas sobre a situación da muller en prisión, pero imaxínana.

Táboa 6.

Situación das mulleres en prisión en función do rango de idade.

	n	13-18 %	N	19-30 %	n	31-50 %	n	51-64 %	n	Máis de 65 %	n	TOTAL %
Non, pero imaxino a súa situación	7	1,9	127	34,0	12	3,2	10	2,7	1	0,3	157	42,0
Si, coñecementos básicos	2	0,5	71	19,0	8	2,1	3	0,8	4	1,1	88	23,5
Non, descoñezo completamente a súa situación	5	1,3	95	25,4	17	4,5	8	2,1	-	-	125	33,4
Si, son experto/a	1	0,3	-	-	1	0,3	1	0,3	1	0,3	4	1,1
TOTAL	15	4,0	293	78,3	38	10,2	22	5,9	6	1,6	374	100,0

Como podemos observar na táboa 6, apréciase que o rango de idade con maior porcentaxe é o de entre 19 a 30 anos. Dentro deste, a resposta que maior resultado obtén é que o descoñecen, pero imaxínanse cal é a súa situación cun 34,0 %.

A cuarta pregunta, trata sobre que sexo sofre máis dentro de prisión. A gran parte das persoas enquisadas cun 36,4 % opina que descoñece que sexo sofre máis dentro de prisión, pero supón que sofren máis as mulleres, un 22,2 % opina que sofren os dous por igual, un 18,2 % sofre máis a muller, un 17,1 % non o saben, un 3,2 % sofre máis o home e un 2,7 % considera que o



descoñecen, pero que supoñen que máis o home. Como podemos comprobar, os datos indícanos que as persoas enquisadas non están o suficientemente informadas de que sexo sofre máis en prisión. Como explica Aguilera (2011), a muller privada de liberdade sofre unha tripla condena: social, persoal e penal.

Táboa 7.

Crenza sobre que sexo sofre máis dentro de prisión en función do xénero.

	n	Muller %	N	Home %	n	Outro %	n	Prefiro non dicilo %	n	TOTAL %
Sofre máis a muller	59	15,8	8	2,1	-	-	1	0,3	68	18,2
Non o sei	44	11,8	20	5,3	-	-	-	-	64	17,1
Non o sei, pero supoño que as mulleres	116	31,0	19	5,1	1	0,3	-	-	136	36,4
Sofren os dous por igual	65	17,4	15	4,0	-	-	3	0,8	83	22,2
Non o sei, pero supoño que os homes	6	1,6	4	1,1	-	-	-	-	10	2,7
Sofre máis o home	7	1,9	5	1,3	-	-	-	-	12	3,2
Datos perdidos	1	0,3	-	-	-	-	-	-	1	0,3
TOTAL	298	79,7	71	19,0	1	0,3	4	1,1	374	100,0

Con respecto á variable de xénero podemos observar que a maior porcentaxe é o de mulleres. Dentro deste colectivo, a resposta que maior porcentaxe obtivo é descoñecen, pero supóñense que a muller sofre máis dentro de prisión cun 31,0 %.

Táboa 8.

Crenza sobre que sexo sofre máis dentro de prisión en función do rango de idade.

	n	13-18 %	n	19-30 %	n	31-50 %	n	51-64%	n	Máis de 65 %	n	TOTAL %
Sofre máis a muller	1	0,3	53	14,2	8	2,1	5	1,3	1	0,3	68	18,2
Non o sei	6	1,6	46	12,3	9	2,4	2	0,5	1	0,3	64	17,1
Non o sei, pero supoño que as mulleres	6	1,6	113	30,2	10	2,7	5	1,3	2	0,5	136	36,4
Sofren os dous por igual	1	0,3	60	16,0	11	2,9	9	2,4	2	0,5	83	22,2
Non o sei, pero supoño que os homes	-	-	10	2,7	-	-	-	-	-	-	10	2,7
Sofre máis o home	1	0,3	11	2,9	-	-	-	-	-	-	12	3,2
Datos perdidos	-	-	-	-	-	-	1	0,3	-	-	1	0,3
TOTAL	15	4,0	293	78,3	38	10,2	22	5,9	6	1,6	374	100,0

Tendo en conta a variable de idade, podemos observar na táboa 8, que a maior porcentaxe é o do rango de idade comprendido entre 19 a 30 anos. Dentro deste rango, a resposta con maior porcentaxe é “descoñezoo, pero supoño que sofren máis as mulleres dentro de prisión” cun 30,2 %.





A quinta pregunta, fai referencia á crenza de se está mellor visto pola sociedade que ingrese en prisión unha muller ou un home. A gran parte opina que un 50,3 % un home, un 37,2 % considera que dá igual o sexo, para ambos está mal visto e un 12,3 % cre que unha muller. Os resultados indícanos que as persoas enquisadas consideran que é máis aceptable pola sociedade que ingrese en prisión un home que unha muller. Como explica Lagarde (1997), aos homes transgredir as normas outórgalles éxito. Coas mulleres non sucede o mesmo, senón que son categorizadas como “malas” mulleres por non seguir cos comportamentos que a sociedade considera apropiados para o xénero feminino.

Táboa 9.

Crenza sobre se está mellor visto pola sociedade que ingrese unha muller en prisión ou un home en función do xénero.

	n	Muller %	n	Home %	n	Outro %	n	Prefiro non dicilo %	n	TOTAL %
Unha muller	36	9,6	9	2,4	-	-	1	0,3	46	12,3
Un home	166	44,4	19	5,1	1	0,3	2	0,5	188	50,3
Dá igual o sexo, para ambos está mal visto	95	25,4	43	11,5	-	-	1	0,3	139	37,2
Datos perdidos	1	0,3	-	-	-	-	-	-	1	0,3
TOTAL	298	79,7	71	19,0	1	0,3	4	1,1	374	100,0

Tendo en conta a variable de xénero, podemos observar na táboa 9 que a maior porcentaxe é de mulleres. Dentro do colectivo feminino, a resposta con maior número de respostas é o dun home, debido a que opinan cun 44,4 % que está máis aceptado pola sociedade que ingrese un home en prisión que unha muller.

Táboa 10.

Crenza sobre se está mellor visto pola sociedade que ingrese unha muller en prisión ou un home en función do rango de idade.

	n	13-18 %	n	19-30 %	n	31-50 %	n	51-64 %	n	Máis de 65 %	n	TOTAL %
Unha muller	3	0,8	34	9,1	6	1,6	2	0,5	1	0,3	46	12,3
Un home	5	1,3	158	42,2	14	3,7	6	1,6	5	1,3	188	50,3
Dá igual o sexo, para ambos está mal visto	7	1,9	100	26,7	18	4,8	14	3,7	-	-	139	37,2
Datos perdidos	-	-	1	0,3	-	-	-	-	-	-	1	0,3
TOTAL	15	4,0	293	78,3	38	10,2	22	5,9	6	1,6	374	100,0

Con referencia á variable de idade, podemos observar na táboa 10, que a maior porcentaxe é o do rango de idade comprendido entre 19 a 30 anos. Dentro deste rango, a resposta con maior número de respostas é que consideran que está mellor visto pola sociedade que ingrese un home en prisión.



A sexta pregunta comprende se existen as mesmas oportunidades e espazos para un home que para unha muller dentro de prisión. Pódese comprobar que a maioría opina cun 40,4 % que non o sabe, un 25,4 % non o sabe, pero cre que os homes, un 22,5 % cre que non, un 8,8 % considera que si, e un 2,9 % non o sabe, pero cre que as mulleres. Os resultados indícanos que as persoas enquisadas non están informadas sobre se hai unha igualdade plena en prisión. Isto é explicado por Yagüe (2007): debido á inferior taxa de encarceramento feminino, as prisións mixtas albergan máis módulos para os homes que para as mulleres, por tanto, estes poden rotar polos diferentes módulos segundo as súas características e prioridades, mentres que as mulleres quedan limitadas nun específico. Ao igual que as mulleres reciben unha atención secundaria, xa que o foco e os modelos de actuación van dirixidos á figura masculina. A figura do traballador/a social é esencial para loitar contra esta discriminación e así apoderar as mulleres e facer que o seu camiño cara á reinserción sexa máis factible.

Táboa 11.

Crenza sobre se hai as mesmas oportunidades e espazos para un home que para unha muller dentro de prisión en función do xénero.

	n	Muller %	n	Home %	n	Outro %	n	Prefiro non dicilo %	n	TOTAL %
Non	70	18,7	13	3,5	1	0,3	-	-	84	22,5
Si	22	5,9	9	2,4	-	-	2	0,5	33	8,8
Non o sei	116	31,0	34	9,1	-	-	1	0,3	151	40,4
Non o sei, pero creo que os homes	81	21,7	13	3,5	-	-	1	0,3	95	25,4
Non o sei, pero creo que as mulleres	9	2,4	2	0,5	-	-	-	-	11	2,9
TOTAL	298	79,7	71	19,0	1	0,3	4	1,1	374	100,0

Con respecto á variable de xénero, a táboa 11 indícanos que a maior porcentaxe é o do xénero feminino. Dentro deste colectivo, podemos observar que a resposta maioritaria é non o sei cun 31,0 %.

Táboa 12.

Crenza sobre se hai as mesmas oportunidades e espazos para un home que para unha muller dentro de prisión en función do rango de idade.

	n	13-18 %	n	19-30 %	n	31-50 %	n	51-64 %	n	Máis de 65 %	n	TOTAL %
Non	4	1,1	67	17,9	7	1,9	4	1,1	2	0,5	84	22,5
Si	2	0,5	22	5,9	3	0,8	5	1,3	1	0,3	33	8,8
Non o sei	3	0,8	115	30,7	20	5,3	11	2,9	2	0,5	151	40,4
Non o sei, pero creo que os homes	4	1,1	82	21,9	7	1,9	1	0,3	1	0,3	95	25,4
Non o sei, pero creo que as mulleres	2	0,5	7	1,9	1	0,3	1	0,3	-	-	11	2,9
TOTAL	15	4,0	293	78,3	38	10,2	22	5,9	6	1,6	374	100,0

Tendo en conta o rango de idade, podemos observar que a idade con maior porcentaxe é o intervalo entre 19 a 30 anos. Dentro desta idade, a resposta con maior número de respostas é o de non o sei cun 30,7 %.



A sétima pregunta, trata sobre se lles afecta aos e ás menores, pasar os seus primeiros anos de vida nunha prisión. A maioría das persoas enquisadas opina, cun 71,4 % que si afecta, un 16,6 % algo, un 7,5 % non e un 4,0 % non o sabe. Os resultados das persoas enquisadas consideran que afecta notablemente na vida dos e as menores pasar as súas primeiras vivencias nunha prisión. Isto explícanlo López e Guaimaro (2016): algúns expertos opinan que un e unha menor non debe residir nun centro penal e menos nacer dentro del, xa que por moito que mellore o sistema xudicial, o medio da prisión non é recomendable para un e unha menor.

Táboa 13.

Crenza sobre se afecta nos/nas menores pasar os seus primeiros anos de vida nunha prisión en función do xénero.

	N	Muller %	n	Home %	n	Outro %	n	Prefiro non dicilo %	n	TOTAL %
Si	219	58,6	45	12,0	1	0,3	2	0,5	267	71,4
Non	23	6,1	4	1,1	-	-	1	0,3	28	7,5
Algo	42	11,2	20	5,3	-	-	-	-	62	16,6
Non o sei	13	3,5	1	0,3	-	-	1	0,3	15	4,0
Datos perdidos	1	0,3	1	0,3	-	-	-	-	2	0,5
TOTAL	298	79,7	71	19,0	1	0,3	4	1,1	374	100,0

Tendo en conta a variable de xénero podemos observar na táboa 13, que a maior porcentaxe é o de mulleres. Dentro do colectivo feminino, o maior número de respostas é o de se cren que lles afecta aos/ás menores pasar as súas primeiras vivencias nunha prisión cun 58,6 %.

Táboa 14.

Crenza sobre se afecta nos/nas menores pasar os seus primeiros anos de vida nunha prisión en función do rango de idade.

	n	13-18 %	n	19-30 %	n	31-50 %	n	51-64 %	n	Máis de 65 %	n	TOTAL %
Si	12	3,2	215	57,5	25	6,7	12	3,2	3	0,8	267	71,4
Non	1	0,3	19	5,1	1	0,3	5	1,3	2	0,5	28	7,5
Algo	2	0,5	47	12,6	10	2,7	2	0,5	1	0,3	62	16,6
Non o sei	-	-	11	2,9	2	0,5	2	0,5	-	-	15	4,0
Datos perdidos	-	-	1	0,3	-	-	1	0,3	-	-	2	0,5
TOTAL	15	4,0	293	78,3	38	10,2	22	5,9	6	1,6	374	100,0

En canto á variable de idade, a táboa 14 indícanos que a maior porcentaxe é a do rango de idade comprendido entre 19 a 30 anos. Dentro deste rango, podemos ver que a resposta con maior porcentaxe é o de se cren que lles afecta aos e ás menores pasar a primeira etapa da súa vida en prisión cun 57,5 %.





A oitava pregunta, alude a se existen moitos módulos para as mulleres que teñen fillos e fillas en prisión. Onde gran parte das persoas enquisadas opina cun 51,3 % que non, un 42,0 % non o saben e un 6,7 % si. Os resultados indícanos que as persoas consideran que non existen suficientes módulos con carácter de unidades de nais, e, efectivamente, como indica o Ministerio de Interior (2014), en España só existen tres prisións con carácter de unidades de nais: Madrid, Mallorca e Sevilla. Polo que moitas mulleres que teñen fillos/as se ven obrigadas a cumprir condena lonxe da súa contorna habitual pola falta dos devanditos módulos.

Táboa 15.

Crenza sobre se en España existen moitos módulos de carácter de unidades de nais en función do xénero.

	n	Muller %	n	Home %	n	Outro %	n	Prefiro non dicilo %	n	TOTAL %
Non	164	43,9	28	7,5	-	-	-	-	192	51,3
Si	18	4,8	5	1,3	-	-	2	0,5	25	6,7
Non o sei	116	31,0	38	10,2	1	0,3	2	0,5	157	42,0
TOTAL	298	79,7	71	19,0	1	0,3	4	1,1	374	100,0

Tendo en conta a variable de xénero, podemos observar na táboa 15 que a maior porcentaxe é a de mulleres. Dentro deste colectivo, podemos ver que a resposta con maior número é a de non existen moitos módulos con carácter de unidades de nais cun 43,9 %.

Táboa 16.

Crenza sobre se en España existen moitos módulos de carácter de unidade de nais en función do rango de idade.

	n	13-18 %	n	19-30 %	n	31-50 %	n	51-64 %	n	Máis de 65 %	n	TOTAL %
Non	10	2,7	159	42,5	18	4,8	3	0,8	2	0,5	192	51,3
Si	2	0,5	20	5,3	-	-	3	0,8	-	-	25	6,7
Non o sei	3	0,8	114	30,5	20	5,3	16	4,3	4	1,1	157	42,0
TOTAL	15	4,0	293	78,3	38	10,2	22	5,9	6	1,6	374	100,0

Con respecto á variable de idade, como nos indica a táboa 16, podemos observar que o rango de idade con maior porcentaxe é o comprendido entre 19 a 30 anos. Dentro deste rango, a resposta con maior porcentaxe é o de non existen moitos módulos de carácter de unidades de nais.





A novena pregunta, fala sobre se debería haber outra alternativa para as mulleres que teñen fillos e fillas en prisión. Gran parte das persoas enquisadas opina cun 49,7 % que si, un 43,0 % cre que depende do delito cometido pola nai, un 3,5 % cre que non e outro 3,5 % non o sabe. Como nos indican os resultados a maioría consideran que debería de haber outra alternativa para as mulleres que se atopan en prisión con menores. Isto relaciónase como dixo Contreras (2018): a maternidade nos centros penais é vista como un tema colateral, onde o principal é que a muller que cometeu un delito pague por este, sen importar a vida dos e das menores. Por tanto, deberían existir alternativas para as mulleres e os seus fillos e fillas, debido a que estes poderían estar sometidos nun contexto de vulnerabilidade.

Táboa 17.

Crenza sobre se debería haber outra alternativa para as mulleres que teñen un/unha fillo e filla en prisión en función do xénero.

	n	Muller %	n	Home %	n	Outro %	n	Prefiro non dicilo %	N	TOTAL %
Si	160	42,8	25	6,7	1	0,3	-	-	186	49,7
Non	7	1,9	5	1,3	-	-	1	0,3	13	3,5
Depende do delito ou delitos da nai	125	33,4	35	9,4	-	-	1	0,3	161	43,0
Non o sei	6	1,6	5	1,3	-	-	2	0,5	13	3,5
Datos perdidos	-	-	1	0,3	-	-	-	-	1	0,3
TOTAL	298	79,7	71	19,0	1	0,3	4	1,1	374	100,0

Tendo en conta a variable de xénero, podemos observar na *táboa 17* que a maior porcentaxe é o da figura feminina. Dentro deste colectivo, a resposta con maior número de respostas é o de si debería haber outra alternativa para as mulleres que teñen menores en prisión.

Táboa 18.

Crenza sobre se debería haber outra alternativa para as mulleres que teñen un/unha fillo e filla en prisión en función do rango de idade.

	n	13-18 %	n	19-30 %	n	31-50 %	n	51-64 %	n	Máis de 65 %	n	TOTAL %
Si	7	1,9	148	39,6	16	4,3	10	2,7	5	1,3	186	49,7
Non	1	0,3	7	1,9	4	1,1	1	0,3	-	-	13	3,5
Depende do delito ou delitos da nai	6	1,6	125	33,4	18	4,8	11	2,9	1	0,3	161	43,0
Non o sei	-	-	13	3,5	-	-	-	-	-	-	13	3,5
Datos perdidos	1	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,3
TOTAL	15	4,0	293	78,3	38	10,2	22	5,9	6	1,6	374	100,0

En canto á variable de idade, a *táboa 18* indícanos que a maior porcentaxe é o do rango comprendido entre 19 a 30 anos. Dentro deste rango, a resposta con maior número é a de se debería haber outra alternativa para as mulleres que teñen menores en prisión cun 39,6 %.





Convén destacar, que, no referido á variable de xénero, vemos unha clara predominancia do xénero feminino. Isto débese, a que é unha mostra tan dispar comparándoo cos outros xéneros (home, outro e prefiro non dicilo). Por tanto, en todas as preguntas darlle prioridade á análise da mostra máis grande, a das mulleres. Coa variable de idade, obsérvase o mesmo que coa variable de xénero, a comparación entre os intervalos de idade non é significativa, debido que o maior número de respostas é o do rango comprendido entre 19 a 30 anos.

4.2. Resultados das preguntas cualitativas

A décima pregunta, fai referencia a se cren que hai máis homes que mulleres nos centros penais e o porque da súa resposta. A gran maioría das persoas enquisadas opina, cun 66,4 %, que hai máis homes nas prisións, porque cometen máis actos delituosos, un 18,3 % non o sabe, un 10,4 % pensa que homes, porque socialmente son máis agresivos, un 3,4 % considera que ambos, porque os delitos non dependen do sexo e un 1,5 % cre que mulleres. Os resultados indícanos que as persoas enquisadas cren que hai máis homes debido a que cometen máis delitos. Isto pódese explicar a través dos roles de xénero, tal e como di Lagarde (1997): as mulleres asócianse como seres sensibles, amables, obedientes ás normas, mentres que os homes considéranse agresivos, transgresores coas normas. Por tanto, a sociedade relaciona as prisións coa figura masculina.

A undécima pregunta, fala sobre se cren que conseguir a reinserción é máis fácil para o home, para a muller ou para ambos e o porque da súa resposta. A maioría das persoas enquisadas opina cun 44,3 % que para ambos os sexos é igual, porque o delito non depende do sexo, un 23,7 % cre que máis fácil para os homes porque teñen máis privilexios, un 16,1 % opina que máis fácil para as mulleres polo seu bo comportamento e rol familiar, un 9,8 % máis difícil para as mulleres pola discriminación social que sofren, un 5,4 % descoñéceno e un 0,6 % para ningún dos e as dúas, debido a que a reinserción non funciona. Como podemos ver nos resultados, a maioría das persoas enquisadas consideran que para alcanzar a reinserción o sexo da persoa non inflúe, senón que depende do delito. Como xa se comentou, e de acordo a Aguilera (2011), a muller privada de liberdade sofre unha tripla condena: social, persoal e penal. Social porque ás mulleres atribúeselles o papel de coidadoras, por tanto, as mulleres que ingresan en prisión rompen co rol que a sociedade lles estableceu. Persoal, porque senten culpables por non estar a coidar do seu núcleo familiar. E penal, porque as prisións están enfocadas á figura masculina. Por tanto, podemos dicir que as mulleres sofren máis dentro de prisión pola súa posición de inferioridade, o que comporta que sexa máis difícil para elas conseguir a reinserción.

4.3. Resultados das afirmacións

A duodécima pregunta fai referencia a canto de acordo están as persoas enquisadas, sobre se as prisións teñen a capacidade necesaria para conseguir a reinserción e reeducación das persoas internas. A maioría das persoas enquisadas considera cun 38,3 % que non está nin de acordo nin en desacordo, un 37,8 % en desacordo, un 11 % totalmente desacordo, un 9,7 % de acordo e un 3,2 % totalmente de acordo. Isto relaciónase, tal e como di Maceiras (1998), por





unha banda, o primeiro reto ao que se enfronta unha persoa ao saír da prisión é combater con todos os efectos que provoca a encarceración. Doutra banda, a sociedade non está preparada para darlles unha segunda oportunidade, polo que volverse integrar na sociedade e conseguir unha estabilidade persoal, social e económica faise máis difícil.

A décimo terceira pregunta, fai referencia a canto de acordo están as persoas enquisadas, sobre que nas prisións hai máis homes porque culturalmente son máis violentos. A maioría considera cun 42,4 % estar de acordo, un 23,9 % totalmente de acordo, un 20,4 % nin de acordo nin en desacordo, un 9,1 % de acordo e un 4,3 % totalmente de acordo. Isto débese aos roles de xénero, como explica Lagarde (1997): as mulleres asóciense como seres sensibles, amables, obedientes ás normas, mentres que aos homes son considerados como agresivos, transgresores coas normas.

A décimo cuarta pregunta, relaciónase a canto de acordo están as persoas enquisadas, sobre que as prisións están ligadas a unha perspectiva de xénero masculina. Unha maior parte considera cun 41,2 % estar de acordo, un 39,4 % totalmente de acordo, un 12,1 % nin de acordo nin en desacordo, un 4,3 % en desacordo e un 3 % totalmente en desacordo. Isto explícao Nieto (2013): as prisións están deseñadas por e para homes.

A décimo quinta pregunta alude sobre a canto de acordo están as persoas enquisadas sobre se por ser muller en prisión recaen aspectos máis negativos sobre elas, porque socialmente atribuímoslles os coidados da familia. A gran maioría opina, cun 44,2 % estar totalmente de acordo, un 27,9 % de acordo, un 15,3 % nin de acordo nin en desacordo, un 8 % en desacordo e un 4,6 % totalmente en desacordo. Isto está relacionado co que di Aguilera (2011), a muller interna sofre tripla condena, polo cal recaen sobre ela aspectos máis negativos. Ademais, socialmente asóciase a muller cos coidados básicos e domésticos, polo que se a muller ingresa en prisión ese alicerce desaparece.

A décimo sexta pregunta, refírese a canto de acordo están as persoas enquisadas, sobre se a maioría dos delitos das mulleres, polo cal entran en prisión adoita ser polo sostemento da familia. A gran maioría considera cun 44 % estar nin de acordo nin en desacordo, un 19,6 % en desacordo, un 16,3 % de acordo, un 10,9 % totalmente de acordo e un 9,2 % totalmente en desacordo. Isto explícase con Cervelló (2006): as mulleres levan implícito o fenómeno denominado feminización da pobreza, xa que, na súa maioría, as mulleres corren o risco de pertencer aos estratos máis baixos da poboación, debido ás desigualdades laborais. E á súa vez, a muller é a que ten o papel de coidadora do núcleo familiar. Por tanto, estes factores, poden provocar que a muller cometa delitos para o sostemento da familia.

A décimo sétima pregunta, atópase relacionada a canto de acordo están as persoas enquisadas, sobre se as mulleres vítimas de agresións sexuais teñen máis posibilidade de delinquir. Unha gran maioría considera, cun 29,7 % estar nin de acordo nin en desacordo, outra gran maioría opina estar cun 29,7 % totalmente de acordo, un 20,5 % de acordo, un 12,7 % en desacordo e un 7,3 % totalmente en desacordo. Isto explícase con Melis (2018): a altísima frecuencia no historial das mulleres encarceradas con episodios de abuso sexual e violencia doméstica e de parella, mostra unha relación directa ou indirecta co delito cometido pola muller.





5. CONCLUSIÓNS

En liñas xerais, os resultados confirman que existe unha desinformación sobre a situación das mulleres internas. No que respecta aos obxectivos específicos, as comparacións en función do xénero e do rango de idade, non son significativas. Isto é debido a que a maioría das persoas enquisadas son pertencentes ao xénero feminino e ao rango de idade de 19 a 30 anos. No caso do xénero, débese ao título específico da enquisa, dado que pode verse máis enfocado cara ás mulleres. No caso do rango de idade, posto que as redes sociais cada vez están máis en auge, segue existindo unha brecha xeracional, o que provoca que as persoas enquisadas sexan predominantemente novas.

As limitacións obtidas na presente investigación teñen que ver coa recollida de datos. Algunhas das persoas enquisadas non contestaron a todas as preguntas da enquisa, polo cal, perdéronse datos, e ademais, ao tratarse dun tema pouco coñecido, moitas das persoas enquisadas tiveron complicacións á hora de responder. Este descoñecemento, á súa vez, pode provocar que outras persoas non tivesen tanta iniciativa para realizala.

Como se mencionou ao longo da investigación, a poboación recluída é un grupo vulnerable que se atopa á marxe da nosa sociedade. Dentro deste colectivo, a figura feminina sofre o seu encarceramento de forma diferente e aínda, con maior exclusión, posto que as prisións centran toda a súa atención na figura masculina, mentres as mulleres ocupan un segundo plano, debido a que se esquecen das súas necesidades específicas, polo que carecen dunha atención íntegra. De modo que, ser minoría comporta que o sistema estea deseñado para os homes. Con esta investigación ponse o foco na muller privada de liberdade e así visibilizar e darlle voz á situación á que se enfrontan dentro de prisión.

Existe a necesidade de que se fomente a vía de investigación nesta rama co fin de que profunden na situación da muller interna, das súas necesidades específicas e dos camiños e vías de marxinación social polos cales ingresan en prisión, para poder seguir investigando e así, tomar conciencia sobre esta problemática invisibilizada.

Para finalizar, o traballo social no ámbito penal é unha peza clave, polo que é fundamental ter perspectiva de xénero para lidar contra a discriminación que sofren, hoxe en día, as mulleres privadas de liberdade. Como ben di o poeta Antonio Machado “camiñante, non hai camiño, faise camiño ao andar”, debido a que queda un longo camiño que percorrer para que ser muller en prisión, non comporte factores sociais negativos polo simple feito de ser muller e acha unha paridade de oportunidades e recursos para ambos os sexos. Os e as profesionais de traballo social debemos camiñar sen parar e sen retroceder para alcanzar un cambio social.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar, A. (2020). Análisis del clima social percibido por las mujeres en prisión desde una perspectiva feminista. *International e-journal of criminal sciences*, (15), 1-36. <https://bit.ly/3MEwStV>





- Aguilera, M. (2011). Mujeres en prisiones españolas. *Crítica*, (973), 44-48. <https://cutt.ly/iJayqs6>
- Cagigas, A. D. (2000). El patriarcado como origen de la violencia doméstica. *Monte Buciero*, (5), 307-318. <https://bit.ly/3LFeGjW>
- Casado, J. (2013). Visión del sistema penitenciario. *Intervención psicoeducativa en la desadaptación social: IPSE-ds*, (6), 41-54. <https://cutt.ly/ZJkKO6e>
- Cervelló, V. (2005). Las prisiones de mujeres desde una perspectiva de género. *Revista General de Derecho Penal*, (5), 1-24. <https://bit.ly/380qgaqV>
- Contreras, P. (2018). Maternidad encarcelada: análisis feminista de las consecuencias personales, familiares y sociales en mujeres privadas de libertad. *Revista Temas Sociológicos*, (22), 209-232. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6780102>
- Constitución Española. [CE], de 29 de septiembre de 1978. Boletín Oficial del Estado, 311, de 29 de diciembre de 1987. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
- Defensoría General de la Nación. (2009). *Mujeres privadas de libertad. Limitaciones al encarcelamiento de las mujeres embarazadas o con hijas/os menores de edad*. Defensoría General de la Nación: Unicef Oficina de Argentina. <https://silo.tips/download/mujeres-privadas-de-libertad>
- Foucault, M. (1990). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo veintiuno editores Argentina. <https://bit.ly/3vXs8J0>
- Guil, M. (2006). Escala Mixta Likert-Thurstone. *Anduli*, 5, 81-95. <https://bit.ly/3LIGtje>
- Igareda, N. (2006). Mujeres, integración y prisión. *Boletín criminológico*, 12(86), 1-4. <https://bit.ly/3ktuPNa>
- Lagarde, M. (1997). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. Boletín Oficial del Estado, 239, de 05 de octubre de 1979. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1979-23708>
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, 294, de 6 de diciembre de 2018. <https://bit.ly/3FhgQ6P>
- Liras, C. A. (2018). ¿Es posible la reinserción social de los penados? *La Razón Histórica. Revista hispanoamericana de Historia de las Ideas*, (39), 84-93. <https://bit.ly/3s52LE5>
- López, G., y Guaimaro, Y. (2016). Moderando el entorno para minimizar en los niños y las niñas los efectos de la prisión materna. *O Social em Questão*, 19(35), 291-312. <https://www.redalyc.org/journal/5522/552264171014/552264171014.pdf>
- Manzanos, C. (1998). Salir de prisión: la otra condena. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria = Revista de servicios sociales*, (35), 64-70. <https://bit.ly/3vXluS7>
- Melis, F. (2018). Mujeres en prisión. 1-15. <https://bit.ly/37QWJAe>
- Ministerio del Interior. (2014). El sistema penitenciario español. Ministerio del Interior-Secretaría General Técnica. <https://bit.ly/3rZXCNK>
- Ministerio del Interior. (2020). *Población reclusa por sexo*. Madrid: Ministerio de Interior. <https://acortar.link/oQnge7>
- Moncó, B. (2009). Maternidad Ritualizada: un análisis desde la antropología de género. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 4(3), 357-384. <https://www.aibr.org/antropologia/04v03/articulos/040301.pdf>
- Nieto, J. A. (2013). Condenas a la desigualdad. Sistema de indicadores de discriminación penitenciaria. *Empiria: Revista de metodología de ciencias sociales*, (26), 211-214. <https://bit.ly/3vt9vhd>





- Pereson, C. (2012). Prisión, mujeres y maternidad. Procesos de intercambio y negociación entre guardias e internas. *Delito y Sociedad*, 2(34), 125-135. <https://bit.ly/39mq0Tu>
- Pole, K. (2009). Diseño de metodologías mixtas. Una revisión de las estrategias para combinar metodologías cuantitativas y cualitativas. *Renglones: Revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades*, (60), 37-42. <https://bit.ly/39tjA5f>
- Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. Boletín Oficial del Estado, 40, de 15 de febrero de 1996. <https://www.boe.es/eli/es/rd/1996/02/09/190>
- Real Decreto 840/2011, de 17 de junio, por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajo en beneficio de la comunidad y de localización permanente en centro penitenciario, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad y sustitución de penas. Boletín Oficial del Estado, 145, de 18 de junio de 2011. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-10598>
- Rubio, F. J. (2013). Aspectos psicológicos de las personas encarceladas y/o excarceladas. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 37(1), 201-220. <https://bit.ly/3vNx0Aw>
- Yagüe, C. (2007). Mujeres en prisión. Intervención basada en sus características, necesidades y demandas. *Revista Española de Investigación Criminológica*, (5), 1-24. <https://bit.ly/3F7aAyj>
-





A VIOLENCIA EXERCIDA CARA AS MULLERES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE E A ACTUACIÓN DENCE O TRABALLO SOCIAL

Ponte Suárez, Ana

Traballadora Social en ASPANAES

ana14ponte@gmail.com

RESUMO

A violencia contra as mulleres é un problema moi grave para a poboación en xeral pero ao poñer o foco de atención nas mulleres con trastorno mental grave, as cifras de mulleres que a sofren aumentan debido a unha dobre vulnerabilidade: ser muller e sufrir unha enfermidade mental grave. Ademais da devandita vulnerabilidade, as mulleres con trastorno mental grave sofren tamén unha múltiple discriminación. Esta prodúcese por catro motivos distintos: o mero feito de ser muller, o rol social e cultural que isto comporta, a discapacidade que sofren e o estigma vinculado á saúde mental. Por iso, realizouse unha revisión bibliográfica narrativa de investigacións existentes sobre a violencia que sofren as mulleres con trastorno mental, seleccionando de maneira crítica a información dende a visión feminista e dende o enfoque interseccional. A realidade deste colectivo non se pode plasmar como unha suma de desigualdades, se non que debe abordarse dende a perspectiva interseccional. Para lograr unha atención integral e de calidade debe existir unha coordinación entre os servizos que atenden as mulleres vítimas de violencia e os recursos de saúde mental, incorporando a perspectiva de xénero á profesión do traballo social.

PALABRAS CLAVE

Trastorno mental grave, muller, saúde mental, violencia, traballo social



RESUMEN

La violencia contra las mujeres es un problema muy grave para la población en general, pero si se pone el foco de atención en las mujeres con trastorno mental grave, la cifra de mujeres que la sufren aumenta debido a una doble vulnerabilidad: ser mujer y sufrir una enfermedad mental grave. Además de dicha vulnerabilidad, las mujeres con trastorno mental grave sufren también una múltiple discriminación. Esta se produce por cuatro motivos distintos: el mero hecho de ser mujer, el rol social y cultural que este conlleva, la discapacidad que sufren y el estigma vinculado a la salud mental. Por ello, se realizó una revisión bibliográfica narrativa de investigaciones existentes acerca de la violencia que sufren las mujeres con trastorno mental, seleccionando de manera crítica la información desde la visión feminista y desde el enfoque interseccional. La realidad de este colectivo no se puede plasmar como una suma de desigualdades, sino que debe abordarse desde la perspectiva interseccional. Para lograr una atención integral y de calidad debe existir coordinación entre los servicios que atienden a mujeres víctimas de violencia y los recursos de salud mental, incorporando la perspectiva de género a la profesión de Trabajo Social.

PALABRAS CLAVE

Trastorno mental grave, mujer, salud mental, violencia, Trabajo Social

ABSTRACT

Violence against women is a very serious problem for the general population, but if we focus on women with severe mental disorder the number of women suffering from it increase due to a double vulnerability: being a woman and suffering from a severe mental illness. Furthermore, women with serious mental disorders suffer from multiple discrimination: those linked to the fact of being a woman, the social and cultural role it entails, the disability they suffer and the stigma of mental health. For this reason, a narrative bibliographic review of existing research on the violence suffered by women with mental disorders was carried out, critically selecting information from the feminist perspective and from the intersectional approach. The reality of this group cannot be condensed as a sum of inequalities, but it must be approached from an intersectional perspective. In order to achieve comprehensive and quality care, there must be coordination between services for women victims of violence and mental health resources, incorporating the gender perspective into the social work profession. A narrative bibliographic review was carried out by critically selecting the information from a critical feminist vision and under the intersectional perspective.

KEY WORDS

Severe mental disorder, woman, mental health, violence, Social Work



INTRODUCCIÓN

A violencia exercida contra a muller estivo presente en todas as culturas do mundo ao longo da historia, baseándose nun sistema patriarcal e capitalista. É preciso sinalar que a precariedade e a situación de vulnerabilidade que sofren gran cantidade de mulleres non é só polo seu xénero, senón tamén pola súa clase social (Magallón, 2005).

González (2011) establece que a violencia cara ás mulleres é polo mero feito de selo, e que as coloca nunha posición de marxinación respecto do home en todos os aspectos da vida: laboral, doméstico, político, educativo, sanitario etc. Na sociedade actual, a violencia contra as mulleres non é un fenómeno illado senón que ten un carácter estrutural. Como sostén tamén Alicia García, consultora en igualdade de xénero, na investigación sobre violencia contra as mulleres con enfermidade mental realizada pola Federación de Euskadi de asociacións de familiares e persoas con enfermidade mental, FEDEAFES, no 2017. Nesta investigación explican que 7 de cada 10 mulleres no mundo sufrirán violencia física ou sexual nalgún momento da súa vida. Tanto é así que a Organización Mundial da Saúde (OMS) o considerou, no ano 2005, como un problema mundial de saúde pública (García, 2017). Este é xa en si un problema grave para a poboación en xeral, pero non fai máis que empeorar se o foco se sitúa nas mulleres con trastorno mental grave. Neste colectivo as cifras aumentan debido a unha dobre vulnerabilidade: ser muller e padecer unha enfermidade mental. Isto implica unha dobre marxinación (González, 2011).

O concepto de interseccionalidade aparece en 1989 da man da avogada afroestadounidense Kimberlé Crenshaw, a cal quería visibilizar as múltiples dimensións de opresión sufridas polas traballadoras negras dunha empresa estadounidense (Vigoya, 2016). A teoría interseccional aparece así na opinión pública na segunda metade do século XX, no marco da denominada terceira onda do feminismo, caracterízase por denunciar a idea dun suxeito feminino único, muller branca, heterosexual e burguesa, e a discriminación e invisibilización que isto comportaba cara ás mulleres de distintas clases sociais ou etnias (Arce e Larraín-Salas, 2019).

Na *Guía de saúde mental con perspectiva de xénero* elaborada por María Álamo (2020) establécese que as mulleres con problemas de saúde mental sofren unha múltiple discriminación. As vinculadas ao feito de ser muller, polo rol social e cultural que comporta, a discapacidade que sofren, e doutra banda, o estigma da saúde mental fronte á maior aprobación social doutras discapacidades físicas e/ou intelectuais.

A realidade das mulleres con trastorno mental grave non se pode plasmar como unha suma de desigualdades, senón que debe abordarse dende a perspectiva interseccional (Álamo, 2020).

Como aparece na Investigación sobre violencia contra as mulleres con enfermidade mental elaborada por Alicia García en 2017, grazas á loita do movemento feminista e á promulgación da Lei orgánica 1/2004, do 28 de decembro, de medidas de protección integral contra a violencia de xénero, máis coñecida como Lei contra a violencia de xénero, conseguiuase unha crecente visibilización do problema pero séguese botando en falta unha visión interseccional, onde se repare tamén nas diferentes necesidades que existen e na diversidade de mulleres que padecen este problema, como é o caso das mulleres con trastorno mental grave.



Os estudos cuantitativos extraídos do informe da investigación Violencia familiar e de parella cara ás mulleres con trastorno mental grave, TMG, (Augado et al., 2013, pp. 24-25), realizado no ámbito estatal dan cifras arrepiantes:

- 3 de cada 4 mulleres con enfermidade mental grave (EMG) sufriron violencia no ámbito familiar ou/e na parella algunha vez na súa vida.
- Ao redor do 80 % das mulleres con EMG que estiveron emparelladas nalgún momento da súa vida sufriron violencia procedente da parella.

A pesar da gravidade destas cifras, a problemática da violencia contra as mulleres con enfermidade mental non está suficientemente presente nin nas institucións públicas que traballan con mulleres que están a sufrir violencia, nin nos servizos públicos de saúde, en concreto de saúde mental. Isto reflíctese na investigación elaborada por González (2011), a cal mantén que os e as profesionais da rede de saúde mental detectan a situación de malos tratos no 62,5 % dos casos, é dicir, máis dunha de cada tres situacións de violencia pasa desapercibida polos e polas profesionais. Por iso, a maioría dos casos de violencia permanecen ocultos para os servizos públicos que atenden situacións de violencia contra as mulleres, e mesmo para os mesmos equipos psiquiátricos e psicolóxicos (García, 2017).

Ademais, as mulleres con enfermidade mental ven cuestionada sistematicamente a súa situación de vítimas e chéganse a escoitar argumentos tales como que están a mentir debido á descompensación psicopatolóxica, ou facéndoas culpables desta violencia polo seu comportamento (García, 2017).

O presente artigo baséase nunha revisión da literatura científica do estudo das diferentes formas de violencia que viven as mulleres que padecen unha enfermidade mental grave, co obxectivo de xerar un coñecemento útil e necesario co que se visibilice a realidade que viven. Un dos propósitos deste é lograr unha aproximación interseccional, dende unha perspectiva de xénero, da violencia contra as mulleres que padecen enfermidade mental grave e coñecer a función dos e das profesionais do traballo social ante esta problemática.

Para iso, comezarase conceptualizando o sistema patriarcal presente na nosa sociedade e a violencia que comporta, pasando por explicar os conceptos da problemática que se vai estudar como son a saúde mental feminina, o trastorno mental grave e a situación na que viven as mulleres que o padecen e á súa vez sofren distintos tipos de violencia, e finalmente, os factores de risco e de protección que as rodea. Poñendo o foco de atención tamén nos recursos existentes para tratar esta problemática e os métodos para previr e detectar precozmente a violencia cara a este colectivo de mulleres.

1. MATERIAL E MÉTODOS

O obxectivo principal do presente artigo é o de revisar as investigacións existentes acerca da violencia sufrida polas mulleres con trastorno mental grave dende un enfoque de xénero



e interseccional. De tal forma que se identifiquen as conexións existentes entre a violencia e a enfermidade mental e se describan as funcións dos e das profesionais do traballo social, coñecendo os recursos dos que contan para prever e detectar as situacións de violencia.

Debido a que a investigación ten un carácter teórico-crítico a metodoloxía utilizada é a revisión de información en diferentes portais e buscadores de información (dialnet, redalyc, scielo e google académico) mediante unha análise minuciosa e crítica do publicado sobre o tema. Seleccionáronse palabras clave para delimitar o rastrexo tanto en castelán, en galego coma en inglés (trastorno mental grave, saúde mental, violencia, xénero e traballo social).

Para fundamentar a presente investigación consultáronse páxinas webs especializadas na abordaxe da saúde mental, como a Confederación de Saúde Mental de España, e outras páxinas webs especializadas en protocolos de actuación, como é a páxina do Ministerio de Servicios Sociais e Igualdade.

Para finalizar cómpre destacar que a devandita investigación se elaborou dende a visión crítica feminista e baixo o coñecemento situado. A profesora estadounidense Donna Haraway introduce o concepto do coñecemento situado na súa obra *Ciencia, ciborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza* (1991), a autora propón explicar o lugar dende o que se parte ao realizar un discurso para evitar dar a impresión de que se fai dende unha posición neutral: sen privilexio nin poder, xa que isto inflúe na perspectiva do discurso. Por iso, é necesario destacar que a presente investigación está realizada por unha muller cis, branca, europea e feminista.

2. CONCEPTUALIZACIÓN DA VIOLENCIA

Fonseca e Melina (2019) entenden o concepto de xénero como un conxunto de ideas, representacións e prácticas sociais, as cales crean unha diferenza entre mulleres e homes, construíndo o que socialmente é propio dos homes, e o que é considerado propio das mulleres, é dicir, o feminino. Estas autoras sosteñen que cando se fala das construcións sociais creadas a partir da diferenza de xénero tamén se está a falar de relacións de poder, onde, neste caso, impera o dominio masculino.

Como escribiu a feminista Simone de Beauvoir na súa obra máis coñecida *O Segundo Sexo* (1949), o patriarcado converte as mulleres en obxectos. É dicir, as mulleres defínense segundo as necesidades dos varóns, converténdose estes en suxeitos e dominadores e as mulleres en obxectos e dominadas. Persis (2009) establece que desta maneira se definiu o mundo, baixo unha mirada androcéntrica e unha perspectiva misóxina, o que xera unha sociedade desigual e inxusta.

En contraposición co patriarcado encóntranse os movementos feministas. A ideoloxía feminista pretende facer unha análise da realidade e desta forma poder denunciar a situación que viven moitas mulleres, considerando que o persoal é político, lema no pensamento das correntes feministas (Persis, 2009). O sistema patriarcal está vixente na maioría das sociedades actuais



e encóntrase directamente relacionado coa orixe da violencia exercida contra as mulleres, non sería posible entender o mantemento durante séculos da devandita violencia se a cultura dominante da sociedade estivera en contra.

3. A SAÚDE MENTAL FEMININA

Ruiz e Jiménez (2003) analizan a forma na que a loucura se caracterizou con atributos femininos dando lugar ao que se coñece como feminización da loucura. As autoras citan o concepto de dobre estándar á hora de diagnosticar a enfermidade, xa que se empregan distintos parámetros en mulleres que en homes. Por exemplo, as autoras mencionan calidades que se relacionaban con mulleres tolas, como son a autonomía ou a independencia.

De igual maneira, é necesario mencionar o concepto de histeria, enfermidade diagnosticada na medicina occidental a metade do século XIX (Peláez, 2007). Como afirman as autoras Laveda, Martínez e Antón (2014) o concepto provén etimoloxicamente da palabra grega *Hysteron* que quere dicir útero. Desta forma, maniféstase a feminización da enfermidade. Dende o nacemento da patoloxía catalogouse como unha enfermidade do xénero feminino. Xa dende os tempos de Hipócrates, no século V a.C., ter útero significaba un factor de risco que aumentaba as posibilidades de sufrir a devandita a patoloxía (Laveda et al., 2014).

A histeria ten un longo percorrido con diferentes clasificacións e interpretacións pero todos os supostos partían dunha mesma idea: as condutas inusuais nas mulleres víanse acordes coa patoloxía da histeria. Con condutas inusuais Peláez (2007) refírese a saír das normas establecidas para o sexo feminino, o cal se espera que sexa submiso e obediente. As autoras Laveda, Martínez e Antón (2014) destacan como exemplo o feito de realizar unha pregunta incómoda nun instante pouco apropiado podería ser considerado como un sinal da patoloxía. É a finais do século XIX e a principios do século XX cando Freud introduce o termo de histeria de conversión. É dicir, Freud comezou a estudar o subconsciente e os feitos traumáticos que producían unha actitude rebelde nas mulleres. En definitiva, cada época da historia enfróntase dalgunha maneira ás aberracións levadas a cabo por mulleres que se revelaban contra o sistema existente na procura de autonomía e independencia (Peláez, 2007).

A sociedade actual baséase nun modelo social e de dereitos no que os problemas de saúde mental non teñen unha orixe meramente biolóxica, senón que certos contextos sociais poden actuar como agravantes dos diferentes problemas de saúde mental (Álamo, 2020). Ducci (2005), na súa investigación “A saúde mental das mulleres” diferencia o modo no que se diagnostican os problemas mentais segundo o xénero, debido á influencia das expectativas culturais e estereotipos do que se considera un comportamento normal. Como exemplo deste fenómeno, a autora explica que certos comportamentos nos homes non son considerados como patolóxicos, mentres que eses mesmos nas mulleres son xulgados como desviacións. Como é o caso do consumo de alcol ou drogas, sempre e cando sexa sen chegar a casos de adicción avanzados. É por iso, que moitas investigadoras feministas defenden a idea de que o feito de ser muller aumenta as posibilidades de ser diagnosticada cunha desorde mental, o cal se ve reflectido nas estatísticas (Ducci, 2005).

4. MULLERES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE E VIOLENCIA

A Organización Mundial da Saúde (OMS) define saúde como o estado de benestar físico, mental e social, non só como a ausencia de enfermidades ou trastornos. O concepto de trastorno mental grave (TMG) está rodeado dunha controversia histórica á hora de definir o termo e acordar criterios. O desenvolvemento do concepto de TMG serve para lograr unha mellor organización e xestión dos recursos de saúde mental, sempre en beneficio das persoas que o padecen (Larrea, 2015). A modo resumo, é posible concretar a definición de trastorno mental grave como aquel de duración prolongada que comporta un grao variable de discapacidade e de disfunción social.

Verónica de Miguel Luken elaborou no 2015 un macroestudo de violencia contra a muller co obxectivo de coñecer o número de mulleres residentes no noso país que sofre ou sufriu algún tipo de violencia polo simple feito de ser muller. Na citada investigación recóllese que o 23,3 % das mulleres que teñen recoñecido un grao de discapacidade igual ou superior ao 33 % sufriron algún tipo de violencia algunha vez na súa vida, esta cifra diminúe ao 15,1 % se falamos de mulleres sen discapacidade.

No ámbito estatal destacan tres investigacións sobre a violencia cara ás mulleres con trastorno mental grave. A revisión realizada por Juan Carlos González Cases na súa tese de doutoramento, “Violencia na parella cara a mulleres con trastorno mental grave” en 2011, a investigación “Violencia familiar e de parella cara ás mulleres con trastorno mental grave” realizada por Augado e cinco psiquiatras máis en 2013 e, por último, a investigación sobre “Violencia contra as mulleres con enfermidade mental” realizada por Alicia García baixo a dirección da Federación de Euskadi de asociacións de familiares e persoas con enfermidade mental, FEDEAFES, en 2017.

Existe un risco superior a sufrir esta violencia física nas mulleres con trastorno mental grave. Unha de cada dúas mulleres con TMG sufriu algún tipo de violencia física cuxo agresor era a súa parella (González, 2011) mentres que esta porcentaxe descende ao 10,3 % cando se fala de mulleres sen trastorno mental (de Miguel, 2015). A violencia física tamén está presente no ámbito doméstico. Alicia García (2017) destaca que os agresores dentro do ámbito doméstico adoitan ser o pai, a parella da nai ou outros familiares masculinos. Esta autora sostén que unha de cada dúas mulleres con trastorno mental grave está a sufrir violencia física na actualidade por parte dalgún dos membros da súa unidade de convivencia.

A violencia psicolóxica adoita ir acompañada doutros tipos de malos tratos e é a máis presente dentro da parella. Augado et al., (2013) recolle na súa investigación que o 68,4 % das mulleres sufriron violencia psicolóxica dentro da parella. Outra realidade na que existe a violencia psicolóxica é no ámbito doméstico, o cal lle afecta ao longo da súa vida ao 51,6 % das mulleres con enfermidade mental grave. Este tipo de violencia ten un efecto moi intenso nas mulleres en xeral, pero afecta especialmente a mulleres con trastorno mental xa que por medio de insultos e humillacións a autoestima destas mulleres vaise crebando.

A violencia económica é da que existen menos estudos. A violencia económica ten un carácter importante nas mulleres con trastorno mental, xa que reduce a súa autonomía e é unha forma de manipulación. González (2011) establece que o 33,3 % das mulleres con trastorno mental grave tiveron controlado o acceso ao seu diñeiro por parte da súa parella.



Os profesionais que participaron na investigación realizada no 2017 sosteñen que existe unha relación entre o trastorno mental grave e a violencia sexual. Na devandita investigación destácase a importancia de poñer o foco na do abuso sexual na infancia. O abuso sexual na infancia é unha das experiencias hostís máis traumáticas, a cal supón unhas grandes consecuencias no desenvolvemento emocional do individuo (Ortiz-Guzmán, Ibarra-Alcantar, Alvarado-Cruz, Graciano-Morais e Jiménez-Genchi, 2018).

No estudo de ámbito nacional elaborada pola delegación do Goberno para a Violencia de Xénero en 2015 por Verónica de Miguel Luken, o 3,5 % das mulleres sufriu este tipo de violencia antes de cumprir os 15 anos. A investigación “Violencia na parella cara a mulleres con trastorno mental grave” reflicte que o 26 % das mulleres con enfermidade mental sufriu violencia na infancia. Con todo, a violencia sexual está presente tamén na idade adulta de forma maioritaria nas relacións de parella. É un feito reiterado tanto nas mulleres en xeral como nas mulleres con trastorno mental grave. Cabe destacar que os datos varían segundo a relación co agresor. Na investigación sinalada destácase o feito de que o 33,3 % das mulleres con trastorno mental grave sufriéron violencia sexual por parte da súa parella. A macroinvestigación de violencia contra a muller (de Miguel, 2015) reflicte que no 80 % das violacións o agresor era un coñecido da vítima e nun 25 % dos casos era un familiar directo.

5. FACTORES DE RISCO E PROTECTORES FRONTE Á VIOLENCIA

O modelo que se usa na actualidade para analizar os distintos factores é o biopsicosocial, no que se inclúen factores biolóxicos e psicosociais.

5.1 Factores protectores

Os factores de protección procuran evitar que se produzan situacións de violencia e aumentar a capacidade de afrontalas no caso de que se produzan (García, 2017). Góngora e Casullo (2009) enfocaron o seu estudo en factores de protección pouco atendidos como son a intelixencia emocional, os valores que ten unha persoa e a autoestima. As autoras consideran que a intelixencia emocional é moi importante á hora de enfrontarse a novas demandas do medio. É dicir, a maior intelixencia emocional maior capacidade de estratexias de afrontamento.

Doutra banda, as autoras definen os valores como aquelas metas desexables que marcan os principios na vida dunha persoa. Sosteñen a hipótese de que os valores cos que conta unha persoa orientan a súa vida, influenciando para lograr certo nivel de benestar. Góngora e Casullo (2009) definen a autoestima como a avaliación do autoconcepto, oscilando entre o positivo e o negativo, é dicir, a autoafirmación e a autodenigración. Unha alta autoestima ten numerosos beneficios para a persoa ao sentirse ben consigo mesma e coa súa vida. Ademais, un bo nivel de autoestima está asociado a unha boa resolución de problemas, autonomía e fenómenos interpersoais positivos. Na investigación sobre violencia contra as mulleres con enfermidade mental (García, 2017) a psiquiatra Cristina Polo recalca a importancia que ten esta calidade nas mulleres con trastorno mental grave xa que un nivel baixo de autoestima pode influír na



normalización de situacións de malos tratos. De acordo con Caplan (1993) unha persoa con alta autoestima busca axuda máis facilmente mentres que no caso contrario a persoa non considera que merece a axuda.

Outro punto importante nos factores de protección é o apoio social, entendido por Caplan (1993) como os vínculos sociais que xogan un papel importante para lograr o equilibrio na integridade física e psicolóxica das persoas. O apoio social que se atopa nas situacións cotiás, con familia e amigos, contribúen ao benestar e á saúde. O autor sostén que ante situacións de crises o apoio social protexe e amortece tanto de forma directa como indirecta. Na investigación de González (2011) analízase o feito de que a persoa que exerce a violencia tende a illar a vítima separándoa da súa rede de apoio para que, desta forma, o seu control sobre ela aumente. Na devandita investigación tamén se observa que o apoio social é máis habitual en mulleres que non sufriron violencia. É dicir, existe unha relación entre ser vítima de violencia e non ter apoio social.

5.2 Factores de risco

Os factores de risco supoñen unha repercusión na calidade de vida das mulleres, o que aumenta a vulnerabilidade cara á violencia, un exemplo é a carencia de autonomía e por conseguinte, a dependencia doutras persoas (García, 2017). Como reflicte o estudo da investigación “Violencia contra las mujeres con enfermedad mental” (García, 2017) as taxas de violencia aumentan nas mulleres que presentan un agravamento do estado psiquiátrico. De tal forma, o estudo reflicte que un 45,7 % das mulleres que sufriron un empeoramento do seu cadro clínico no último ano sufriron violencia, fronte ao 25,5 % que tiveron un cadro clínico estable. En síntese, o risco de sufrir violencia aumenta cando a sintomatoloxía do trastorno mental empeora.

O feito de sufrir violencia no ámbito familiar catalógase como un factor de risco para vivir esta problemática na vida adulta. Segundo González (2011) unha de cada tres mulleres con TMG sufriu violencia física na infancia. De igual forma, o autor sinala que ser testemuña da violencia exercida por parte do pai sobre a nai tamén supón un aumento da vulnerabilidade. Se nos centramos nas mulleres con TMG que sufriron violencia física na infancia teñen un risco dúas veces superior a ser vítimas de violencia segundo a tese realizada polo devandito autor. É dicir, existe un vínculo entre a violencia na infancia e a violencia na idade adulta.

A clase social tamén pode actuar como factor de risco xa que as diferenzas sociais determinan a vida das persoas influíndo nas oportunidades para aumentar a súa calidade de vida (Parra, Pena, Carrillo e Moreno, 2006). Paola Damonti (2019) destaca a importancia de non ignorar o risco de vitimización que supón para as mulleres de clase baixa, aínda que a violencia sexa un fenómeno estrutural que afecta a mulleres de todas as clases sociais, xa que ignoralo sería contraproducente para as mulleres con posicións máis precarias con opresións máis aló que as do xénero, como é o trastorno mental grave e a clase social. Na investigación da devandita autora reflíctese que nos barrios marxinais o risco que sofre unha muller de experimentar calquera tipo de violencia multiplícase por 5,6.

Dentro da análise dos factores de risco atópanse tamén os procesos migratorios. Na actualidade existe unha gran cantidade de persoas que migraron e viviron situacións de racismo,



discriminación, postergación socioeconómica e dó migratorio, dando lugar á discriminación e ao illamento social sendo este factor de risco á hora de desenvolver trastornos mentais graves e de sufrir violencia (Cabrera e Cruzado, 2014).

Por último, cabe destacar un dos factores que máis contribúen á vulnerabilidade deste colectivo: o estigma, a etiqueta negativa, causante de actitudes e actos discriminatorios de rexeitamento cara ás mulleres con trastorno mental grave. Mediante as actitudes sociais xérase un estereotipo que dá lugar a un prexuízo que, á súa vez, se traduce na discriminación deste colectivo (López, Laviana e López, 2009). Erwin Goffman (1963) define o estigma na súa obra. Segundo Goffman (1963) nace cando as características dunha persoa son distintas ás impostas nas normas culturais. Os autores Mascayano, Castro, Pobleto e Manchego (2015) reflexionan sobre a teoría da etiquetaxe, sosteñen que as persoas interiorizan concepcións das persoas con trastorno mental a través da linguaxe, esta visión provocará unha etiqueta que os clasifica e discrimina. No caso das persoas con enfermidade mental a etiqueta que as acompaña, na maioría dos casos, é a do seu perigo e violencia. Con todo, os resultados dos estudos epidemiolóxicos non atribúen condutas violentas, nin o risco de desenvolveselas nas persoas con trastorno mental grave (López et al., 2009).

A manifestación máis grave do estigma nas mulleres con trastorno mental grave é o denominado autoestigma (Mascayano et al., 2015). É dicir, a internalización da muller dos prexuízos sociais véndoos como a súa identidade (Asociación contra a Violencia Doméstica da Rexión de Murcia, 2019).

6. INTERVENCIÓN DENDE O TRABALLO SOCIAL

Unha das primeiras intervencións sociais nas orixes do traballo social foi dentro do campo da saúde mental (Méndez, Wraage e Costa, 2012). Así mesmo, Romero (2010) expón que o traballo social no ámbito da saúde mental é un concepto moi amplo no que se inclúe o biolóxico e o social e céntrase na prevención e tratamento dos trastornos mentais. O traballo social psiquiátrico é considerado como unha especialización profesional e a súa orixe sitúase nos Estados Unidos ao principio do século XX, no ano 1904, debido á incorporación dos e das traballadoras sociais aos hospitais psiquiátricos ao ser necesaria unha intervención social (Trullenque, 2010). Tendo en conta o documento Funciones del trabajador social en el campo de la Saúde Mental (Colexio Oficial de Traballadores Sociais de Cataluña, 2005) as funcións dun profesional do traballo social dentro dun equipo de saúde mental son impulsar, fortalecer e rescatar as fortalezas das persoas e as do seu medio familiar e social, de tal forma que a interacción da persoa coa familia e o medio sexa plena e de calidade.

Como recolle o documento citado, a actividade profesional que leva a cabo a persoa profesional do traballo social dentro do ámbito da saúde mental pódese dar a nivel grupal e comunitario, á parte de no ámbito individual e familiar. O traballo social de grupo dálle a oportunidade á persoa con problemas de saúde mental de mellorar o seu funcionamento social, mentres que a intervención na comunidade serve como conector da persoa e o seu contexto achegándoa a asociacións, entidades ou servizos próximos.



Martin (2013) destaca que o labor do/a traballador/a social non debería reducirse á admisión da demanda e xestión dos recursos, senón que a intervención debe nutrirse doutros aspectos como son o apoio e/ou o acompañamento de tal forma que o ou a profesional do traballo social sexa un soporte no que manifestar dúbidas ou sincerarse. Débese ter en conta que a intervención dos e das profesionais do traballo social está condicionada por un Estado capitalista que fomenta políticas neoliberais. Estas políticas tradúcense nun investimento en recursos sociais escaso xa que o foco de atención está posto en manter o equilibrio económico. O que dá lugar a examinar a cuestión social dunha forma fragmentada en lugar de estudar o factor social como o resultado da industrialización do sistema capitalista, o cal xera desigualdade e explotación cara á clase traballadora. É por iso que a autora Chacón-Gironza (2019) refire que o principal suxeito de intervención no traballo social é a clase menos favorecida.

Para Santana-Hernández (2010) un dos obxectivos principais do traballo social é eliminar os factores que crean desigualdades na sociedade, destacando a desigualdade máis constante na historia, a desigualdade que produce o patriarcado.

6.1 Atención ás mulleres con trastorno mental grave que sufriron violencia

Segundo o establecido no documento Funcións do traballador social no campo da saúde mental (Colexio Oficial de Traballadores Sociais de Cataluña, 2005) na profesión do traballo social lévase a cabo unha intervención directa coas persoas, as súas familias e o seu medio mediante catro fases: estudo, diagnóstico, tratamento e avaliación.

A intervención realizarase grazas á escoita activa e á observación que axudarán a identificar a situación e o contexto da persoa. A persoa profesional do traballo social dentro do ámbito da saúde mental debe poñer o foco nos factores psicosociais que inflúen na enfermidade mental (Ároca et al., 2001). A atención a mulleres con TMG que sofren ou sufriron nalgunha ocasión violencia susténtase polo principio da autodeterminación. É dicir, o traballo social avoga pola capacidade da muller en tomar decisións na súa vida (Romero, 2010). É importante rescatar as calidades da persoa de tal forma que aumente a autoestima destas mulleres, xa que adoita estar en niveis moi baixos. O autor Romero (2010, p. 296) destaca o lema “se eu creo en ti, ti crerás en ti”, como eixe das intervencións con este colectivo. Polo tanto, para lograr unha intervención de calidade é necesario potenciar as calidades de cada persoa. Entre os beneficios da autodeterminación atópase a diminución de comportamentos paternalistas entre profesionais do traballo social, xa que aumentan a dependencia deste colectivo de mulleres e convértense nun factor que incrementa a violencia (Redero e San Miguel del Hoyo, 2002).

De igual forma que a atención debe ter como eixe a autodeterminación, tamén é necesario abarcar o termo do apoderamento de maneira que as mulleres con enfermidade mental e que sofren violencia consigan máis notoriedade no ámbito público e sobre todo, nas rendas da súa vida (Romero, 2010). Noutras palabras, capacitar as mulleres con TMG é unha forma de defender os seus dereitos. Doutra banda, na Investigación sobre violencia contra as mulleres con enfermidade mental elaborada por Alicia García (2017) realizáronse entrevistas a profesionais do traballo social, os cales resaltaron a importancia de traballar na proximidade coas mulleres máis que nunha ferramenta específica para a detección de casos de violencia. É dicir, potenciando a



relación profesional-persoa usuaria. Con todo, na esfera dos servizos sociais destácase o feito de contar con ferramentas de detección, as cales axudan a que moitos casos de malos tratos saian á luz e posibilitan a derivación a recursos de atención á violencia.

Na intervención con mulleres que sofren violencia e teñen un trastorno mental grave, os e as profesionais do traballo social deben prestarlle atención á conduta das usuarias. É dicir, prestar atención ao abandono dun recurso ao que a muller acudía de maneira regular ou se ten lugar illamento social. Tamén é un aspecto relevante que a muller acuda sempre acompañada e que este acompañante non deixe espazo para que a muller poida expresarse libremente. Para unha adecuada atención é importante que existan espazos onde recibir á muller a soas e crear un clima de intimidade que axude a abordar a posible existencia de violencia (García, 2017).

Para García (2017) a mellora na formación dos e as profesionais é clave para a intervención con mulleres con TMG que sofren violencia, xa que a devandita cuestión necesita unha abordaxe individualizada con estratexias personificadas, evitando o tabú que existe en moitas ocasións ao falar da violencia. É por iso que, a visibilización do problema é un aspecto clave. As políticas públicas deben prover unha asistencia adecuada á muller vítima de violencia dende o servizo que a atenda sexa de atención primaria, rede de saúde mental, servizos sociais ou recursos especializados en violencia contra a muller. Para que isto ocorra, é necesario realizar a intervención dende unha perspectiva de xénero, formando os e as profesionais nesta problemática (García, 2017). A xuízo de Chacón-Gironza (2019) a perspectiva de xénero é unha contribución teórico-metodolóxica na intervención dende o traballo social.

Para Olarte (2018) intervir incorporando o enfoque de xénero supón entender o sistema sexo-xénero de tal forma que se elimine a convicción existente de que destinar certos recursos a mulleres que padecen algunha problemática xa é aplicar o enfoque de xénero. Polo contrario, levar a cabo este enfoque supón observar o xénero como un factor de estudo que inflúe na realidade creando problemas sociais e a súa posta en marcha non é automática se non que esixe observación e análise, é dicir, para a autora o enfoque de xénero supón unha nova forma, máis completa, de ver a realidade.

6.2 Prevención e detección

Redero e San Miguel del Hoyo (2002) establecen que a desigualdade e a inxustiza social son unha forma de violencia que á súa vez poden crear máis violencia. Ante este feito os autores destacan a importancia que recae no traballo social de non intervir só cando esta violencia xa se exerce contra as mulleres, senón que é necesario previr. A prevención fundaméntase en detectar a violencia antes de que ocorra e intervir sen crear máis violencia. Coa prevención preténdese axudar o violento para evitar que volva exercer violencia pero sobre todo, prestarlles unha axuda ás mulleres para recuperar uns niveis de calidade de vida aceptables (Redero e San Miguel del Hoyo, 2002).

Para Ramírez e Gómez (2007) a prevención dende o traballo social céntrase no desenvolvemento, promoción e defensa dos dereitos humanos consolidando as mulleres, neste caso, como suxeitos de dereito, e autónomas. Dende o traballo social, grazas á influencia do feminismo,



progresouse en identificar a responsabilidade social que ten o Estado e as institucións que exercen algún tipo de violencia e que reproducen a cultura patriarcal (Ramírez e Gómez, 2007). Para Redero e San Miguel del Hoyo (2002) poñer o foco de atención sobre os factores da contorna que poden influír na aparición da violencia é a clave para conseguir previla.

Ramírez e Gómez (2007) afirman que a atención ás mulleres que sofren violencia foi individualizada, centrando o traballo en mulleres que padecen situacións de violencia debido ao xénero agravadas pola condición de clase, sen darlle apenas importancia á prevención e á responsabilidade social e cultural. Para Elboj e Ruiz (2010) a prevención mediante o traballo coa comunidade é fundamental para lograr acabar coa violencia contra as mulleres, xa que desta forma se incide nos procesos de socialización que xera a devandita violencia. As autoras entenden o traballo social no ámbito comunitario como a participación conxunta dun grupo de profesionais e axentes da comunidade. Así mesmo, a intervención dende o traballo social de maneira coordinada coa comunidade pretende analizar os tipos de socialización existentes para poder fomentar modelos de socialización encamiñados cara á igualdade.

Na opinión de Ramírez e Gómez (2007), xa que a violencia se debe aos roles de xénero, é importante unha intervención coa poboación masculina. Tal como argumentan Elboj e Ruiz (2010) un ámbito crucial no que traballar a prevención son os centros educativos, xa que a educación é un pilar fundamental que hai que potenciar para acabar coa violencia machista. As autoras tamén lle dan especial importancia á formación dos e das profesionais do traballo social xa dende a súa formación inicial na universidade, orientándoa cara á detección precoz e a prevención. É necesario unha formación que capacite as persoas profesionais do traballo social a atender as mulleres vítimas da violencia pero tamén para previr e detectala de forma precoz, sendo capaces de coordinarse con outros profesionais para eliminar a violencia machista (Elboj e Ruiz, 2010).

Por outra banda, dentro da formación dos e das profesionais do traballo social considérase clave o coñecemento dos recursos existentes xa que o descoñecemento destes pode provocar medo nos profesionais para investigar se se están a producir situacións de violencia ao non saber onde é necesario derivar a muller vítima de violencia (García, 2017).

6.3 Recursos existentes

A Lei orgánica 1/2004, do 28 de decembro, de medidas de protección integral contra a violencia de xénero recolle unha serie de dereitos para as mulleres vítimas de violencia, entre os que se atopa o dereito ao acceso a determinados recursos e servizos. A devandita lei recolle tamén a creación de recursos de acollida e acceso á vivenda. Un dos propósitos nas intervencións con este colectivo é evitar que abandonen os seus domicilios pero en ocasións é necesario.

Dentro da comunidade autónoma de Galicia, atópanse os centros de emerxencia cuxo labor é garantir aloxamento de forma urxente e de curta estancia á muller en situación de violencia ata que se lle confire a outro recurso máis apropiado. A porcentaxe de mulleres con trastorno



mental grave que fai uso dos recursos de acollida é considerable. Con todo, é necesario poñer o foco de atención en mulleres con TMG que sofren outras problemáticas como é a toxicomanía, as cales non teñen dispositivos habilitados para o aloxamento (García, 2017).

Da mesma forma, cabe destacar o Centro de Recuperación Integral de Violencia de Xénero, dependente da Secretaría Xeral de Igualdade da Xunta de Galicia, onde se ofrece unha atención integral para este colectivo de mulleres. A primeira vivenda tutelada en Galicia abriuse no ano 2019 en Burela, consta de 5 prazas e consiste nun servizo de aloxamento, manutención e atención integral a mulleres vítimas de violencia de xénero que ademais sofren enfermidade mental. Nela procúrase que antes de acabar o período de estancia máxima na vivenda, que é dun ano, poidan establecer o seu proxecto de vida (Saúde Mental A Mariña, 2022).

No referente ao emprego, a comunidade autónoma de Galicia ten programas de orientación e/ou formación para o emprego de mulleres que sufriron violencia e programas de subvencións a empresas para a contratación de vítimas de violencia machista. Na investigación elaborada por Alicia García destácase a unanimidade existente por parte das persoas responsables e técnicas en violencia en que os recursos de acollida para mulleres vítimas de violencia poidan dar atención a mulleres con trastorno mental grave pero estas deben atoparse estabilizadas e o recurso debe funcionar de forma coordinada coa rede de saúde mental.

García (2017) apunta a diversas posibilidades para adecuar os recursos contra a violencia ás mulleres con trastorno mental grave. Unha delas é crear un recurso especializado cun equipo multidisciplinar formado na devandita problemática, como é a vivenda tutelada en Burela. Por outra banda, que as organizacións sanitarias integradas que se coordinan cos servizos sociais teñan unha área onde o traballador ou a traballadora social atendan e coordinen as situacións de violencia. Por último, a autora suxire proporcionarlles aos recursos de acollida e aos recursos residenciais persoal dotado de formación para intervir con mulleres con TMG que sofren violencia.

É necesario recalcar que a proposta de crear un recurso especializado trae un debate consigo. Para moitos profesionais é máis apropiado adaptar os recursos sociais e sanitarios ás necesidades de todas as mulleres, incluíndo aquí as necesidades que teñen as mulleres con TMG. Debido a que, a creación dun centro específico perpetuaría e fomentaría o estigma xa existente (García, 2017).

En conclusión, para que as mulleres con trastorno mental grave que sofren violencia teñan unha atención integral e de calidade debe existir coordinación entre os servizos que atenden a mulleres vítimas de violencia e os recursos de saúde mental. Da mesma maneira, é necesaria a creación de ferramentas que ofrezan unha intervención apropiada a este colectivo tendo presente as particularidades de cada usuaria, como son a idade, etnia, orientación sexual, clase social, é dicir, dende unha perspectiva interseccional (García, 2017).



7. CONCLUSIÓNS

A principal achega da presente investigación bibliográfica é poñer o foco de atención na violencia que sofren as mulleres con trastorno mental grave, identificando o vínculo que relaciona a violencia e o trastorno mental. O 74,1% das mulleres con trastorno mental grave sufriron algún tipo de violencia tanto na parella como no ámbito familiar (Augado et al., 2013).

Dar a coñecer a función dos e das profesionais do traballo social e os recursos cos que contan para detectar e prever esta problemática é outro obxectivo da presente investigación. Os servizos sanitarios son recursos claves para identificación de situacións de malos tratos. De feito, a metade dos casos de violencia son detectados na rede de saúde mental (García, 2017). Canto máis grave é a situación de violencia maior é o número de casos detectados e, sendo a violencia psicolóxica e a física a máis detectada polos/as profesionais (González, 2011).

En futuras investigacións sería interesante estudar o peso que ten o trastorno mental grave na discriminación fronte a outro tipo de discapacidades. Da mesma forma que na presente investigación se tratan os recursos públicos cos que contan os e as profesionais do traballo social, tamén sería interesante coñecer as barreiras que se atopan no proceso de detección e prevención, saber de que maneira afecta a aplicación de políticas neoliberais e o recorte de recursos públicos.

Na elaboración desta investigación viuse a necesidade de mellorar os recursos de detección dos servizos de saúde mental e a necesidade de instauración dun protocolo que aborde a situación das mulleres con trastorno mental grave de forma periódica, para lograr detectar situacións de violencia cronicadas co tempo e tamén aquelas que se están a iniciar. Ademais da necesidade de recursos de detección tamén é conveniente investir no reforzamento de recursos específicos de intervención, como é a necesidade de aumentar as prazas da casa tutelada de Burela.

É importante que as persoas profesionais, tanto na rede de saúde mental como nos recursos contra a violencia cara á muller, reciban unha formación específica, no asesoramento na violencia, así como no manexo clínico dos trastornos mentais, para poder proporcionar unha intervención integral e de calidade, coordinada cos recursos sociais, sanitarios, xudiciais etc. As persoas profesionais do traballo social deben realizar unha abordaxe precoz ante indicios de malos tratos, fomentar o desenvolvemento de redes de apoio, axudar a mellorar as habilidades sociais da muller para que se vexa capacitada, con maior autonomía persoal e económica, para eliminar desta forma situacións de dependencia coa persoa que exerce a violencia.

A gravidade da realidade que viven as mulleres con enfermidade mental que sofren violencia está asociada á invisibilidade que padecen, como se reflicte no gran limitado número de estudos. É importante resaltar a escaseza de estudos que relacionan o trastorno mental e a violencia cara á muller, tanto a nivel estatal como internacional. Friedman (2007) realizou unha revisión sobre a bibliografía existente nas bases de datos máis importantes durante o intervalo de tempo entre 1996 e 2004 sobre a violencia de parella en enfermas mentais grave. Nesta revisión só atopou 17 artigos sobre o tema.



En conclusión, é posible afirmar que as mulleres con trastorno mental grave sofren máis violencia que as mulleres da poboación en xeral, sendo a violencia psicolóxica a máis frecuente. É necesario traballar coas mulleres en materia de prevención e detección desta problemática de maneira precoz e enfocarse no apoderamento destas para que non normalicen certas condutas que son realmente inadmisibles. Da mesma forma, o traballo e formación das persoas profesionais do traballo social é esencial para poder proporcionar unha intervención integral e de calidade que potencie a autonomía das mulleres con trastorno mental grave.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguado, F. G., Cases, J. C. G., López-Gironés, M. L., Zarco, D. O., Usaola, C. P., & Trincado, M. R. (2013). Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastorno mental grave. *Norte de Salud Mental*, 11(45), 23-32.
- Arce, G. M., & Larraín-Salas, D. (2019). Interseccionalidad y los programas sociales pro-integridad: lecturas críticas sobre intervención social. *Tabula Rasa*, (30), 153-170.
- Asociación contra la Violencia Doméstica de la Región de Murcia (2019). Guía de actuación en el ámbito de la salud mental y drogodependencia en violencia de género. Recuperado de <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-salud-mental-drogodependencia-violenciagenero.pdf>
- De Beauvoir, S. (1981). *El segundo sexo* (1949). Buenos Aires: Siglo XX.
- Cabrera, S. A., & Cruzado, L. (2014). Migración como factor de riesgo para la esquizofrenia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(2), 116-122.
- Caplan, G. (1993). *Aspectos preventivos en salud mental*. Ediciones Paidós.
- Gironza, L. S. C. (2019). La perspectiva de género como apuesta política en la intervención social de Trabajo Social. *Prospectiva: Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, (28), 1-23.
- Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Cataluña. (2005). Funciones del trabajador social en el campo de la salud mental. Recuperado de <https://manresa.tscat.cat/content/funciones-del-trabajador-social-en-el-campo-de-salud-mental>
- Confederación de Salud Mental en España. (2018) Guía formativa en Salud Mental. Recuperado de http://feafesgalicia.org/img/documentacion/guias/Guia_formativa_en_salud_mental.pdf
- Damonti, P. S. (2019). Exclusión social como factor de riesgo de violencia de género en la pareja. *Papers*, 2019, 104 (3), 485-523.
- Ducci, M. E. (2005). La salud mental de las mujeres. *Territoris*, 5, (5), 139.
- Elboj, C., & Eugenio, L. R. (2010). Trabajo social y prevención de la violencia de género. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 1(2), 220-233.
- Flores Fonseca, V. M. (2019). Mecanismos en la construcción del amor romántico. La ventana. *Revista de estudios de género*, 6(50), 282-305.
- Friedman, L. (2007). Incidencia y prevalencia de la violencia contra la mujer con trastorno mental grave. *Revista sobre la Salud de la Mujer*, 16(4), 471-480.
- García, A. (2017). Investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental. Recuperado de: http://www.fedeafes.org/wp-content/uploads/2017/12/Salud-Mental-mujer-violencia_2017_final.pdf



- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon and Schusser.
- Góngora, V. C., & Casullo, M. M. (2009). Factores protectores de la salud mental: Un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26(2), 183-205.
- González, J. (2011). *Violencia en la pareja hacia mujeres con trastorno mental grave* (Tese de posgrao). Universidade de Alcalá.
- Haraway, D. J. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza* (Vol. 28). Universitat de València.
- Martínez Larrea, J. A. (2015, April). Opiniones de los profesionales sanitarios acerca de la definición de trastorno mental grave. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 38, No. 1, pp. 145-148). Gobierno de Navarra. Departamento de Saúde.
- Laveda, E. M. F., Martínez, Á. F., & Antón, I. B. (2014). Histeria: Historia de la sexualidad femenina. *Cultura de los Cuidados*, (39), 63-70.
- Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. BOE, 313, do 28 de diciembre de 2004.
- López, M., Laviana, M., & López, A. (2009). Estigma social, violencia y personas con trastornos mentales graves. *Violencia y Salud Mental. Salud mental y violencia institucional, estructural, social y colectiva*. AEN, 187-207.
- López, S. (2020). La casa burelesa acogió el primer año a ocho mujeres con enfermedad mental. *El progreso*. Recuperado de: <https://www.elprogreso.es/articulo/a-marina/casa-burelesa-acogio-primer-ano-funcionamiento-mujeres-enfermedad-mental/202005202350571439541.html>
- Magallón Portolés, C. (2005). Epistemología y violencia. Aproximación a una visión integral sobre la violencia hacia las mujeres. *Feminismo/s*, n. 6 (dic. 2005); pp. 33-47.
- Mascayano, F., Castro, W., Poblete, C., y Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58.
- Méndez, R. R., Wraage, D. A., & Costa, M. A. (2012). Trabajo Social en el campo de la salud mental. La discusión sobre el diagnóstico. *PROSPECTIVA. Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, 407-435.
- Miguel, de, L.V. (2015). Macroencuesta de violencia contra la mujer. Recuperado de https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macro_encuesta2015.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Recuperado de <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>
- Olarte, E. T. (2018). La aplicación del enfoque de género en trabajo social: debilidades y fortalezas. *Ehquidad*, (10), 141-154.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). International Classification of Diseases 11th Revision. Recuperado de <https://www.who.int/classifications/icd/en/>
- Ortiz-Guzmán, J., Ibarra-Alcantar, C., Alvarado-Cruz, J., Graciano-Morales, H., y Jiménez-Genchi, A. (2018). Características clínicas de mujeres con depresión mayor que sufrieron abuso sexual en la infancia. *Gaceta Médica México*, 154(3), 295-301.
- Parra, J., Peña, R. M., Carrillo, P., & Moreno, G. (2006). Clase-categoría: una operacionalización del concepto marxista de clase social. *Revista de Ciencias Sociales*, 12(2), 319



- Peláez, D. R. (2007). La cárcel en nuestro propio cuerpo: Los trastornos alimentarios y la “histeria” como elementos de transgresión y vehículo para expresar la subjetividad femenina a lo largo de la historia y la literatura: siglos XVII, XVIII y XIX. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (6), 678-695.
- Persis, R., (marzo-abril, 2009). Patriarcado, ¿Organización ya superada? Origen de la violencia machista?. *Crítica*, 59(960), 18-20.
- Ramírez, H., y Gómez, C. (2007). La intervención del Trabajo Social en la prevención de la violencia contra las mujeres. *Teoría y pensamiento feminista*, 9, 89-103.
- Redero, H., y San Miguel del Hoyo, B. (2002). Comprender la violencia, prevenir la violencia: retos para el trabajo social. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 10, 119-137.
- Romero, A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de trabajo social*, 23, 289-300.
- Ruiz, M., y Jiménez, I. (2003). Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, 3(1), 7-29.
- Santana-Hernández, J. (2010). La formación para el Trabajo Social en contextos de desigualdad de género y violencia contra las mujeres. *Portularia*, 10(2),91-99.
- Saúde Mental A Mariña (2022) Vivenda tutelada para mulleres vítimas de violencia de xénero con enfermidade mental. *Adaoemam*.
- Trullenque, G. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de trabajo social*, 23, 333-352.
- Vicente, S. (2009). Derecho a una vida libre de violencia. *Crítica*, 960, 21-26.
- Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate feminista*, 52, 1-17.





ABUSOS SEXUAIS NA INFANCIA. UNHA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA A TRAVÉS DA EXPERIENCIA DAS VÍTIMAS

Rúa Rodríguez, María Socorro

Traballadora social

socoruarodriguez@gmail.com

Este artigo está baseado no traballo fin de grao de Traballo Social da UVigo, que presentou a autora coa titoría de Antonio González Fernández, en xuño do 2016.

RESUMO

Os abusos sexuais na infancia (ASI) son un grave problema da nosa sociedade. Non son feitos illados senón un problema universal e complexo con consecuencias moi importantes a curto e longo prazo. Nas últimas décadas numerosas investigacións a nivel nacional e internacional favoreceron o avance no estudo deste problema e espérase unha maior sensibilidade social ao respecto. As/os profesionais do traballo social podemos achegar moito ante esta problemática, na prevención, detección precoz e ante a revelación do abuso, pero para iso resulta imprescindible unha formación especializada nesta materia. Consideramos de gran valía para espertar esta necesaria sensibilización a testemuña de cinco superviventes de ASI e coñecer a importante repercusión que este fenómeno tivo nas súas vidas, cunha análise da experiencia, das reaccións e consecuencias ante o abuso, así como das carencias de apoio social que experimentaron.

PALABRAS CLAVE

Abuso sexual, infancia, vítimas, consecuencias, detección



RESUMEN

Los abusos sexuales en la infancia (ASI) son un grave problema de nuestra sociedad. No son hechos aislados sino un problema universal y complejo con consecuencias muy importantes a corto y largo plazo. En las últimas décadas numerosas investigaciones a nivel nacional e internacional favorecieron el avance en el estudio de este problema despertándose una mayor sensibilidad social al respecto. Las/los profesionales del trabajo social podemos aportar mucho ante esta problemática, en la prevención, detección precoz y ante la revelación del abuso, pero para ello resulta imprescindible una formación especializada en esta materia. Consideramos de gran valía para despertar esta necesaria sensibilización el testimonio de cinco supervivientes de ASI y conocer la importante repercusión que este fenómeno tuvo en sus vidas, con un análisis de la experiencia, de las reacciones y consecuencias ante el abuso, así como de las carencias de apoyo social que experimentaron.

PALABRAS CLAVE

Abuso sexual, infancia, víctimas, consecuencias, detección

ABSTRACT

Sexual abuses in childhood are a serious problem in our society. These are not isolated events but a universal and complex problem with very important consequences in the short and long term. In recent decades, numerous investigations at a national and international level have promoted the advance in the study of this problem and which in turn have created a greater social sensitivity. Social work professionals can contribute a lot to resolving this problem with prevention, early detection and to the exposing of the abuse. It is essential to raise awareness and having specialized training in this area. We consider it of great value to raise the necessary awareness amongst professionals, document the testimony of five survivors of child sexual abuse and know the significant impact that this phenomenon has had on their lives and the lack of social support that they have experienced.

KEYWORDS

Sexual abuse, children, victims, consequences, detection



INTRODUCCIÓN

O abuso sexual infantil (en diante ASI) é un fenómeno frecuente tradicionalmente oculto que se produce en todos os países onde foi estudado rigorosamente (OMS, 2014).

Estes abusos, que se presentaron sempre na historia da humanidade, só empezaron a considerarse como un problema social cando se recoñeceu o seu impacto e as consecuencias negativas que teñen na vida e no desenvolvemento das vítimas, e considéranse os menores como suxeitos de dereitos. A protección á infancia fronte a todas as formas de violencia, como o abuso e explotación sexual, é un dereito recollido no artigo 19 da Convención sobre os dereitos do neno, adoptada pola Asemblea Xeral das Nacións Unidas o 20 de novembro de 1989.

Trátase dunha forma activa de maltrato infantil que vai máis alá de nacionalidades, culturas ou clases sociais. Segundo Save the Children (Orjuela e Rodríguez, 2012) o ASI é unha das formas máis graves de violencia contra a infancia e ten efectos devastadores na súa vida.

Os estudos confirman que se trata dun problema moito máis estendido do previamente estimado que afecta a un gran número de vítimas. O Consello de Europa, na súa campaña “UN de cada CINCO” (Lalor e McElvaney, 2010) de prevención da violencia sexual contra nenos, nenas e adolescentes, estima que un de cada cinco menores sofre algún tipo de violencia sexual en Europa, cifra coincidente con países non europeos.

A nivel estatal só existe un estudo sobre os ASI, realizado por López (1996). A fonte de información foron 2.000 persoas adultas elixidas de forma aleatoria nas distintas comunidades autónomas de España, cun número de suxeitos proporcional ao número de habitantes. Os resultados indicaron que un 19 % dos adultos enquisados dixeron que foron vítimas de ASI antes dos 17 anos. Esta frecuencia foi similar á encontrada en países anglosaxóns e á atopada nese mesmo estudo nas distintas comunidades autónomas. Por sexos, o 15,2 % dos homes e o 22,5 % das mulleres manifestaron ter vivido este tipo de relacións abusivas. Destaca que no 44 % dos casos os abusos se repetiron.

Pereda e Forns (2007) constatan estes resultados nun estudo realizado con 1.033 estudantes da Universidade de Barcelona, de 18 a 35 anos, do ano académico 2001/02, diferenciando os ASI antes e despois dos 13 anos. Os resultados foron similares aos de López (1996). Un 15.5 % de homes e un 19 % de mulleres declararon ter sido vítimas de ASI con contacto físico antes dos 18 anos.

Orjuela e Rodríguez (2012) indican unha serie de factores que inciden nas consecuencias da violencia sexual sobre menores:

- A relación entre menor e o agresor. A maior proximidade e confianza, maior serán os efectos nos sentimentos, pensamentos e relacións sociais.
- A idade cando ocorre o abuso. A menor idade, maior pode ser o dano.
- A duración do abuso. Canto máis prolongado sexa o abuso no tempo, maiores poderán ser as consecuencias na vida e desenvolvemento dos menores.
- O tipo de abuso pode xerar un maior dano físico ou dano psicolóxico.





- O sexo da vítima. O risco de embarazos non desexados nas nenas ten outro tipo de consecuencias, ou a estigmatización que poden sufrir nenos vítimas de abuso sexual, podería incidir nunha menor denuncia e maior desprotección.
- A resposta e as reaccións da contorna familiar, social, institucional e xudicial fronte a revelación e denuncia do ASI.
- O uso da violencia física, incrementando o sentimento de terror e xerando maiores niveis de ansiedade.
- A resiliencia da/o nena/o, coa súa única e particular maneira de responder ás situacións traumáticas en función das propias características da personalidade, historias de vida, habilidades persoais e sociais.

Pereda (Pereda, 2010a, b; Pereda y Gallardo-Pujol, 2011) realiza unha revisións de publicacións, en inglés e español, centradas nas consecuencias a longo prazo dos ASI, a nivel físico, psicolóxico e neurolóxico, elaborando tres informes sobre as súas conclusións.

A) Consecuencias físicas

Afirma que estas son menos frecuentes, moi variables e, en ocasións, compatibles con outras lesións non relacionadas co abuso sexual. Porén, algunhas vítimas si presentan lesións xenitais e anais, que son claros indicadores do abuso. En moitos casos estes indicadores son só visibles durante un breve período de tempo tras o abuso. Encontran unha relación moi significativa entre a experiencia sexual infantil e un peor estado de saúde en xeral, que se manifesta en dores físicas inxustificadas, fatiga crónica, somatizacións, maior risco de trastornos cardiovasculares, trastornos xinecolóxicos, especialmente dolores pélvicas crónicas, alteracións do ciclo menstrual ou inicio significativamente adiantado da menopausa. Refíren tamén condutas autolesivas, que poden ir acompañadas ou non con ideas ou intentos suicidas, e trastornos da conduta alimentaria, como obesidade, anorexia e bulimia.

B) Consecuencias psicolóxicas

Os resultados confirman a grave sintomatoloxía que as vítimas poden presentar e a súa extensión ao longo do ciclo evolutivo, e afirma a necesidade de que as/os profesionais sexan capaces de detectar estas problemáticas para poder intervir de forma adecuada.

Pereda estrutura 5 tipoloxías da análise.

- **Problemas emocionais:** trastorno depresivo e bipolar, síntomas e trastornos de ansiedade, trastorno por estrés postraumático, baixa autoestima, alexitimia, trastorno límite da personalidade, condutas autodestrutivas, ideación e conduta suicida e autolesións.
- **Problemas de relación:** illamento e ansiedade social, dificultades na relación de parella, dificultade na crianza dos/as fillos/as.
- **Problemas de conduta e adaptación:** hostilidade, trastornos de conduta.





- **Problemas funcionais:** trastornos da conduta alimentaria, dolores físicas, trastornos de conversión, crises compulsivas epilépticas, trastorno dissociativo, trastorno de somatización, desordes xinecolóxicas, abuso de substancias.
- **Problemas sexuais:** sexualidade insatisfactoria e disfuncional, condutas de risco sexual, maternidade temperá, prostitución, revitimación.

C) Consecuencias neurobiolóxicas

Os resultados suxiren que a experiencia de estrés nun período crítico do desenvolvemento do individuo como é a infancia, pode supor cambios neurobiolóxicos permanentes ou moi duradeiros que incrementan a posibilidade de desenvolver trastornos do estado anímico e de ansiedade. Pode comportar disfuncións e lesións duradeiras no eixe hipotalámico-hipofisarioadrenal que poden implicar dificultades para autorregular os seus estados afectivos e controlar a súa conduta, maior risco de desenvolver determinados trastornos psiquiátricos, tales como ansiedade, depresión e trastornos de estrés postraumático. Por outro lado, os autores refiren alteracións estruturais (maior volume do hipocampo, menor volume da amígdala, asimetría do lóbulo frontal), alteracións funcionais destas estruturas (de como se relacionan entre elas) e alteracións neuropsicolóxicas (afectación de procesos básicos como a memoria, a atención ou a concentración).

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

O obxectivo xeral do traballo é realizar un achegamento á problemática dos abusos sexuais na infancia a través do relato das vítimas.

Contouse coa participación de cinco mulleres adultas, vítimas de ASI, das que se acordou omitir calquera dato identificativo. As idades no momento do inicio do estudo situábanse entre os 27 e os 47 anos. A idade na que sufriron por primeira vez a experiencia abusiva localízase entre 1 e 10 anos.

Coa finalidade de garantir o anonimato, a identificación dos suxeitos participantes realízase mediante a letra S seguida dun número, asignado por orde de recepción das entrevistas ou cuestionarios de preguntas abertas. Non participou ningún varón ao non dispor dunha mostra con esta variable.

1. METODOLOXÍA DA INVESTIGACIÓN

Para levar a cabo esta investigación eliximos unha metodoloxía cualitativa, que ten como principal obxectivo a descrición das calidades dun fenómeno, neste caso o abuso sexual na infancia e as súas consecuencias a longo prazo. Trátase dunha investigación pragmática, interpretativa, e baseada na experiencia das persoas (Marshall e Rossman, 1999, citado por Vasilachis, 2006) no que se privilexia as súas palabras e comportamentos e buscan descubrir a perspectiva dos participantes sobre o seu propio mundo.





Deseñouse un instrumento para a recollida da información que poderíamos denominar cuestionario de preguntas abertas ou entrevista semiestruturada. As preguntas foron formuladas dun xeito aberto, invitando á reflexión e a transmitir a súa experiencia libremente, sen esquemas ríxidos.

Debido á delicada temática obxecto desta investigación buscouse ante todo garantir o anonimato das vítimas e asegurar un espazo de intimidade. Procurouse que con tranquilidade puidesen afondar e estenderse nas súas respostas, en función das circunstancias persoais e emocionais, que reflexionaran na súa propia historia e conectaran cos seus sentimentos, apoiándose nas preguntas abertas e, deste xeito, escribieran con total liberdade sobre a súa experiencia de abuso. Considerando isto, acordouse remitir por correo electrónico a entrevista, sen data límite para a súa realización, mantendo o contacto preciso coas participantes para resolver dúbidas na formulación das preguntas ou tratar dificultades emocionais xurdidas para enfrontar o tema. Remitírona nun prazo medio de dous meses, manifestaron o grande esforzo emocional que lles supuxo a elaboración do relato e preferiron nalgúns casos manter silencio en apartados concretos do cuestionario.

2. RESULTADOS

A información recollida nas entrevistas foi analizada e organizada segundo as categorías e subcategorías que aparecen detalladas na **táboa 1**.

Táboa 1.

Categorías e subcategorías para a análise de datos da investigación.

2.1 Descrición da experiencia	2.1.1 Idade no momento do abuso
	2.1.2 Frecuencia do abuso
	2.1.3 Duración do abuso
	2.1.4 Relación co abusador
	2.1.5 Tipo de abusos
2.2 Reacción ante o abuso	2.2.1 Revelación do abuso
	2.2.2 Reacción do contorno ante a revelación
	2.2.3 O segredo
	2.2.4 Idade de toma de consciencia do abuso
	2.2.5 Cambios na percepción da experiencia abusiva
	2.2.6 Recursos de axuda
2.3 Consecuencias do abuso	2.3.1 As emocións: do noxo á culpa
	2.3.2 O illamento: silencios e desvelos
	2.3.3 A pegada do recordo que non cesa





2.1. Descrición da experiencia

Procedemos a analizar as seguintes cinco subcategorías:

2.1.1 Idade no momento do abuso

O comezo dos abusos produciuse en todos os casos a idades moi temperás, incluso hai quen menciona un ano de idade, oscilando ata os 10 anos.

“ Comezaron cando tiña 10 anos, aínda antes diso recordo algunha experiencia desagradable. Os abusos cometéronse contra min e outra persoa de 8 anos. **(S.1)**

Antes de cumprir o ano de idade. Está constatado por informes médicos e psiquiátricos. **(S.2)**

Comezaron sobre os 10 anos. **(S.3)**

Aos 7 anos. **(S.4)**

O primeiro recordo que teño é con 5-6 ano. **(S.5)**

”

2.1.2 Frecuencia do abuso

A frecuencia dos abusos está directamente relacionado co tipo de abusador, en función da facilidade para acceder á vítima. No caso dos abusos intrafamiliares, onde existe unha convivencia co abusador, a periodicidade era case diaria. Os abusos no contorno escolar ocorreron de luns a venres en período lectivo. No contorno veciñal producíronse durante os veráns de xeito continuo e eventualmente o resto do ano. Dúas entrevistadas presentan dificultades para recordar ou prefiren non responder.

“ Os abusos eran continuos no verán, e eventuais durante o resto do ano. **(S.1)**

Os abusos repetíronse con frecuencia case diaria. **(S.2)**

A frecuencia variaba pouco, variaba máis a intensidade dos abusos, pero practicamente de luns a venres había sempre algún momento diario aínda que fose moi breve. **(S.3)**

Non recordo exactamente cada canto se repetían, cada semana polo menos creo. **(S.4)**

”





2.1.3 Duración do abuso

Todas as vítimas sufriron abusos sexuais durante moitos anos (seis, sete, once, dezasete e vinte e un anos), agravando esta situación a alta frecuencia e as curtas idades antes referidas. Algunhas vítimas refiren que só cando abandonaron a casa puideron escapar da situación de abuso, ou cando deixaron os estudos, única forma de fuxir do agresor.

“ Os abusos cesaron cando eu tiña uns 17 anos. **(S.1)**

Cesaron cando marchei de casa dos meu pais con 22 anos. **(S.2)**

Repetíronse ao longo duns 5 ou 6 anos aproximadamente, ata que deixei o instituto. **(S.3)**

Duraron ata os 18 anos que nos fomos a miña nai mais eu da casa na que vivíamos con el. **(S.4)**

Desde os 5-6 anos ata os 23. Intercalando malos tratos físicos, psicolóxicos e sexuais. **(S.5)**

”

2.1.4 Relación co abusador

Preséntase unha maior porcentaxe de abusos de tipo intrafamiliar, nos que o abusador é o pai, en dous casos, ou a parella da nai, nun caso. Os outros enmárcanse dentro dos abusadores extrafamiliares, pertencentes a un contorno coñecido, veciñal e escolar. Nalgúns casos refiren abusos por redes de pederastas, con abusadores dos dous sexos, aínda que principalmente masculinos.

“ Non existía unha relación directa, pero tampouco pode dicirse que fora un completo descoñecido. Esta persoa non coñecía os meus pais, pero si tiña unha relación de amizade cos pais da outra persoa abusada. **(S.1)**

O abusador principal foi o meu pai. Despois vendíame a pederastas soltos e en redes de pederastas. Nestas últimas fun abusada tanto por homes como por mulleres, pero principalmente homes. **(S.2)**

O abusador era un home, un traballador do colexio e instituto ao que asistía. **(S.3)**

Era a parella da miña nai. Coñecino cando tiña 7 anos e nos fomos a vivir con el cando tiña 9. **(S.4)**

Era o meu proxenitor (masculino). **(S.5)**

”





2.1.5 Tipo de abusos

En todos os casos decláranse abusos que constituíron agresións sexuais con contacto físico e, en dous deles, situacións de explotación sexual infantil. Manifestan gravacións en vídeo e fotografías, menciónanse orxías de pederastas, embarazos dunha vítima, e incluso o asasinato dun menor. Destacar que a pesar do tempo transcorrido, algunha participante menciona o temor a ser identificada, ser obxecto de burlas ou ser responsabilizada dos feitos abusivos vividos, polo que prefire non dar máis información.

“ *Todo tipo de abuso sexual, incluídos penetración, tocamientos, e outras cousas, ademais de gravarnos en vídeo durante o acto sexual (...) Non quero estenderme demasiado neste punto porque, aínda a día de hoxe, teño medo de explicar o que me fixeron e que alguén puidera burlarse de min ou pensar que o merecía. Ou identificarme. (S.1)*

Os abusos incluíron penetracións por todos os orificios do corpo por onde é posible facelo. A primeira sodomización case me custa a vida. Tamén vin asasinar a unha nena nas orxías de pederastas. Con 10 anos din a luz unhas xemelgas que me quitaron. (S.2)

Foron con contacto físico, tocamientos de peitos e xenitais, penetración oral e vaginal. (S.3)

Case sempre con contacto físico. Eu masturbábao a el ou el a min, dábame masaxes por todo o corpo, fregaba o seu pene polos meus peitos, felación, cunnilingus, contacto xenital, normalmente non intentaba penetrarme(...) alugaba unha película pornográfica, poñíaa despois de cear e quería probar posturas que saían nela. (S.4)

A todos os niveis. Cheguei a revivir penetracións, rozamentos, caricias; gustáballe facerme fotos, e, de adolescente ata que me fun, 'animábame' a ir en biquini pola casa. (S.5) ”

2.2 Reacción ante o abuso

Esta categoría fraccionouse en 6 subcategorías:

2.2.1 Revelación do abuso

En xeral as vítimas preferiron manter silencio. Ocultaron os feitos que estaban acontecendo por sentimentos de medo, vergoña, culpa e chantaxe ou ameazas. Algunha vítima recorda que se limitaba a sobrevivir, ata que pediu axuda na adolescencia a familiares e institucións (escolar e servizos sociais), sen que ninguén a crera. Nos casos nos que pediron axuda a resposta foi moi negativa, con incredulidade e culpabilización, como se verá na seguinte subcategoría.





“ Decidín contarlle á xente que debería ter feito algo para paralos. **(S.1)**

*Durante moito tempo oculteino, primeiro porque descoñecía que aquela situación requirise de atención, e tras pedir axuda volvíñ calar posto que non me sentía merecedora de axuda, ademais de sentirme terriblemente avergoñada. Tanto antes como despois, se algo houbo que me freaba tamén a falar, a contar a miña historia, ademais da vergoña, era o medo. El adoitaba chantaxear e ameazar. Normalmente iso era bastante efectivo. **(S.1)***

*Falei coa miña nai cando nena e culpoume do sucedido. **(S.2)***

*Durante a situación eu mantiven un silencio absoluto. Tiña unha compañeira que algo extraño viu ou notou e falou cunha profesora, a de Matemáticas, sen dicirme nada. Nunca souben que lle dixera, distancieime dela máis do que xa estaba por medo a que soubese o meu segredo. **(S.3)***

*Conteillo a dúas persoas mentres duraron os ASI, aínda que ningunha das dúas estaba capacitada para axudarme nese momento (...) Intentei pedir axuda a unha psicóloga á que ía a miña curmá (...) só alcancei a susurrarlle que sempre sentía un nó no peito, contestoume que volvera outro día e podíamos falar, pero era bastante nena aínda e non souben como volver. **(S.4)***

*Non o falei con ninguén. Limitábame a sobrevivir. Xa na adolescencia, si falei dos malos tratos físicos e psicolóxicos, á psicopedagoga do instituto e en servizos sociais pero ninguén me creu. A miña familia paterna estaba ben situada na cidade, pola súa profesión. **(S.5)***

”

2.2.2 Reacción do contorno ante a revelación

A reacción do contorno tras a revelación do abuso foi moi negativa creando nas vítimas un sentimento de abandono, desprotección e culpabilización, por parte de quen esperaban unha resposta de apoio, tanto na contorna familiar como na escolar. Cumpriuse así o prognóstico do abusador dunha das vítimas, afirmando que ninguén lle axudaría. Algunha menciona que nunca revelou o abuso para non incrementar os problemas no contorno familiar. En canto a desprotección, diversos autores consideran que unha inadecuada resposta do contorno supón un maior impacto traumático que o propio abuso. No referido á culpabilización indican que calquera intervención con vítimas debería dirixirse principalmente a paliar o sentimento de culpa, pola importante sintomatoloxía postraumática que se lle relaciona. Porén, percíbese como un sentimento común nas vítimas entrevistadas.

“ Non fixeron nada, polo contrario, sentínme terriblemente abandonada golpeándome na miña mente o pensamento de: ‘el levaba razón, ninguén nos axudará xamais’ que cheguei a pensar que (...) era porque realmente non merecíamos esa axuda. Ou porque quizás era

”





“ algo normal. Ou, como nos dicía o abusador, merecíamos aquilo que nos estaba pasando. En ningún momento me sentín comprendida, senón máis ben desprazada, baleira, soa. Sentía que non tiña dereito a ser unha nena feliz. Nin a ter unha adolescencia como os demais. Ademais, cheguei a pensar que todo o que nos estaba pasando era unicamente culpa nosa. **(S.1)**

*Tu ías buscar o teu pai' palabras textuais dela (...) Cando finalmente enfrontei á miña familia polo sucedido, a consecuencia foi a miña expulsión do grupo familiar. Ademais dunha constante desacreditación da miña persoa no lugar onde resido. Para elas a premisa é que ninguén me crea e as poida sinalar como responsables. **(S.2)***

*Recordo a rabia coa que me falou a profesora, recriminándome o feito de terlle contado mentiras á miña compañeira, e aclarándome que se eu falaba con ese señor o normal é que el me prestase atención, se non quería que me falase que non me acercase. **(S.3)***

*Sentía que xa había un ambiente tenso pola separación dos meus pais e despois polo alcoholismo do meu pai e a depresión da miña nai, tiña medo do que podía pasar e tamén estaba avergoñada de ter relacións sexuais coa parella da miña nai, non quería causar máis problemas. **(S.4)***

*As consecuencias (...) foron nefastas. Fun castigada por el, a súa nai e irmá por falar, pero de xeito que non se notou a simple vista. **(S.5)***

”

2.2.3 O segredo

A culpa, o medo, a vergoña, a chantaxe e as ameazas, non querer acrecentar os problemas familiares, son as causas polas que as vítimas gardaron silencio. Dalgún xeito, os adultos que debían achegar protección non foron merecedores da confianza precisa ou, noutros casos, a figura de protección converteuse na agresora, ante a falta de resposta do outro proxenitor. Os seus mundos eran lugares perigosos e elas seres vulnerables e impotentes.

“ Tanto antes como despois, se algo houbo que me freaba tamén a falar, ademais da vergoña, era o medo. El adoitaba chantaxear e ameazar. Normalmente iso era bastante efectivo. Dalgunha maneira creo que pasei por diversas etapas nas que algún sentimento me impedía pedir axuda. Incluso agora, sigo pasando por diferentes etapas: medo, vergoña, culpa... fundamentalmente. **(S.1)**

*O meu pai ameazárame con matarme de fame a min, a miña nai e ás miñas irmás. **(S.2)***

*Non sei en que momento exacto me dei conta do que pasaba pero de repente sentínme cómplice, non vítima, de algo repugnante. **(S.3)***

”





Non quería causar máis problemas. Estaba aferrada a ocultarlle os abusos á miña familia e finxía ser unha nena feliz. (S.4)

2.2.4 Idade de toma de consciencia do abuso

As persoas entrevistadas manifestan a dificultade de sentirse unha vítima do abuso, máis ben cargan coa culpabilidade ou responsabilidade do suceso traumático. Pasan por etapas de esquecemento ou evitación. É, logo de varios anos sufrindo o abuso, ou tras a súa finalización, cando toman unha verdadeira percepción da gravidade do ASI, da intensidade do malestar e as consecuencias traumáticas da experiencia.



Durante os primeiros 2-3 anos pensaba que era unha etapa que todo neno debía atravesar, e aínda que non me gustaba resignábame porque tiña a firme convicción de que iso era o que debía facer (...) Logo (...) empecei a sentirme contrariada, sentíame culpable de todo o que estaba pasando, empezaba a ser consciente de que todo aquilo non era normal, pero non terminaba de entender o que estaba ocorrendo, nin por que ninguén fora capaz de axudarme (...) Despois, terminados os abusos, tiven unha etapa na que non era consciente de que abusaran de min aínda que recordaba aqueles abusos. Simplemente non pensaba niso (...) non lle prestaba máis atención que a calquera outro recordo da miña infancia. (S.1)

Tiven conciencia a partir dos 34 anos en que comecei a recordar o vivido. (S.2)

A consciencia de vítima tivena xa de adulta, fará uns catro anos. (S.3)

Arredor dos 11 ou 12 anos. (S.4)

Desde ben pequena era consciente do horror no que vivía (...) pero ata que non saín dese inferno non tiven o meu primeiro flashback relacionado con abusos sexuais infantís. Foi con 23 anos. (S.5)



2.2.5 Cambios na percepción da experiencia abusiva

Refírense que as experiencias de ASI foron reprimidas, esquecidas ou minimizadas inicialmente para logo retornar a elas con forza, como algo terriblemente negativo e moi doloroso, comprendendo a grave situación de indefensión e desamparo na que se viron inmersas. Deben aceptar a súa situación de desprotección, oportunidades perdidas mentres se ocupaban de sobrevivir, lamentar un pasado e condoerse polo presente, por un dano que agora é preciso reparar para crear un futuro no que recuperar as súas ambicións e ilusións.





“

Tras algún ano en standby os recordos volveron con forza, esta vez para quedar como algo terriblemente negativo. E aínda que non fun consciente de todas as secuelas que os abusos me deixaran (...)era consciente de que abusaran de min (...)Durante moito tempo tentei mantelo adormecido, pero finalmente saíu. Sempre termina saíndo. Iso me dixeron.

(S.1)

Comecei a recordar o vivido. Foi un proceso durísimo e moi doloroso no que tiven que encaixar abusos a unha idade moi temperá, múltiples abusadores, que estiveron moi preto de morrer polos abusos, un embarazo sendo unha nena e que me roubaran os meus bebés, e o absoluto desamparo no que crecín e que permitiu que todo isto sucedera.

(S.2)

Comprendín que calquera neno, e iso incluíame a min aínda que me custase recoñecelo, estaba sempre á mercé dun adulto e que eses mesmos sentimentos de responsabilidade dos abusos os tiñan outras persoas que pasaran polo mesmo ca min e non entendía como podían sentirse culpables das atrocidades que lles tiñan feito.

(S.3)

Pode que fora arredor dos 11 ou 12 anos, cando na miña mente estaba bastante definido que o que el me facía non estaba ben e que non tiña que facelo se eu non quería. Foi por entón cando me neguei a facer nada con el por primeira vez, aínda que acabou atopando a forma de que eu acabara accedendo, con ameazas, chantaxes ou subornos.

(S.4)

Ata que non saín dese inferno non tiven o meu primeiro flashback relacionado con ASI. Seguiron moitos máis flashes, pero non quería/podía aceptar iso tamén. Aínda dixería os malos tratos físicos e psicolóxicos. Empecei a ser consciente do que realmente tiña sucedido unido a todo o demais, no momento en que empecei a aceptalo.

(S.5)

”

2.2.6 Recursos de axuda

As vítimas relatan a falta de recursos públicos. O único caso que tivo acceso a un servizo especializado, unha unidade de Trauma, foi limitado no tempo. Unha das vítimas accedeu a unha asociación especializada en ASI e malos tratos, con resultados pouco satisfactorios debido aos cambios habituais de profesional, o que impediu a necesaria confianza. Foi no seu centro de estudos onde lle brindaron axuda, coa implicación de profesorado, un amigo e unha psicóloga. As demais buscaron axuda en recursos privados, o que implica unha dispoñibilidade económica, e as dificultades de atopar terapeuta adecuado. Destacan o beneficio encontrado na relación con outras vítimas, o que lles facilitou identificarse como supervivente de ASI, e comprender a falta de responsabilidade dunha situación non buscada.





“

Finalmente busquei axuda nunha asociación especializada en abusos e maltrato, onde pasei por diferentes etapas. Os cambios de psicóloga eran continuos, polo que nunca podía chegar a confiar totalmente (...) Comecei a empeorar en todos os aspectos da miña vida, empecei a suspender, tiña moitos ataques de pánico, pesadelos, flashbacks, e unha forte síndrome de Estocolmo. Foi entón cando me brindaron axuda no meu lugar de estudo, puxeron moito esforzo e entre algúns profesores, un grande amigo e a psicóloga de alí estiveron a me tentar axudar (...) Un dos apoios máis importantes foi o das propias vítimas de abusos e o dun amigo que decidiu apoiarme até o final, a pesar das dificultades que se presentaban. **(S.1)**

O segundo psiquiatra xamais me nomeou a palabra abuso. Diagnosticoume trastorno borderline e despois dunha conversación cos meus pais, estes decidiron suspender a terapia de súpeto (...) Forogam permitíume entender o vivido desde unha perspectiva máis ampla. Puiden empezar a esbozar patróns de comportamento e sentimentos en abusadores, abusados e familia. Esta mirada suscitou o meu interese e comecei a estudar todo o que atopei en psicoloxía e psiquiatría que tivese relación coa miña experiencia. **(S.2)**

... un foro de axuda mutua a sobreviventes de ASI onde atopei o meu lugar a salvo, alí sentíame máis segura, podía expresar o que sentía e atopar apoio e agarimo. Lía escritos doutras persoas do foro que podía escribir eu perfectamente, e iso achegábame a sensación de non estar soa nesta loita (...) Busquei axuda psicolóxica e estiven con varios profesionais, unhas axudáronme máis que outras pero todas achegáronme algunha estratexia para ir facendo e limpando o meu camiño (...) Tamén participei nun grupo de apoio dunha unidade de trauma. Estas situacións axudáronme, e con elas conseguín dotarme das habilidades necesarias para facer fronte ás consecuencias dos abusos e que non limiten aspectos da miña vida. **(S.3)**

Empecei a ir a unha psicóloga fai uns 4 anos (...) Non estou segura de se me axudou ou non. Estes últimos anos aprendín a coidar máis o meu aspecto físico, tentei ir adaptándome á miña contorna de traballo, a socializar máis, a ser máis comunicativa... Pero no fondo sigo sentíndome soa, illada e inadaptaada gran parte do tempo, insatisfeita, triste e infeliz (...) Sigo buscando alguén que sinta que me poida axudar. **(S.4)**

Durante estes últimos 13 anos acudín a diferentes psicólogos. Actualmente sigo en tratamento cunha psicóloga clínica privada. **(S.5)**

”

2.3 Consecuencias do abuso

O S.4 non responde a ningunha das subcategorías deste apartado. O S.5 non responde o primeiro bloque.





2.3.1 As emocións: do noxo á culpa

Medo, noxo, culpa, desconfianza, angustia, ansiedade, desprotección, son emocións e sentimentos comúns nas vítimas. Algunhas manifestan que deixaron de confiar nas súas posibilidades, non se sentiron merecedoras de axuda e presentaron desconexións das sensacións corporais e desordes alimentarias. A sensación de desamparo é máis un feito que unha sensación para unha das participantes. No abuso a menores a capacidade para dicir non e fixar límites queda danada. Se habitualmente os seus límites son violados, a seguridade en si mesma non se vai adquirir polo feito de facerse adulta ou fuxir do lugar da agresión, sen un traballo previo para recuperar un poder que antes non lle deixaron acadar.

“ Síntome avergoñada do que me obrigaron a facer. Síntome sucia. Avergoñada por permitir que me fixesen todo iso.

Medo constantemente (...) Cheiros, xestos, situacións, ás veces fanme mesmo tremer. A miúdo cando me duchaba rascábame coa esponxa tentando quitarme esa sucidade, ese noxo, xeralmente sen éxito.

...sempre me sentín terriblemente desprotexida.

Cústame moito crer nas boas intencións da xente, posto que esas eran as intencións que tiña o meu abusador cando o coñecín.

Tiven tremendos ataques de ansiedade, pánico e ira. Ás veces eran terribles, perdía o coñecemento. Deixei de confiar nas miñas posibilidades, e comecei a crer que non merecía nada bo na miña vida. (S.1)

Durante moitos anos sentínme culpable, sobre todo pola miña nai, coma se fixese algo malo. Ela non me cría cando eu lle dicía que non tiña a culpa.

Medo... Pero segue habendo cousas que me paralizan de terror.

Noxo cara a min mesma tamén, coma se fose portadora dunha enfermidade contaxiosa. Durante moitos anos estiven completamente desconectada das sensacións corporais.

Desconfianza: síntoa cara aos homes e cara á xente en xeral.(...) Iso conducíume en moitas ocasións ao illamento.

A angustia aínda a sinto.

Desordes alimentarias... o meu pai ameazábame con matarnos de fame. Nunca desenvolvin bulimia ou anorexia pero doulle un valor sentimental á comida inusual. Sensación de desamparo (...) non era unha sensación (...) era un FEITO. Un feito atroz do que era plenamente consciente. (S.2)

”





“ Sentín todos en maior ou menor medida, destacaría a culpa, o noxo e unha profunda rabia dirixidos cara a min mesma; a ansiedade, a sensación de desprotección e desconfianza reflectida na necesidade de ter que defenderme de todo aquel que se achegase con boas intencións. Tamén tiven anorexia nerviosa que comezou na etapa última dos abusos, sentía unha mestura dun odio extremo cara ao meu corpo e unha sensación de control sobre el, eu non era capaz de controlar o que o abusador facía co meu corpo pero así tiña unha falsa percepción de que había unha parte que si controlaba. **(S.3)** ”

2.3.2 O illamento: silencios e desvelos

Todas manifestan problemas para conciliar o sono, hipervixilancia e pesadelos, con terrores nocturnos derivados dos recordos recorrentes. Igualmente, todas mencionan intentos de suicidio, ideas suicidas ou condutas autodestrutivas. A amnesia é habitual nas vítimas e declaran que a presentaron tres das catro persoas que responderon este apartado. Disociacións, problemas de concentración, problemas de adaptación, falta de autoestima, dificultades para establecer límites coa parella son outras problemáticas asociadas aos abusos. A dor producida pola experiencia abusiva foi limitando capacidades das vítimas, ao ter que cargar cun peso emocional extraordinario.

“ Os pesadelos é algo que por épocas chegan a paralizar a miña vida. Mesmo chego a ter que pór o despertador cada certo tempo para non chegar a durmir profundamente e evitar telas.

(...)dalgunha maneira sempre crin que non sirvo para nada, que non podo ser boa en nada mesmo aínda que moitos profesores me digan todo o contrario.

Problemas de conduta ... cústame moito adaptarme ás normas e obedecer a xente que está por encima de min.

Falta de autoestima, é algo que me acompañou toda a miña vida posto que se encargaron de facerme sentir que non son válida salvo para que abusen de min. Ideas suicidas tiven e leveinas a cabo así como condutas autodestrutivas física e psicoloxicamente.

Amnesia non tiven como outras vítimas que esquecen completamente os abusos, pero si que tiven disociacións. Eu adoitaba xogar mentres abusaban de min e dalgunha maneira evadíame deses abusos. **(S.1)**

Cústame ir durmir. Podo estar morta de cansazo pero en canto me meto na cama teño os ollos como pratos. Ata que non pasan as 6 da mañá non me relaxo realmente (esa era a hora á que o meu pai se erguía para ir traballar). ”





“ No colexio non tiven problemas porque se suspendese estaría morta. Pero tiven que deixar a universidade porque era incapaz de concentrarme.

Problemas de adaptación tiven sempre.

A miña autoestima sempre está polo chan. No meu sentir son a peor muller, a peor nai, a peor amiga e a peor de todo. Racionalmente sei que iso non é posible, pero o meu sentimento é o que é.

Tiven amnesia postraumática durante moitos anos.

As ideas suicidas foron algo presente toda a miña vida (...) Actualmente aínda teño ganas de morrer. (S.2)

Tiven falta de autoestima, problemas de concentración, condutas autodestrutivas e, algunha vez, ideas suicidas. Teño moita dificultade co sono, pesadelos recorrentes dos abusos, espertares con moita ansiedade e pánico a volver ter pesadelos que se converteu nun ciclo horrible de insomnio. Tamén tiven dificultades con algunhas parellas á hora de establecer límites. (S.3)

Desde que teño uso de razón até a actualidade, sentín pánico, angustia, pesadelos diarios, dificultades para durmir/ descansar, hipervixilancia, incluída nas noites. Dores de estómago, náuseas, vómitos. Dores nas extremidades. En clase sempre aproveitei para descansar e desconectar, co que prestaba moi pouca atención (...) Na adolescencia tiven o primeiro episodio de autólises (...) Posteriormente, xa na universidade, estiven en coma tras inxerir gran cantidade de fármacos (pais médicos). En ambos os casos fun castigada. Tardei 23 anos en poder lembrar, a través de flashes primeiro e xa despois con recordos asentados, recordos constantes e desordenados, borrosos, cheiros, sensacións, dor física, angustias, pesadelos. (S.5)

”

2.3.3 A pegada do recordo que non cesa

As que responderon este apartado afirman ter experimentado episodios reiterativos e reaccións emocionais e físicas esaxeradas, relacionados co trastorno de estrés postraumático. Os flashbacks son manifestados por todas as vítimas, algo desagradable, doloroso e esgotador. Algunhas foron reconstruíndo a súa historia de abusos sexuais a partir deles, ao tela esquecida, mantida na amnesia para poder sobrevivir, non así os malos tratos físicos e psicolóxicos, sempre presentes. Outra refire que nunca deixou de experimentalos, aínda que se rebaixara a intensidade logo das terapias nos últimos anos. Un cheiro, unha frase ou un acontecemento poden disparar reaccións físicas e emocionais incontroladas, ao espertar recordos ocultos e silenciados.





“ Os flashbacks na miña vida foron algo recorrente sobre todo a partir dos 23 anos aproximadamente. De cando en vez vólleme algún recordo terrible, que tardo moito tempo en dixerir. Ás veces algún cheiro, frase, persoa ou algo que nin sequera logro identificar faime revivir situacións de forma moi intensa e chegan a ter síntomas físicos daqueles abusos. Cando teño os flashbacks non son consciente do que ocorre ao meu redor, pero dinme que empezo a tremer, evádome e tendo a agacharme e esconderme. Os flashbacks producíanse de cando en vez na miña infancia, pero fundamentalmente é agora cando se producen. **(S.1)**

Revivir o trauma foi algo continuo. Custoume moito traballo ir eliminando da memoria celular estas experiencias traumáticas (...) De feito, xeralmente primeiro revivo a sensación e logo lembro o feito. **(S.2)**

Tiven moitos episodios de flashbacks e recordos recorrentes que me bloqueaban, non era capaz de filtrar as miñas emocións e deixar o momento do abuso no pasado, producíanme moita angustia porque era coma se o estivese vivindo de novo e non podía controlalo. Empezaron na época dos abusos e permaneceron até hai case dous anos (...) agora xa non me doen, son desagradables pero podo controlalos e filtralos como un evento do pasado. **(S.3)**

Comecei a ter flashbacks cando marchei dese domicilio. Ao principio os recordos viñan velozes, recordos de instantes, de momentos concretos, caóticos e sen sentido. Loitaba contra eses flashes e era esgotador. No mes de outubro do ano pasado, revivín de maneira intensa nas miñas partes e interiormente, as veces que me facía abortar (que el pensase, posto que non saía de casa, só para ir ao instituto), introducindo unhas ramas de romeu polas miñas partes sexuais. É esgotador revivilo tan intensamente, é esgotador ter recordos a través de flashbacks. Aínda que aos poucos van perdendo intensidade, sintome moi cansa. **(S.5)**

”

2.3.4 Percepción diacrónica das consecuencias

A medida que as vítimas enfrontaron o acontecemento traumático as consecuencias experimentaron unha evolución. As catro concordan nesta percepción. Ás veces existe a sensación de empeoramento, cando determinados recordos golpean con forza; noutras ocasións senten melloría cando un proceso parece rematar; e nalgún caso só co afastamento do núcleo familiar puido iniciarse un camiño cara a unha posible recuperación. As terapias realizadas e o apoio encontrado noutras vítimas constitúen o factor principal para a súa melloría. Porén, a falta de apoio social e institucional e a percepción da desprotección inicial supoñen unha carga moi pesada difícil de manexar.





“ Nun principio as secuelas foron evolucionando e mesmo empeorando. Co paso do tempo algunhas foron desaparecendo pero aparecían outras. Ás veces, cando algo parecía terminar, volvía con forza para quedar.

Creo que o feito de non ser capaz de superalo, ou que me estea custando tantísimo traballo débese fundamentalmente a tres cousas:

- A falta de axuda por parte de organizacións, psicólogos etc.
- A falta de comprensión por parte da sociedade, e mesmo o machaque psicolóxico ao que chegan a someterte.
- A falta de axuda no seu momento, o sentir esa terrible desprotección fai que actualmente pense que ocorrerá o mesmo.

Por suposto, todos os pasos que estou a dar débolloos aos poucos, pero bos, amigos que teño (...) e a outras vítimas de abusos. **(S.1)**

As secuelas melloraron debido á terapia e ao afastamento do núcleo familiar. Algunhas secuelas físicas sempre estarán comigo, sei que será así. As psicolóxicas van mellorando. Gustaríame poder normalizalas antes de morrer pero non sei se será posible. **(S.2)**

Estas consecuencias desapareceron na gran maioría debido a múltiples factores: o traballo realizado na terapia individual, asistencia a un grupo de apoio e psicoeducación sobre eventos traumáticos e o feito de compartir experiencias con persoas que tamén foron vítimas de ASI e atopar nelas comprensión e apoio. Creo que o conxunto destes elementos e o meu traballo persoal favoreceron que mellorase a miña autoestima e por conseguinte se rebaixasen as condutas autodestrutivas. A comprensión 'obxectiva' dos abusos, coa total ausencia de responsabilidade e culpa pola miña banda foi complicada, pero xa non sinto culpa, nin rabia en absoluto. A medida que fun traballando recordos e distintos aspectos dos abusos, os flashbacks e a súa repercusión na miña vida diaria diminuíron. **(S.3)**

Creo que, conforme fun estando preparada para ir asimilando, as consecuencias foron evolucionando. Non desaparecen, están e estarán aí. E sabendo da súa existencia, comezas a aprender, a crear novas experiencias positivas que non borran o anterior, pero si axudan a seguir no proceso de sanación. **(S.5)**

”

2.3.5 Repercusión do abuso na súa vida

A experiencia do abuso sexual na infancia supuxo unha grande influencia na vida de todas as vítimas entrevistadas, con graves danos e importantes consecuencias. Os soños, as ilusións e as metas quedaron no pasado, cun potencial para logralos bloqueado por unha experiencia traumática. Os ASI esnaquizaron vidas. Agora deben arranxar os danos provocados por outros, por algo que elas non tiveron culpa, e sen recursos públicos que contribúan á súa recuperación.





“ Cambiaron a miña vida completamente. Eu era unha nena sociable, cunhas metas claras desde que teño uso de razón. Sempre souben o que quería ser na vida. Tiña moitas ilusións. Quería alcanzar soños e sabía que tiña o potencial para logralos. Pero o abuso psicolóxico e os abusos sexuais fixeron que a miña vida cambiase totalmente. Que as miñas ilusións se esfumaran e os meus soños se partisen en anacos. **(S.1)**

O abuso esnaquizoume a infancia e ségueme esnaquizando a vida aínda hoxe. **(S.2)**

O abuso deixa unha marca na túa vida indeleble e é moi difícil adaptarse a ela e poder levar unha vida plena e libre de cargas. Pódese conseguir pero hai que loitar moito por arranxar os danos provocados por algo que ti non tiveches culpa ningunha (...) É a sensación de perder tanto tempo da túa vida por algo que outro fixo, a sensación de ter que esforzarme máis do 'normal' para conseguir os mesmos obxectivos que outras persoas. **(S.3)**

Apréndese aos poucos a aceptar e a vivir con iso. As consecuencias son nefastas e moi limitantes, é unha loita continua para seguir camiñando, co peso esgotador que supón vivir e superar unha situación tan traumática. **(S.5)**

”

2.4 O delito: Denuncia e prescrición

2.4.1 A denuncia do delito

Ningunha das vítimas entrevistadas presentou denuncia dos ASI, por diferentes motivacións. A estigmatización e publicidade do problema, a necesidade de recuperación inicial antes de enfrontar un proceso penal, a incerteza do proceso sen garantías de éxito son razóns de peso para non denunciar.

“ A propia sociedade faiche sentir que es culpable da túa situación, rebaixándote mesmo ao nivel do abusador. No meu caso, prefiro calar, ocultar, non contar detalles, seguir adiante sen deixar rastro. **(S.1)**

Cando tiven a enteireza suficiente para pórme a denunciar, o prazo expirara e meu pai xa falecera. **(S.2)**

É unha opción difícil. Ten moitos pasos inestables, implica facer os abusos máis públicos, sen garantía de que o proceso vaia a servir para algo. Provócame sentimentos moi contraditorios, referidos ao que sinto que debería facer e o que en realidade quero ou síntome preparada para facer. **(S.3)**

”





“ Pensei ás veces en denunciar, pero sintome atada pois non lle contei nada á miña familia e non me vexo capaz de facelo por agora. Tortúrome pensando que podería denunciar, debería facelo, queredría facelo, pero non podo. **(S.4)**

Cando marchei da casa (...) non estaba preparada para enfrontar unha denuncia. Cando estiven máis preparada, o delito prescribira. **(S.5)**

”

2.4.2 Prescrición do delito

As participantes maniféstanse totalmente en contra da prescrición deste tipo de delitos. Os seus esforzos centráronse na súa recuperación física e emocional, en comprender que son vítimas e non culpables, sen proporse iniciar un proceso xudicial. O S.2 e o S.5 afirman que cando se viron capacitados para denunciar, o delito prescribira.

“ A prescrición deste tipo de delitos non debería existir (...) Non foi até os 27 anos que me dei conta da gravidade do asunto, cando empecei a ser consciente de que son vítima e non culpable, a pesar de que foi con 23 anos cando entendín que sufrira ASI, 4 anos que aínda non me fan sentir preparada para enfrontarme plenamente a todo o que vivín. **(S.1)**

A prescrición dos delitos é algo inaudito. As secuelas do abuso son tan tremendas que quince anos son claramente insuficientes para a maioría das vítimas. Moitas delas apenas están a comezar a pórllle nome ao que viviron cando o prazo se lles termina. **(S.2)**

Este é un proceso longo e doloroso. Normalmente as persoas que pasaron por ASI céntranse en traballar as súas secuelas cando xa son adultas. Coa complexidade e tempo de curación, que é extenso, cando xa estarían preparadas para o proceso de denuncia non poden facelo pola prescrición do delito. **(S.3)**

Pagaría o que fose, se este trauma en 15 anos houberse tamén prescrito. Pero non é así. Por ese motivo, se as consecuencias na persoa sobrevivente non prescriben, o delito tampouco ten por que prescribir. **(S.5)**

”

2.5 Achegas finais das vítimas

Tres das vítimas participantes presentan unhas últimas contribucións. Demandan unha maior sensibilización social e unha formación e capacitación dos profesionais na detección e atención a vítimas de ASI, tanto menores como adultas.





“ Teríame gustado que algún adulto me tivera escoitado, me tivese preguntado. Gustaríame sentir cariño, protección, todo aquilo que ninguén quixo darme cando era menor, cando abusaban de min. Cando sentía que a única persoa que me daba todo aquilo era a mesma que me estaba arruinando a vida. Gustaríame que a xente non se afastase de min cando lles conto que sufrín abusos, tal como adoitan facer agora (...) Gustaríame poder mirar a xente á cara, sen ter que sentir vergoña por ser vítima de abusos (...) Quero que ninguén se aproveite da miña vulnerabilidade, da miña dor e sufrimento. **(S.1)**

Unha das queixas máis frecuentes dos superviventes é que lles custa atopar terapeutas competentes (...) Todos os profesionais que teñan contacto frecuente con nenos, como é o caso dos mestres, deben ser formados para detectar estes casos e saber como derivalos a médicos e xulgados (...) Fan falta campañas de sensibilización, que a xente entenda que o neno é a vítima e debe ser protexido en vez de culpabilizado. **(S.2)**

Fan falta persoas e profesionais que se impliquen neste tema, porque nos afecta e nos compete a todas e todos. **(S.5)**

”

3. DISCUSIÓN

Os resultados mostran que todas as vítimas sufriron ASI antes dos 13 anos. Unha delas refire abusos cun ano. Pereda e Forns (2007) acharon unha prevalencia dos ASI dun 19 % das mulleres e 15,5 % dos homes. Das mulleres que sufriron abusos un 16,2 % foi antes dos 13 anos. En canto á frecuencia e duración, os resultados mostran que as 5 vítimas sufriron reiterados abusos, incluso diarios, durante máis de 6 anos, chegando a 17 e 21 anos en dous casos de ASI intrafamiliar. López (1996) refire unha frecuencia de abusos de entre 1 e 25 veces nun 44,2 % dos casos, e dun 55,8 % nos que se produciu unha soa vez. Destaca tamén que un 32,88 % das vítimas sufriron abusos durante un período superior a un ano. Os datos recollidos clasifícanse nun 60 % de ASI intrafamiliares (pai e parella da nai) e nun 40 % por agresores coñecidos (contorno veciñal e escolar). Pereda e Forns (2007) sinalan que en vítimas de sexo feminino, antes dos 13 anos de idade, a porcentaxe de agresores coñecidos (39,6 %) e o de familiares (45,7 %) é moi similar. En canto ao tipo de ASI, estes mesmos autores encontran que a penetración (oral, anal ou vaxinal) é elevada tanto en homes (42,1 %) como en mulleres (26,7 %) menores de 13 anos, reducíndose en homes maiores de 13 anos (27,3 %) e manténdose moi similar en mulleres maiores de 13 anos (25 %). Neste estudo todas refiren ter sufrido este tipo de agresións sexuais, e dúas foron obxecto de explotación sexual infantil.

En referencia á revelación do abuso, o S.1 comunicoullo a persoas que considera que tiñan recursos para dar unha resposta de axuda; o S.2 á nai; o S.4 a unha amiga e unha curmá menor; o S.3 e S.5 preferiron manter silencio, se ben parece que no caso do S.3 unha profesora chegou a ter indicios. Afirmo López (1996) que un importante número de ASI non son comunicados a ninguén (70,92 %) e os que son comunicados fanse maiormente a persoas que non poden prestar unha axuda eficaz.





En canto ás reaccións do contorno, os datos recollidos indican que nos casos nos que as vítimas acabaron revelando a situación de abuso ou maltrato, ou deron signos de moi probables abusos, a resposta foi negativa e de culpabilización da vítima. Isto contrasta con López (1996) quen refire que a resposta é case sempre crer a vítima, salvo nun 10 % que non cre a versión do menor.

O medo ás reaccións negativas do contorno, o desexo de protexer a familia e o temor ás ameazas do agresor son, entre outros, os motivos que fan que a vítima permaneza en silencio (Pereda, 2006). No noso estudo recóllense como motivos os sentimentos de culpa, medo, vergoña, chantaxe, ameazas e a necesidade de protexer a familia, coincidindo en gran medida co exposto anteriormente.

Algúns autores (Sjöberg e Lindblad, 2002, citados por Pereda, 2006) encontraron unha tendencia significativa á negación ou minimización dos abusos sexuais en nenos vitimados, establecendo como posible causa o descoñecemento dos nenos do aspecto abusivo da experiencia sufrida, a acomodación do abuso, a amnesia real ou os desexos de esquecer o sucedido e non falar. Os nosos resultados confirman que as cinco vítimas tiveron dificultades para tomar consciencia da situación de ASI por idénticas razóns ás manifestadas por estes autores.

Presentaron cambios na percepción do abuso as catro vítimas que responderon e refiren esquecementos, evitacións conscientes e desexadas, aínda que co tempo reelaboraron a experiencia tomando maior consciencia. Fergusson e colaboradores (2000, citados por Pereda, 2006) refiren que a inconsistencia nas revelacións non se debe ao status psiquiátrico dos individuos entrevistados, senón que se encontra relacionada con procesos naturais de esquecemento, así como coa evitación consciente e desexada de falar do tema.

No referente aos recursos de axuda, recolle Pereda (2006) que o apoio social ao individuo ante acontecementos estresantes como o ASI ten unha influencia contrastada na saúde física e mental, permitindo o seu axuste ao medio, e abrindo grandes posibilidades na intervención. Só o S.3 tivo acceso, de xeito temporal, a un recurso público especializado en traumas, con resultados positivos. Todas valoran favorablemente a comprensión encontrada noutras vítimas, axudándolles na reelaboración da súa propia experiencia, nesgada por sentimentos de culpa, entre outros sentimentos. Os cambios de profesional especializado en ASI resultaron unha experiencia negativa para o S.1 ao non sentir un apoio social consistente.

Refire Pereda (2006) que as vítimas presentan un elevado sentimento de culpa global, unha gran responsabilidade ante o acontecemento, mala conciencia e insuficiente xustificación. Afirmo que o traballo coas vítimas debería ir dirixido principalmente a traballar o sentimento de culpa que experimentan. O S.1, S.2 e S.3 destacan o sentimento de culpa, noxo, desconfianza e ansiedade.

A nivel emocional Pereda (2010b) destaca os trastornos depresivos; trastornos de ansiedade; condutas autodestrutivas; ideas e intentos de suicidio; baixa autoestima; e especialmente o trastorno de estrés postraumático pola súa elevada frecuencia. López (1996) manifesta que as dificultades de atención e concentración poderían estar na base dos maiores resultados de fracaso escolar nas vítimas (23,55 % fronte un 17,55 %). Catro entrevistadas manifestaron ter,





entre outras reaccións, dificultades cos estudos, problemas de sono e/ou pesadelos, ideación e conduta suicida (2 suxeitos) e síntomas que poderían estar relacionados co trastorno de estrés postraumático. Tres presentaron condutas autodestrutivas.

A indefensión e o illamento son experiencias esenciais do trauma psicolóxico mentres que a restitución do poder e a reconexión son experiencias esenciais da recuperación (Herman, 1992). Nunha primeira fase a supervivente dedica enerxía a coidar o seu corpo, o seu contorno inmediato, as súas necesidades materiais e as relacións cos demais. Posteriormente, logo de asegurar unha posición defensiva de seguridade básica, xa pode involucrase máis activamente no mundo, pode recuperar algunhas aspiracións que tiña antes do trauma, ou quizás por primeira vez pode descubrir as súas propias ambicións. Todas as entrevistadas mencionan un cambio na percepción das consecuencias derivadas do abuso, encontrando unha melloría, que lles permitiu avanzar no seu proceso de sanación.

Finkelhor e Browne (1985; citados por Pereda, 2006) indican que gran parte da estigmatización que presentan as vítimas adoita estar máis relacionada coas reaccións do contorno ante a revelación do abuso, principalmente a familiar e a resposta social e institucional, que coa experiencia do abuso en si mesma. O S.1 recoñece que tanto a falta de axuda institucional e da sociedade como a sensación de desprotección percibida repercutiron negativamente na súa recuperación.

González (2010: 164) afirma que o proceso terapéutico ten un carácter progresivo, no que resulta imprescindible un coidadoso respecto: *“Temos que encontrar un equilibrio entre axudarlle ao paciente a ir máis alá da súa posición actual, a adquirir perspectiva, e entender e respectar os seus ritmos”*; as súas necesidades foron moitas veces negadas ou ignoradas. As vítimas deste estudo senten ir avanzando cara á recuperación, con soños feitos anacos e sentimentos de vida esnaquizada pero tamén con ganas de loita e en proceso de aceptación.

Ningunha das vítimas entrevistadas presentaron denuncia dos ASI. Cantón e Cortés (2003) afirman que máis do 90 % das vítimas de ASI non denunciaron o delito. Unha das vítimas entrevistadas fai referencia aos pasos inestables do proceso de denuncia.

4. CONCLUSIÓNS

Unha vez rematado este traballo, podemos sintetizar as seguintes conclusións:

- Os datos confirman que é un problema máis estendido do que previamente podería pensarse, segundo o Consello de Europa afecta a 1 de cada 5 menores europeos. Dende a investigación de López (1996) non se teñen realizado en España estudos de carácter nacional con poboación xeral.
- Polo que se refire á descrición da experiencia, sinalar que os abusos sexuais infantís se inician a idades moi temperás e antes dos 10 anos de idade. O abusador pertencía a un contorno familiar no 60 % dos casos e nun 40 % a un contorno extrafamiliar. A frecuencia e duración no tempo relaciónanse coa facilidade do agresor para acceder á vítima,





moi elevada en todos os casos analizados, pero en maior medida nos intrafamiliares. Todas as vítimas sufriron agresións sexuais e dúas foron implicadas en actividades de explotación sexual infantil.

- En relación coa reacción da vítima e do contorno ante o abuso, destacar que as vítimas ocultaron os abusos por sentimentos de medo, vergoña, culpa, por non acrecentar os problemas familiares ou por chantaxe e ameazas do abusador. Cando lles pediron axuda ás figuras de protección a resposta foi moi negativa, rexeitadas con incredulidade e culpabilización, deixándoas nunha situación de abandono e desprotección. Unha reacción familiar negativa ou a falta de resposta social e institucional poden ter un maior impacto traumático que o propio abuso.
- Acerca da evolución na percepción da experiencia abusiva, compróbase unha dificultade inicial para valorar a gravidade dos feitos abusivos, chegando as vítimas a cargarse de responsabilidade e culpa. Despois a experiencia foi reprimida, esquecida ou minimizada, como mecanismo de adaptación e supervivencia. Finalmente o acontecemento traumático retorna con violencia e dolor, reexperimentando aquilo que precisa ser reparado. É despois de moitos anos de finalizar o abuso cando toman unha verdadeira consciencia da gravidade do suceso.
- Constátase unha precariedade nos recursos públicos adecuados para a atención das vítimas, tanto na súa infancia como na idade adulta, que condicionou gravemente a súa recuperación. Os recursos aos que poden acceder son principalmente de carácter privado, o que implica contar cuns medios económicos non sempre dispoñibles. Por outra parte destaca a importancia da estabilidade dos profesionais que permita crear a precisa relación de confianza. A relación con outras vítimas resultou un recurso importante de apoio e facilitou a identificación e comprensión da situación.
- Confírmase a gravidade dos problemas que presentan as vítimas e a súa extensión ao longo do seu ciclo evolutivo. Traballar o sentimento de culpa que presentan axudaría a paliar a sintomatoloxía postraumática (Pereda, 2006). A día de hoxe as vítimas manteñen dificultades para falar abertamente dos feitos e as súas consecuencias, incluso nalgún caso con temor a ser identificada polo agresor.
- Antes de denunciar os feitos delitivos, as vítimas precisan sentirse emocionalmente preparadas para iso. Cando se encontran en condicións de facelo o delito prescribiu. Mostran a súa disconformidade coa prescripción.
- Corrobórase a necesidade de que as/os profesionais sexan capaces de detectar estas problemáticas para poder actuar de xeito eficaz e adecuado. Unha falta de preparación e unha deficiente praxe na detección e intervención pode agravar as consecuencias do abuso.





- O reducido tamaño da mostra non invalida o alcance das súas conclusións, constituíndo unha valiosa descrición do fenómeno a través da experiencia das vítimas. Permite realizar unha comparativa con outros estudos de tipo cuantitativo, encontrando unha importante aproximación nos resultados, e posibilita dar voz e analizar esta realidade desde a perspectiva das protagonistas.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cantón, J., e Cortés, M. R. (2003). *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*. Ediciones Pirámide.
- González, A. (2010). *Trastornos disociativos*. Pléyades
- Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación*. Espasa Calpe.
- Horno, P., Santos, A., e del Molino, C. (Coords.) (2001). *Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
- Lalor, K., e McElvaney, R. (2010). Overview of the nature and extent of child sexual abuse in Europe. En *Protecting children from sexual violence-A comprehensive approach*. Consello de Europa (Campaña One in Five). Recuperado de <http://www.coe.int/t/dg3/children/1in5/Source/PublicationSexualViolence/Lalor-McElvaney.pdf>
- López, F. (1996). *Abusos sexuales a menores: Lo que recuerdan de mayores*. Centro de Publicaciones, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- OMS (2014). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es>
- Orjuela L. e Rodríguez V. (2012). *Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Guía de material básico para la formación de profesionales*. Save the Children. Recuperado de https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/violencia_sexual_cont_ra_losninosylasninas.pdf
- Pereda, N. (2006). *Malestar psicológico en estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual infantil y otros estresores*. Universitat de Barcelona. Facultat de Psicologia. Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/2533>
- Pereda, N., e Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse e Neglect*, 31(4), 417-426. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/34562/1/551047.pdf>
- Pereda, N. (2010a). Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil. *Pediatría Atención Primaria*, 12 (46), 273-285.
- Pereda, N. (2010b). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201
- Pereda, N. (2011). Resiliencia en niños víctimas de abuso sexual: el papel del entorno familiar y social. *Educació Social: Revista d'Intervenció Sòcioeducativa*, 49, 103-114.
- Pereda, N., e Gallardo-Pujol, D. (2011). Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. *Gaceta Sanitaria*, 25(3), 233-239. Recuperado de <http://www.gacetasanitaria.org/es/revision-sistemica-las-consecuenciasneurobiologicas/articulo/S021391111000045/>
- Unicef (1989). *Convención sobre los derechos del niño*. Madrid: Comité Español.
- Vasilachis, I. (2006). La investigación cualitativa. En I. Vasilachis (coord.). *Estrategias de investigación cualitativa*, (pp. 23-30). Gedisa. Recuperado de <http://investigacionsocial.socials.uba.ar/files/2013/03/Estrategias-de-lainvestigacin-cualitativa-1.pdf>





PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES: UNHA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Santomil González, Xisela

Traballadora social e técnica de emprego

xiselasg@gmail.com

RESUMO

O suicidio en adolescentes constitúe un problema de saúde pública que require o desenvolvemento de programas de prevención. Tomando en consideración a transcendencia desta problemática na realidade actual, este traballo pretende achegar unha análise e sintetizar a evidencia dispoñible sobre programas de prevención de suicidio dirixidos aos adolescentes. A metodoloxía baséase nunha revisión sistemática, seguindo o protocolo PRISMA, dos estudos publicados en diferentes bases de datos. Finalmente, lográronse un total de 19 estudos, que cumprían con todos os criterios de inclusión, e que resultaron ser todos os analizados. Os datos conseguidos, divididos en catro categorías de análise, mostran que a escola é o ámbito de aplicación máis apropiado para poñer en práctica os programas de prevención; a entrevista é a técnica máis eficaz para detectar e avaliar o risco de suicidio; os programas presentan unha alta eficacia, unha diminución dos factores de risco e un aumento dos factores protectores. Aínda que os programas de prevención son eficaces para evitar os riscos asociados ao suicidio, en España apenas se poñen en práctica a pesar de que o suicidio é a principal causa de morte entre os mozos e mozas de 15 a 29 anos.

PALABRAS CLAVE

Suicidio, programas, prevención, intervención, adolescentes



RESUMEN

El suicidio en adolescentes constituye un problema de salud pública que requiere el desarrollo de programas de prevención. Teniendo en cuenta la trascendencia de esta problemática en la realidad actual, este trabajo pretende aportar un análisis y sintetizar la evidencia disponible sobre los programas de prevención del suicidio dirigidos a adolescentes con el fin de conocer su efectividad. La metodología se basa en una revisión sistemática, siguiendo el protocolo PRISMA, de los estudios publicados en diferentes bases de datos. Finalmente, se obtuvieron un total de 19 estudios, que cumplían con todos los criterios de inclusión, y que resultaron ser todos los analizados. Los datos obtenidos, divididos en cuatro categorías de análisis, muestran que: la escuela es el campo de aplicación más apropiado para poner en práctica los programas de prevención; la entrevista es la técnica más eficaz para detectar y evaluar el riesgo de suicidio; los programas presentan una alta efectividad, una disminución de los factores de riesgo y un aumento de los factores protectores. Aunque los programas de prevención son efectivos para evitar los riesgos asociados al suicidio, en España apenas se ponen en práctica a pesar de que el suicidio es la primera causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años.

PALABRAS CLAVE

Suicidio, programas, prevención, intervención, adolescentes.

ABSTRACT

Suicide in adolescents is a public health problem that requires the development of prevention programs. Taking into account the importance of this problem in the current reality, this work aims to provide an analysis and synthesize the available evidence on suicide prevention programs aimed at adolescents to know their effectiveness. The methodology is based on a systematic review, following the PRISMA protocol, of the studies published in different databases. Finally, a total of 19 studies were obtained, that met all the inclusion criteria, and that turned out to be all those analyzed. The data obtained, divided into four categories of analysis, show that: the school is the most appropriate field of application for implementing prevention programs; interviewing is the most effective technique for detecting and assessing suicide risk; the programs have high effectiveness, a decrease in risk factors and an increase in protective factors. Although prevention programs are effective in avoiding the risks associated with suicide, in Spain, they are hardly put into practice even though suicide is the leading cause of death among young people between 15 and 29 years of age.

KEYWORDS

Suicide, programs, prevention, intervention, adolescents



INTRODUCCIÓN

O presente traballo é o resultado dunha revisión sistemática que ten como obxectivo esencial analizar e sintetizar a evidencia dispoñible sobre programas de prevención de suicidio dirixido á poboación adolescente.

O suicidio constitúe un problema de saúde pública que debe ser tratado de forma decidida e prioritaria. Os elevados índices de suicidio na poboación adolescente son especialmente preocupantes, xa que representan a segunda causa de morte a nivel mundial no tramo de idade entre os 15 aos 19 anos (Organización Mundial da Saúde [OMS], 2021a)¹.

O incremento progresivo nos últimos anos de casos do suicidio en adolescentes alcanzou tal magnitude que foi considerada por este organismo internacional como unha das prioridades sanitarias, resaltando a necesidade de desenvolver estratexias de intervención eficaces e aplicar iniciativas orientadas de xeito preferente a programas de prevención, pois, só así se poderá dar unha resposta adecuada.

A presente investigación está formada por cinco bloques, é dicir: o marco teórico, que comprende unha análise do suicidio en adolescentes, medidas xerais de prevención, avaliación e intervención no comportamento suicida. A continuación, defínese o obxectivo principal así como os obxectivos específicos. A metodoloxía do traballo realízase con base nunha revisión sistemática baseada no protocolo PRISMA e os resultados foron estruturados en catro categorías de análise: ámbito de aplicación, tipos de programas de prevención e o seu contido, instrumentos e profesionais implicados na detección e valoración do comportamento suicida e a intervención empregada segundo a situación do adolescente, e por último, a discusión e conclusións amosan a alta eficacia nos programas de prevención, a diminución dos factores de risco e o aumento dos factores protectores.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 O suicidio na poboación adolescente

A orixe etimolóxica da palabra *suicidio* provén do termo en latín “sui caedere” que significa “matarse a si mesmo”. A OMS definíao, no ano 2013, como “o acto deliberado de quitarse a vida” (p.11). O *comportamento suicida* abarca dende a ideación suicida, a elaboración do plan, a obtención dos medios para podelo facer ata a consumación do acto, sen ou con éxito (Bella et al., 2010, p.124).

1 Organización Mundial da Saúde (OMS) é a organización responsable de desempeñar unha función de liderado nos asuntos sanitarios mundiais, configurar a axenda das investigacións en saúde, establecer normas, articular opcións de política baseadas na evidencia, prestarlles apoio técnico aos países e vixiar as tendencias sanitarias mundiais. Accesible en: <https://www.un.org/youthenvoy/es/2013/09/oms-organizacion-mundial-de-la-salud/>





Os datos sinalan que o suicidio é a primeira causa de falecemento entre os mozos e mozas de 15 a 29 anos e chegan a representar o 8,5 % do total de mortes nesta franxa de idade. Este feito non ocorrera dende que se veñen rexistrando datos a este respecto. Os expertos, apuntan ao estalido da pandemia da Covid-19, e as súas consecuencias, como a causa máis influente nesta alta porcentaxe (Jerónimo et al., 2021).

O principal factor de risco asociado ao comportamento suicida na poboación adolescente é a presenza dun diagnóstico de depresión (Buitrago, 2011). Neste sentido, algúns autores e autoras apuntan a conflitos familiares ou dificultades interpersoais son os precipitantes máis comúns para o intento suicida (Hirsch et al., 2018). Pola contra, entre os factores protectores fronte ao suicidio caben destacar elementos persoais que promoven a resiliencia ante intentos de suicidio como: habilidades para pedir apoio e axuda inmediata e un adecuado soporte familiar e social (Quiceno e Vinaccia, 2013; Teruel e Bello, 2014).

1.2. Medidas xerais de prevención do suicidio

1.2.1. Programas de prevención a nivel internacional

Dende hai máis de 40 anos, a OMS recomenda a elaboración e aplicación de estratexias de prevención do suicidio. No ano 1969, publicou un documento onde recoñecía a importancia de encadrar a prevención no campo da saúde pública e a necesidade de establecer centros de prevención a nivel nacional e local. Máis adiante, no 1999, emitía unha iniciativa a nivel mundial chamada *SUPRE*², co propósito de reducir a progresiva mortalidade producida polo suicidio.

A OMS, no ano 2014, elabora o primeiro informe sobre prevención do suicidio e alerta:

Este informe representa un chamamento á adopción de medidas (...) Independentemente da situación na que se encontra actualmente un país con relación á prevención do suicidio, pódese adoptar medidas eficaces, incluso, inicialmente, só no ámbito local e en pequena escala (p.2).

Así, países como EUA, Dinamarca, Nova Zelandia, Inglaterra, Irlanda, Escocia, Alemaña, Finlandia ou Noruega, entre outros, elaboraron estratexias nacionais para a prevención do suicidio seguindo as propostas da OMS. Un dos programas de prevención realizados en Europa, concretamente en Alemaña, foi o *Nuremberg Alliance Against Depression*³ que promoveu a formación de

2 *SUPRE* é un programa de prevención do suicidio da OMS. Ademais, recompila estatísticas e lanzou un estudo sobre o suicidio en cinco continentes.

3 *Nuremberg Alliance Against Depression* (Alianza de Nuremberg contra la Depresión) iniciouse en 2001 no marco da Rede Alemana de Investigación sobre Depresión e Suicidio, financiada polo Ministerio Federal de Educación e Investigación. O concepto da alianza baséase nunha intervención en catro niveis: cooperación con médicos de cabeceira, unha campaña de información e sensibilización para o público en xeral, formación educativa para mestres ou cuidadores xeriátricos así como apoio e iniciativa de actividades de autoaxuda.





profesionais, cooperación con *figuras clave* ou *gatekeepers*⁴ e intervención en grupos de risco (Hegerl et al., 2008). Os resultados mostraron a efectividade do programa. Ademais, mostraron que a oferta de formación, especificamente deseñada, lle pode axudar ao persoal-alumnado (*gatekeepers*) da escola, a sentirse mellor preparados para apoiar os mozos e mozas en risco de comportamento suicida (Russell e Joyner, 2001).

1.2.2. Programas de prevención a nivel estatal e autonómico

En España existe unha escasa implantación de programas de tipo preventivo, e na actualidade encontrámonos nun nivel moi inferior con relación a outros países europeos. De feito, non existe un plan nacional de prevención agás as iniciativas locais que se desenvolveron nalgúns territorios autónomos, como no caso de Galicia, onde se puxo en marcha un programa asistencial e preventivo, ou en Cataluña, como integrante da EAAD, e Asturias, onde dende o ano 2007 desenvolve o programa europeo *Monitoring Suicidal Behaviour in Europe* (MONSUE) (Hegerl et al., 2008).

Un estudo comparativo (Sorzano et al., 2022) dos distintos plans de prevención do suicidio en España indican que non todas as comunidades autónomas teñen programadas actividades preventivas dirixidas á poboación en xeral, aínda que todas inclúen as relacionadas co sector sanitario.

1.3. Avaliación do comportamento suicida

Autores como Wasserman (2001) afirman que: “A avaliación deste comportamento é unha das máis difíciles, non só pola existencia de falsos positivos e negativos, senón pola ansiedade que xera no avaliador” (p.13). A entrevista é, actualmente, o método máis eficaz para avaliar o comportamento suicida.

As escalas de valoración, recomendadas pola *American Psychological Association* (APA), para elaborar unha avaliación de comportamento do suicidio adecuada son (Horowitz et al., 2001): cuestionario de risco suicida (RSQ), cuestionario de ideación suicida (SIQ), inventario de Depresión Beck (BDI), escala de desesperanza de Beck (BHS), intencionalidade suicida (SIS) e escala de ideación suicida (SSI).

1.4. Intervención no comportamento suicida

O traballo social busca fomentar o cambio social, satisfacer as súas necesidades e promover a mellora do seu benestar. A exclusión social pode xerar unha determinada situación que pode

4 A figura clave ou *gatekeeper* é un representante da institución educativa (profesorado, persoal administrativo ou alumnado) que recibe unha capacitación específica para poderlles axudar aos adolescentes en risco de suicidio. Estes últimos coñecen quen son os *gatekeepers* e saben que poden recorrer a eles. Á súa vez, os *gatekeepers* derivan o/a adolescente en risco a profesionais especializados xa previamente definidos. Accesible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v51n2/art06.pdf>





desencadear no suicidio, polo que é importante destacar a figura do/a traballador/a social neste eido, tratándose dunha profesión que dispón de recursos e ferramentas necesarias para participar nos programas de intervención. Ademais, o/a traballador/a social tamén poderá intervenir no proceso de d'co a familia, amigos/as e familiares da persoa que decidiu acabar coa súa vida (Ander-Egg, 1995). O principal método empregado polos/as traballadores/as sociais cando traballan con persoas é a intervención, que segundo Ezequiel Ander-Egg (1995) se define como:

Proceso sistemático e coherente que se orienta fundamentalmente á modificación/transformación dalgún problema social que pode ser individual, institucional ou colectiva e é unha actuación específica da traballadora social con relación aos sistemas ou procesos humanos para producir cambios que desenvolvan a capacidade de reacción do/a usuario/a para motivalo/a a recuperar a súa capacidade para levar a cabo as súas propias accións (p. 24).

Por outra parte, a intervención máis común que se está desenvolvendo para previr o suicidio na poboación adolescente cando existen conflitos familiares é a psicoterapia. Algunhas das terapias máis utilizadas son (Fleischhaker et al., 2011): terapia dialéctica condutual para adolescentes, terapia familiar baseada no apego, psicoterapia cognitivo-condutual para a prevención do suicidio, psicoterapia interpersoal para o adolescente e terapia familiar multisistémica.

2. OBXECTIVOS

Este estudo ten como obxectivo principal analizar e sintetizar a evidencia dispoñible sobre programas de prevención de suicidio dirixidos aos/ás adolescentes. Como obxectivos específicos defínense os seguintes:

- Determinar os ámbitos e contextos onde é máis favorable a implantación de programas de prevención.
- Identificar os factores de risco e protección do suicidio.
- Coñecer os instrumentos de avaliación que se utilizan para a detección e identificación de factores de risco da conduta suicida.

3. METODOLOXÍA

3.1 Estratexia de busca

O presente estudo desenvolve unha revisión exhaustiva da literatura baseada nun protocolo para responder a pregunta de investigación. O proceso de revisión foi estruturado seguindo a lista de verificación e protocolo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis) (Moher et al., 2009; Page et al., 2021).





O obxectivo da revisión é analizar e sintetizar a evidencia dispoñible sobre programas de prevención do suicidio en adolescentes. Coa finalidade de acceder á totalidade de estudos estableceuse unha restrición temporal ampla, dende o ano 2000 ata 2022, para coñecer as características asociadas á intervención de xeito lonxitudinal.

A indagación realizouse nos meses de marzo e abril de 2022 utilizando as bases de datos Dialnet, Scopus e Web of Science. As decisións metodolóxicas de busca desenvóléronse a partir dun protocolo que se centrou na identificación de tres grupos de termos vinculados coas tres variables principais de análise (**Táboa 1**).

Táboa 1.

Descritores utilizados nas distintas bases de datos analizadas.

Bases de datos	Descritores
Dialnet	Programas de prevención de suicidio en adolescentes.
Scopus	Suicide AND (prevention OR intervention) AND (minors OR teen)
Web of Science	Suicide AND (prevention OR intervention) AND (minors OR teen)

3.2 Criterios de inclusión e exclusión

Os artigos incluídos nesta revisión cumpriron os seguintes criterios: a) artigos científicos publicados que evidencian programas de intervención para previr o suicidio; b) estudos do ámbito social; c) a poboación obxecto de intervención son adolescentes (entre 12 e 20 anos); d) estudos publicados en español ou inglés; e) artigos cuantitativos, cualitativos, casos de estudo ou experimentais; f) data de publicación posterior ao ano 2000.

Os criterios de exclusión foron os seguintes: a) aqueles estudos que non se centraban nos programas de intervención para previr o suicidio; b) estudos que non tiñan que ver co ámbito social; c) os que non contiñan o artigo ao completo.



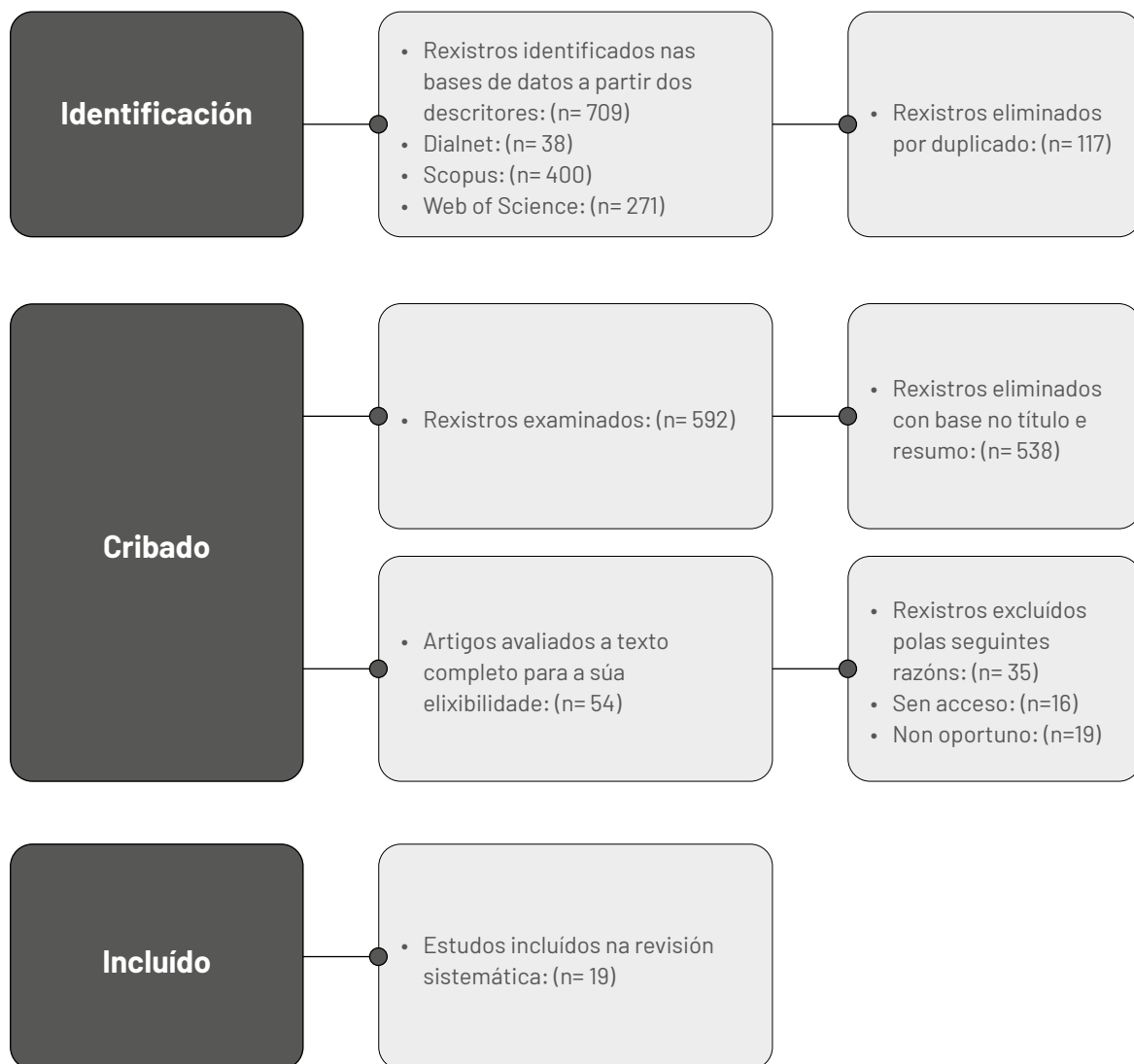
3.3 Selección de estudos

Esta revisión seguiu as recomendacións da declaración PRISMA, representada mediante un diagrama de fluxo para documentar a identificación, selección e avaliación dos estudos. Tras a fase de pescuda, seleccionáronse os estudos en función dos seus títulos e resumo que indicaban programas prevención do suicidio. Finalmente, léronse os artigos de texto completo para determinar a súa elixibilidade.

A procura inicial permitiu a identificación dun total de 709 estudos e procedeuse a eliminar 117 estudos duplicados. Foron seleccionados 54 textos para a lectura completa, 35 foron descartados polos seguintes motivos: i) non dispoñen de texto completo (n=17); ii) non incorporan a abordaxe específica de programas de prevención do ámbito social (n=18). Resultaron, finalmente, un total de 19 artigos que cumprían con todos os criterios delimitados previamente (**Figura 1**).

Figura 1.

Diagrama de fluxo dos artigos incluídos no estudo.





3.4 Extracción de datos

A información conseguida analizouse mediante a lectura completa dos textos que achegan respostas aos seguintes datos: autoría, ano, rexión, tipo de publicación, categoría/metodoloxía, temática, resumo, palabras chave e base de datos consultada. Trala selección definitiva dos estudos plasmáronse na Táboa 2 os resultados codificados en: autoría, ámbito territorial, tipo de investigación e mostra, técnica de recollida de información, ámbito de traballo, obxectivos, resultados e conclusións.

Despois da codificación dos textos puidéronse establecer as principais categorías descritivas do conxunto de investigacións incluídas nesta revisión. Este paso tivo como obxectivo transcender o contido individual dos artigos, o que permite obter unha visión global dos diferentes traballos identificados.

IV. RESULTADOS

A **táboa 2** amosa un resumo dos estudos incluídos na revisión que evidencian programas de prevención de suicidio en adolescentes, o máis antigo é do ano 2001 e o máis recente de 2022. As mostras dos diferentes estudos están constituídas por grupos de estudantes de secundaria, cun rango de idade que vai dende os 10 ata os 20 anos. O número de participantes nos estudos seleccionados foi variable, de 21 participantes na mostra máis pequena a 3.251 persoas na maior mostra. O maior número de publicacións tivo lugar en 2020 (n=3) e 2011 (n=3).

O tipo de investigación aplicado nos distintos estudos dá como resultado: un 36,8 % (n=7) baseado nun deseño exploratorio, o 21 % (n=4) en deseños experimentais, outro 21 % (n=4) corresponde a estudos descritivos, o 10,5 % (n=2) en estudos correlacionais, un 5,2 % (n=1) en cuasi experimental e outro 5,2 % (n=1) corresponde a un ensaio aleatorizado.

A maioría dos estudos (68,4 %) realizáronse en EUA, o 10,5 % (n=2) en Australia e os efectuados en España, Filipinas, Taiwán e Portugal representan un 5,2 % (n=1) en cada un deles. Nos últimos cinco anos foron publicados o 31,5 % (n=6) dos estudos.





Táboa 2.

Resumo dos artigos incluídos na revisión.

Número do traballo	Autoría (ano)	Ámbito territorial	Tipo de investigación e mostra	Técnica de recollida de información	Ámbito de traballo	Obxectivos	Resultados	Conclusións
1	Amaral, et al. (2020)	Portugal	Quasi experi-mental Adolescentes entre 13 a 17 anos (102)	Escala de Ideación Suicida de Beck Inventario de Depresión de Beck Escala de Desesperanza de Beck	Institución educativa en São Luís, Maranhão	Desenvolver, implantar e avaliar un programa de prevención do suicidio dirixido a adolescentes.	Antes da intervención, participaron 102 adolescentes, 30 (29,4 %) tiñan ideación suicida e síntomas depresivos. Despois da intervención, os instrumentos aplicáronse aos 30 adolescentes seleccionados, 12 (40,0 %) continuaron coa ideación. Antes da intervención, o inventario medio da depresión foi de 23,83 e despois de 7,17 ($p < 0,0001$)	Houbo unha diminución dos síntomas depresivos, a desesperación e a ideación suicida despois da implantación do programa de intervención.
2	Asarnow et al. (2017)	EUA	Ensaio controlado aleatorizado Adolescentes entre 12 a 18 anos (91)	Entrevistas	Atención primaria	Analizar se o programa de seguridade está deseñado para afrontar os retos identificados na intervención cos mozos e mozas que se autolesionaron.	A análise de supervivencia indicou unha probabilidade significativamente máis alta de supervivencia sen unha tentativa de suicidio polo seguimento de 3 meses nos mozos e mozas sen tentativa de suicidio.	Este é o segundo ensaio aleatorio que demostra que a intervención incluídos os compoñentes cognitivos e familiares proporcionan protección.
3	Ciffone (2007)	EUA	Descritivo Adolescentes entre 15 a 19 anos (421)	Cuestionario de ideación suicida (SIQ)	Dúas escolas educativas: High School en Elgin, Illinois e Prairie Ridge High School en Crystal Lake, Illinois.	Avaliar o programa de prevención do suicidio	Os resultados do programa actual replicaron os resultados positivos do programa medido anteriormente (Ciffone,1993). 3.- Os resultados demostraron que o programa é efectivo incluso cando haxa un presentador diferente.	Os resultados deste estudo demostran que nas escolas os programas de prevención baseados no currículo poden, de feito, cambiar as actitudes non desexadas cara ao suicidio e influir positivamente nas actitudes de busca de axuda.
3	Córdova et al. (2011)	España	Exploratorio Adolescentes entre 14 a 19 anos (81)	Escala de ideación suicida (SSI)	Dúas escolas de educación media superior de Hermosillo, Sonora.	Avaliar un programa de prevención secundaria de comportamentos de risco suicida en adolescentes escolarizados e as súas familias, utilizando o enfoque de democratización familiar.	A análise foi desegregada por niveis e observouse que algúns participantes melloraron tanto os seus niveis de ideación suicida como de depresión.	Os proxenitores e adolescentes avaliaron de forma positiva a súa participación nos talleres.





Número do traballo	Autoría (ano)	Ámbito territorial	Tipo de investigación e mostra	Técnica de recollida de información	Ámbito de traballo	Obxectivos	Resultados	Conclusións
4	Czyz et al. (2020)	EUA	Descritivo Adolescentes entre 13 a 17 anos (40).		Hospitalización psiquiátrica.	Informar e fomentar a intervención baseada en texto.	As mensaxes consideráronse útiles coa transición despois da hospitalización.	O soporte baseado en texto parece ser unha estratexia de continuidade aceptable.
5	Flynn et al. (2016)	EUA	Exploratorio Adolescentes entre 11 a 18 anos (3257)	Escala de Likert	Escola pública do oeste dos EUA.	Avaliar os cambios no coñecemento suicidio despois do programa Yellow Ribbon para estudantes dun sistema escolar público no medio oeste dos Estados Unidos.	O coñecemento relacionado co suicidio sobre factores de risco, onde buscar axuda e recursos, xunto co nivel de confort para pedir axuda, melloraron significativamente a participación do programa (Cramer V = 0,243 a 0,376, p <0,001).	Obsérvase unha mellora significativa do coñecemento, o nivel de confort e a intención de comportamento para buscar axuda se se producen pensamentos suicidas.
6	Hatim (2011)	EUA	Descritivo Adolescentes entre 10 a 24 anos (103)	Diagnóstico DSM III	Central Kentucky	O obxectivo do programa é avaliar os coñecementos básicos sobre o suicidio xuvenil.	Os resultados foron especialmente significativos nos coñecementos básicos do suicidio así como a formación aos proxenitores e profesores.	Este programa axudou a desenvolver un programa útil para prever o suicidio de rapaces así como para profesionais e proxenitores.
7	Hooven et al. (2012)	EUA	Correlativo Adolescentes (289)	Entrevistas Escala Likert	Fogar	Avaliar a eficacia dunha intervención preventiva de suicidio xuvenil cun breve programa para proxenitores no fogar.	Todos os grupos experimentaron unha diminución dos factores de risco e un aumento dos factores de protección durante o período de intervención e estas melloras mantéñense durante máis de 15 meses.	Os resultados revelan que a intervención producen reducións significativamente máis altas nos factores de risco de suicidio e o aumento dos factores de protección.
8	King et al. (2011)	EUA	Exploratorio Adolescentes entre 15 a 24 anos (1030)	Cuestionario de ideación suicida (SIQ) Cuestionario de risco suicida (RSQ)	Escola secundaria de Greater Cincinnati	Examinar o efecto inmediato do programa de prevención do suicidio e depresión sobre a suicidade dos estudantes e a autoeficacia percibida na realización de comportamentos que buscan axuda.	Os estudantes tiñan menos probabilidades no seguimento de 3 meses que no pretest que actualmente consideraban o suicidio, que fixera un plan suicida ou un intento de suicidio durante os últimos 3 meses e deixou de realizar actividades habituais debido a sentirse triste e desesperado.	Os resultados deste estudo prestan apoio á educación de prevención do suicidio nas escolas. Ademais, poden ser útiles para os profesionais da escola interesados en implantar unha programación prevención.





Número do traballo	Autoría (ano)	Ámbito territorial	Tipo de investigación e mostra	Técnica de recollida de información	Ámbito de traballo	Obxectivos	Resultados	Conclusións
9	Lucio et al. (2009)	México	Exploratorio Adolescentes entre 12 a 20 anos (21)	Inventario de Risco e Ideación Suicida (IRIS)	Escola secundaria	Deseñar, executar e avaliar unha estratexia preventiva con estudantes de bacharelato.	A execución da intervención dentro das instalacións escolares, facilitou a participación e asistencia de adolescentes. Non obstante, os cambios nos niveis de risco foron modestos.	Discútese sobre a necesidade de crear estratexias de captura innovadoras e mellorar as estratexias de coordinación coas escolas educativas.
10	Randell et al. (2001)	EUA	Experimental Adolescentes entre 14 a 19 anos (341)	Entrevistas	Escola secundaria	Avaliar os efectos inmediatamente postintervención.	Os efectos inmediatamente postintervención indicaron unha redución significativa con relación ao risco de comportamentos suicidas.	O risco de suicidio reduciuse con cambios significativos ao longo da intervención.
11	Reyes e Davis (2020)	Filipinas	Correlacional Adolescentes entre 18 a 24 anos (811)	Escala Likert Inventario de Risco e Ideación Suicida (IRIS)	Colexios e universidades de Metro Manila.	Investigar a importancia do apoio social e a conexión social.	Os resultados mostraron asociacións significativas entre o apoio social, a conexión social e a idea do suicidio.	As intervencións deberían aumentar a sensación de conexión social.
12	Roberts et al. (2018)	Australia	Exploratorio Adolescentes entre 10 a 12 anos (2288)	Entrevistas Cuestionario de risco suicida (RSQ)	63 escolas primarias do goberno en Perth, Australia.	Formar ao profesorado e identificar risco de suicidio nos pre-adolescentes.	Os resultados indican un aumento significativo do comportamento pro-social informado polos estudantes.	Estes achados suxiren que a formación do profesorado pode ter o potencial de impactar positivamente na suicidade.
13	Robinson et al. (2016)	EUA	Experimental Adolescentes entre 12 a 17 anos (82)	Escala de desesperanza de Beck (BHS)	Escola secundaria	Probar os efectos dun programa baseado en internet especificamente deseñado sobre a ideación suicida.	Os niveis xerais de ideación suicida, síntomas depresivos e desesperanza diminuíron significativamente ao longo do estudo.	As intervencións baseadas en internet poden ter unha eficacia á hora de reducir o risco de suicidio entre a mocidade.





Número do traballo	Autoría (ano)	Ámbito territorial	Tipo de investigación e mostra	Técnica de recollida de información	Ámbito de traballo	Obxectivos	Resultados	Conclusións
14	Skerrett et al. (2018)	Australia	Exploratorio Adolescentes entre 11 a 21 anos (71)	Entrevistas Escala de desesperanza de Beck (BHS)	Escola secundaria de Torres Strait Islander	Describir o deseño e implantación dunha intervención.	Houbo unha diminución estatisticamente significativa da idea suicida experimentada polos participantes despois de completar o programa.	O programa foi deseñado e implantado coidadosamente en consulta coa comunidade.
15	Tang et al. (2009)	Taiwán	Experimental Adolescentes entre 12 a 18 anos (347)	Inventario de Depresión Beck (BDI) Escala de desesperanza de Beck (BHS)	Escola secundaria	Examinar os efectos de intervención da psicoterapia para adolescentes deprimidos con risco suicida (IPT-A-IN)	Usando as puntuacións previas á intervención como covariables, o grupo IPT-A-in tivo menor postintervención en severidade da depresión, ideación suicida, ansiedade e desesperanza que o grupo Tau.	O IPT-A-in baseado na escola intensiva é eficaz para reducir a gravidade da depresión, idea suicida, ansiedade e desesperanza en adolescentes deprimidos con risco suicida.
16	Thompson et al. (2001)	EUA	Experimental. Adolescentes (460)	Entrevistas Escala de desesperanza de Beck (BHS)	Escola secundaria	Avaliar a eficacia de 2 intervencións preventivas, postintervención e seguimento de 9 meses.	As análises de curvas de crecemento mostraron taxas significativas de descenso na actitude cara ao suicidio e a ideación suicida asociada ás intervencións experimentais.	Os enfoques de prevención baseados na escola son factibles e eficaces para reducir os comportamentos suicidas.
17	Wasserman et al. (2015)	EUA	Exploratorio Adolescentes de 15 anos (110)	Entrevistas Intencionalidade suicida (SIS)	Escola secundaria	Investigar a eficacia das intervencións preventivas baseadas na escola.	Non se rexistraron diferenzas significativas entre os grupos de intervención e o grupo de control no seguimento de 3 meses.	YAM foi eficaz para reducir o número de intentos de suicidio e unha grave idea suicida en adolescentes na escola.
18	Wrobel et al. (2022)	EUA	Exploratorio. Adolescentes entre 15 a 24 anos (1.030)		Escola secundaria de Colorado	Facilitar o desenvolvemento, implantación e avaliación da tecnoloxía móbil e dixital para a prevención do suicidio.	As ferramentas e procesos de recollida de datos resultantes poden informar a evidencia colectiva arredor da tecnoloxía e a saúde mental para adolescentes.	Os resultados presentados neste estudo demostran a eficacia das intervencións.
19	Zisk et al. (2019)	EUA	Descritivo Adolescentes (253)	Inventario de Depresión Beck (BDI) Escala de desesperanza de Beck (BHS)	Escola secundaria.	Analizar a variación substancial da resposta dos adolescentes e resultados desta intervención.	Identificáronse tres patróns de resposta e, como consecuencia, deron bos resultados.	Os resultados apuntan á heteroxeneidade na resposta ao tratamento que poden requirir tratamentos de adaptación para adolescentes con estes perfís de pretratamento.





A partir da organización e a análise dos principais achados de cada un dos artigos, identificáronse catro categorías que sintetizan os resultados sobre os programas de prevención do suicidio en adolescentes. As catro categorías identificadas corresponden a ámbito de aplicación, tipos de programas de prevención e os contidos destes, instrumentos e profesionais implicados na detección e valoración do comportamento suicida e, por último, a intervención empregada segundo a situación do adolescente.

4.1 Ámbito de aplicación

Os estudos analizados na táboa 2 confirman que os programas de prevención establecidos no ámbito escolar teñen resultados favorables e efectivos. Así, autores como Hooven et al. (2012) afirman que unha intervención preventiva na escola é frutuosa, pois, nas escolas que lles brindan apoio e atención aos e ás adolescentes máis vulnerables teñen menos riscos de ter pensamentos suicidas. Ciffone (2007) ratifícao no seu estudo *Suicide prevention: An analysis and replication of a curriculum-based high school program* no que asegura que as escolas que levan a cabo programas de prevención poden cambiar as actitudes non desexadas cara ao suicidio e influír positivamente nas actitudes que buscan axuda por si mesmos e polos seus compañeiros e compañeiras. De facto, o 84,21 % (n=16) dos programas de intervención examinados executáronse no ámbito escolar fronte ao 15,78 % (n=3) que se aplicaron na atención primaria, na hospitalización psiquiátrica e no fogar.

Flynn et al. (2016) concluíron no seu estudo que a implantación do programa de prevención *Yellow Ribbon* na escola permitiu unha mellora significativa dos coñecementos sobre o suicidio e busca de axuda. Ademais, os resultados do estudo suxeriron que o adestramento do programa na escola é especialmente útil para os mozos. Así mesmo, King et al. (2011) reafírmanse na idea de que o seu programa de prevención lle presta un apoio importante ao ámbito escolar, pois, os resultados son evidentes e de utilidade para os profesionais do ensino interesados en poñer en práctica unha programación eficaz de prevención do suicidio para o seu estudiantado.

A intervención máis empregada no ámbito escolar para previr comportamentos suicidas é aquela que inclúe os talleres educativos. Deste modo, Córdova et al. (2011) rematan dicindo que os adolescentes e os seus proxenitores avaliaron de forma positiva os talleres formativos realizados na escola. Inclusive, recoméndase prolongar a duración destes. Hatim (2011) incidía en que os talleres sobre coñecementos básicos de suicidio dirixidos ao profesorado son especialmente significativos e un recurso útil para estes. Neste sentido, Roberts et al. (2018) destacaron que a formación do profesorado pode ter a vantaxe de impactar positivamente na suicidade e no comportamento prosocial nas idades preadolescentes.

4.2 Tipos de programas de prevención e contido destes

Os estudos incluídos no noso traballo de investigación teñen como obxectivo principal a avaliación e eficacia dos programas de prevención elaborados polos/as autores/as nun 84,21 % (n=16),





mestres que, o 10,52 % (n=2) teñen como obxectivo mellorar os coñecementos sobre suicidio dirixidos tanto a profesionais e proxenitores como adolescentes e, por último, nun 5,26 % (n=1) investigar a correlación entre o apoio social e a ideación suicida.

Os contidos fundamentais dos programas para evitar o suicidio en adolescentes, en xeral, son: educativo para reducir o estigma; aumentar os coñecementos básicos sobre o suicidio; adestramento en habilidades de afrontamento; busca de axuda; resolución de problemas para reducir o estrés e os factores de risco do suicidio.

En canto á tipoloxía da prevención, o 52,63 % (n= 10) deles foron de prevención directa, é dicir, estaban dirixidos aos adolescentes; o 21,05 % (n=4) indirecta, centrábase, principalmente, nos proxenitores e profesionais para a detección da ideación suicida nos adolescentes e en habilidades de afrontamento; e o 26,31 % (n=5) realizaban ambos os tipos de prevención. Non obstante, os programas que realizan ambos os tipos de prevención, isto é, tanto aos adolescentes como aos proxenitores e profesionais, teñen resultados altamente eficaces. Neste aspecto, Hatim (2011) concluíu que a implantación do seu programa de prevención dirixido aos adolescentes, profesionais e proxenitores foi especialmente útil.

Os programas de prevención executados polos distintos autores/as coincidiron nos resultados dos seus estudos que: nun 89,47 % (n=17) a alta eficacia do programa para previr pensamentos suicidas en adolescentes, nun 63,15 % (n=12) unha diminución significativa dos síntomas de depresión, ansiedade e ideación suicida e nun 40,18 % (n=8) un aumento de habilidades de afrontamento, busca de axuda de profesionais e coñecementos básicos sobre o suicidio.

Neste sentido, autores como Amaral et al. (2020) despois de desenvolver, implantar e avaliar un programa de prevención do suicidio dirixido a adolescentes concluíron que houbo unha diminución dos síntomas depresivos, desesperación e a ideación suicida. Por outro lado, Skerrett et al. (2018) demostran que os participantes no programa experimentaron unha mellor comprensión da saúde holística e un maior número de habilidades de afrontamento.

4.3 Instrumentos e profesionais implicados na detección e valoración do comportamento suicida

A medición da prevalencia da conducta suicida, valorada como ideas e intentos de suicidio, empregan distintas técnicas de recollida de información. Nun 36,8 % (n=7) utilizan a entrevista, nun 31,5 % (n=6) dos estudos empregan a escala de desesperanza de Beck, nun 26,3 % (n=5) sèrvese dun inventario de depresión e ideación suicida de Beck e os restantes instrumentos corresponden a un 21 % (n=4) á escala de Likert, un 15,7 % (n=3) ao cuestionario de ideación suicida e outro 15,7 % (n=3) á escala de ideación de suicidio. Con base nestes datos, podemos indicar que a entrevista é a técnica máis utilizada para detectar riscos de ideación suicida.

Segundo Amaral et al. (2020), no seu estudo chamado *Depressão e ideação suicida na adolescência: implementação e avaliação de um programa de intervenção*, a Escala de Ideación Suicida de Beck, Inventario de Depresión de Beck, Escala de Desesperanza de Beck permitiu





unha identificación e valoración exhaustiva dos pensamentos suicidas e de depresión pre e post-intervención. Por outra banda, Córdova et al. (2011) observaron a través da escala de ideación suicida (SSI) que algúns participantes melloraron tanto os seus niveis de ideación suicida como de depresión unha vez implantado o programa de prevención.

Os e as profesionais que traballan na detección e valoración de ideas e comportamentos son docentes, psicólogos/as, psiquiatras, educadores/as e traballadores/as sociais. Así, pois, Ciffone (2007) inclúe no seu programa un cuestionario de seguimento dirixido os/as traballadores/as sociais para detectar e intervir cun estudante en risco. Hatim (2011) tamén levou a cabo un recurso útil para que os/as profesionais psicosociais poidan detectar o risco de suicidio.

4.4 A intervención empregada segundo a situación do adolescente

Os estudos analizados puxeron en evidencia programas de intervención para previr o suicidio dos adolescentes. Entre eles destacan: nun 47,36 % (n=9) intervención psicosocial, nun 31,57 % (n=6) talleres de formación, nun 21,05 % (n=4) psicoterapias e, por último, nun 15,78 % (n=3) intervención baseada nas tecnoloxías.

Respecto as intervencións psicosociais, os principais achados destacan tres sistemas de apoio que actúan como factores de protección fronte o risco de suicidio: social, escolar e familiar. Autores como Reyes e Davis (2020) descubriron que o aumento do apoio social ou a conexión social está asociada á diminución do comportamento suicida. En consecuencia, podemos indicar, segundo os estudos analizados, que existe unha correlación entre os distintos sistemas de apoio e a ideación suicida.

Por outra banda, algúns/algunhas autores/as consideran que as intervencións baseadas en psicoterapias son máis eficaces nos casos de adolescentes con comportamentos suicidas e con problemas cos seus proxenitores. Para reforzar esta idea, cómpre dicir que Zisk et al. (2019) informaron de que a terapia familiar baseada no apego é efectiva para aqueles adolescentes con comportamentos suicidas que, ademais, teñen mala comunicación cos seus proxenitores. Asarnaw et al. (2017) levaron a cabo unha intervención baseada nunha terapia condutual durante tres meses e concluíron a súa eficacia para previr intentos de suicidio en adolescentes que presentan recente autolesión e que tiñan unha mala relación cos seus proxenitores.

Os talleres de formación en habilidades de afrontamento e coñecementos básicos de suicidio, dirixidos tanto aos proxenitores e profesorado como adolescentes, logran efectos altamente positivos. Así, Hatim (2011) resalta que os resultados do programa foron especialmente significativos nos coñecementos básicos do suicidio, así como a formación aos proxenitores e profesorado. Da mesma maneira, Córdova et al. (2011) aseguraron que os proxenitores e adolescentes avaliaron de forma positiva a súa participación nos talleres.

Segundo as características asociadas á intervención de xeito lonxitudinal, podemos afirmar que, a diferenza dos principios da década do 2000 na que as intervencións están baseadas





en psicoterapias ou en talleres de formación (Ciffone, 2007; Lucio et al., 2009; Randell et al., 2001), nos últimos anos están asociadas ás tecnoloxías (Cyzy et al., 2020; Robinson et al., 2016; Wrobel et al., 2022).

As intervencións baseadas nas tecnoloxías fomentan habilidades de afrontamento e procura de axuda de profesionais. Neste sentido, Wrobel et al. (2022) confirman que este tipo de intervencións aumentan as consultas a profesionais. Ademais, afirman que os e as adolescentes interactúan nun 64,8 % con contidos baseados en Youtube. Autores como Cyzy et al. (2020), no seu artigo publicado *Augmenting safety planning with text messaging support for adolescents at elevated suicide risk: development and acceptability study*, manifestan que os adolescentes que recibiron mensaxes de texto de apoio lle resultaron útiles e que lles poden axudar a evitar un comportamento suicida. Tamén, Robinson et al. (2016) chegan á conclusión de que as intervencións baseadas en internet poden ser prometedoras cando se trata de reducir o risco de suicidio entre os rapaces que se autolesionaron recentemente.

5. DISCUSIÓN E CONCLUSIÓNS

Na primeira parte deste traballo de fin de mestrado desenvolveuse un marco teórico das achegas e estudos realizados por diversos autores e autoras sobre a prevención do suicidio en adolescentes e sobre o recoñecemento da Organización Mundial da Saúde (OMS) como unha cuestión prioritaria de saúde pública.

En segundo lugar, desenvolveuse unha revisión exhaustiva da literatura baseada no protocolo PRISMA para responder a pregunta de investigación. O obxectivo principal do noso traballo é analizar e sintetizar a evidencia dispoñible sobre programas de prevención do suicidio en adolescentes. A selección de estudos conseguiuase a través das bases de datos Dialnet, Scopus e Web of Science. De todos eles, un total de 19 estudos foron os analizados, pois cumprían con todos os criterios de inclusión.

O *suicidio* é o acto deliberado de quitarse a vida (OMS, 2013) e é, por primeira vez, no ano 2020, a primeira causa de falecemento entre os mozos e mozas de 15 a 29 anos, en España. Os expertos explican que este feito é debido ao estalido da pandemia da covid-19 e as súas consecuencias (Jerónimo et al., 2021).

Os factores de risco asociados ao comportamento suicida son depresión, falta de coñecementos sobre suicidio, factores familiares, baixa autoestima, busca de axuda, falta de habilidades de afrontamento e ira (Amaral et al., 2020; Buitrago, 2011; Flynn et al., 2016; Hirsch et al., 2018; Hooven et al., 2012; King et al., 2011). Non obstante, principal factor de risco asociado ao comportamento suicida na poboación adolescente é a presenza dun diagnóstico de depresión (Buitrago, 2011). Entre os factores protectores fronte ao suicidio caben destacar: un adecuado soporte familiar e social, habilidades para pedir apoio e axuda inmediata, aumentar os coñecementos básicos sobre o suicidio, adestramento en habilidades de afrontamento e resolución de problemas (Czyz et al., 2020; Flynn et al., 2016; Hooven et al., 2012; Quiceno et al., 2013; Reyes et al., 2020; Skerrett et al., 2018; Teruel e Bello, 2014; Wrobel et al., 2022). Neste sentido, algúns





autores e autoras indican que as condicións do contorno poden favorecer o pleno desenvolvemento do adolescente e, igualmente, reducir os efectos de posibles circunstancias desfavorables (Teruel e Bello, 2014). Nesta mesma liña argumental, Reyes e Davis (2020) descubriron que o aumento do apoio social está asociado á diminución do comportamento suicida. Debido ao incremento progresivo de casos de suicidio en adolescentes, a OMS considerou este fenómeno como unha das prioridades sanitarias, pois, leva máis de 40 anos recomendado desenvolver estratexias de intervención eficaces e programas de prevención de ámbito local e nacional (OMS, 1969,1984, 1999, 2004, 2014).

Así, países como EUA, Dinamarca, Nova Zelandia, Inglaterra, Irlanda, Escocia, Alemaña, Finlandia ou Noruega, entre outros, elaboraron estratexias nacionais para a prevención do suicidio seguindo as propostas da OMS (2021b). Porén, en España existe unha escasa implantación de programas de tipo preventivo.

Os resultados da investigación manifestan que a escola é o ámbito de aplicación máis apropiado para poñer en práctica os programas de prevención do suicidio. Así Hooven et al. (2012) afirman que unha intervención preventiva na escola é frutuosa. Ademais, autores como Russell e Joyner (2001) propoñen formar a unha *figura chave* ou *gatekeeper* que pode ser calquera persoa da escola para desenvolver competencias e habilidades de afrontamento para prever o suicidio no contexto educativo.

A evidencia dispoñible de programas de prevención postos en práctica indican unha alta eficacia para prever pensamentos suicidas en adolescentes, unha diminución significativa dos síntomas de depresión, ansiedade e ideación suicida e un aumento de habilidades de afrontamento, busca de axuda de profesionais e coñecementos básicos sobre o suicidio (Amaral et al., 2020; Asarnow et al., 2017; Ciffone, 2007; Flynn et al., 2016; Hoveen et al., 2012; Randell et al., 2001; Robinson et al., 2016; Skerrett et al., 2018; Tang et al., 2009; Thompson et al., 2001; Wasserman et al., 2015; Wrobel et al., 2022).

Os e as profesionais dispoñen de técnicas e instrumentos de recollida de información para detectar e valorar o risco de ideación suicida, Horowitz et al. (2001) destacan: o cuestionario de risco suicida (RSQ), o cuestionario de ideación suicida (SIQ), o inventario de Depresión Beck (BDI), a escala de desesperanza de Beck (BHS), a intencionalidade suicida (SIS), a escala de ideación suicida (SSI) e a escala Likert. Non obstante, Wasserman (2001) apunta que a entrevista é, actualmente, a técnica máis eficaz para avaliar o comportamento suicida e, inclusive, é a máis utilizada nos estudos analizados.

Por último, os programas evidencian distintas intervencións dependendo a situación na que se encontre o adolescente: *psicosocial*, cando o adolescente ten pensamentos suicidas, os estudos conclúen que unha intervención baseada no aumento do apoio social está asociada á diminución do comportamento suicida (Reyes e Davis, 2020); *psicoterapia*, é máis eficaz nos casos de adolescentes con comportamentos suicidas que teñen problemas cos seus proxenitores (Asarnaw et al.,2017; Glazebrook et al., 2015; Zisk et al., 2019); *talleres formativos*, para ampliar coñecementos básicos sobre o suicidio no ámbito educativo e familiar (Córdova et al., 2011; Hatim, 2011); *baseado na tecnoloxía*, son eficaces con adolescentes que recentemente se autolesionaron e se encontran hospitalizados.





Considérase de especial importancia incrementar a investigación no plano da prevención do suicidio e as diferentes formas de abordar o problema e avaliar a eficacia. Da mesma maneira, contemplamos a necesidade de incorporar a figura do/a traballador/a social no ámbito educativo para levar a práctica programas de prevención do suicidio, pois, esta profesión está capacitada e formada neste eido. Finalmente, esta revisión pretende servir de base para poder crear futuros programas prevención con base nos resultados e conclusións obtidos.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ander Egg, E. (1995). *Diccionario del trabajo social*. Edición Lumen.
- Amaral, A., Uchoa, J., Ney, F., Santos, M., Fernandes, R. e Milanés, L. (2020). Depressão e ideação suicida na adolescência: implementação e avaliação de um programa de intervenção. *Enfermería global*, 19(3), 1-35. <https://doi.org/10.15309/16PSD170316>
- Asarnow, J., Hughes, J., Babeva, K. e Sugar, C. (2017). Cognitive-behavioral family treatment for suicide attempt prevention: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(6), 506-514. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.03.015>
- Bella, M., Fernández, R. e Willington, J. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos argentinos de pediatría*, 108(2), 124-129. https://www.researchgate.net/publication/262433622_Intento_de_suicidio_en_ninos_y_adolescentes_depresion_y_trastorno_de_conducta_disocial_como_patologias_mas_frecuentes
- Buitrago, S. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de medicina*, 11(1), 62-67. <https://doi.org/10.30554/ARCHMED.11.1.1435.2011>
- Bustamente, V. e Florenzano, U. (2013). Programas de prevención del suicidio adolescente establecidos en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Revista Chilena Neuro-Psiquiátrica*, 51(2), 126-136. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v51n2/art06.pdf>
- Ciffone, J. (2007). Suicide prevention: an analysis and replication of a curriculum-based high school program. *Journal of Social Work*, 52(1), 45-49. <https://doi.org/10.1093/SW/52.1.41>
- Colom, D. (1998). De la ética celestial a la ética en casa, pasando por la oficina. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 41, 43-47. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=299445>
- Comisión Europea.(2008). *Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar*. <https://consaludmental.org/publicaciones/Pactoeuropeosaludmental.pdf>
- Córdova, M., Cubillas, M., Thurber, B. e Stallones, L. (2011). ¿Es posible prevenir el suicidio? Evaluación de un programa de prevención en estudiantes de bachillerato. *Psychological Services*, 5(3), 262-274. <https://doi.org/10.11144/153>
- Czyz, E., Arango, A., Healy, N., King, C. e Walton, M. (2020). Augmenting safety planning with text messaging support for adolescents at elevated suicide risk: development and acceptability study. *Advancing digital health & Open science*, 7 (5). <https://doi.org/10.2196/17345>
- Fleischhaker, C., Bohme, R., Sixt, B., Bruck, C., Shneider, C. e Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents: a clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow up. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 5(1), 34-36. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-5-3>





- Flynn, A., Zackula, R., Klaus, N., McGinness, L., Carr, S. e Macaluso, M. (2016). Student Evaluation of the Yellow Ribbon Suicide Prevention Program in midwest schools. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 18(3), 23-34. <https://doi.org/10.4088/PCC.15m01852>
- Hatim, O. (2011). Youth suicide prevention in rural Kentucky. *Pediatrics faculty publications*, 117. https://uknowledge.uky.edu/pediatrics_facpub/117/
- Hegerl, U., Wittmann, M., Arensman, E., Chantal, J., Van Der, C., Gusmaio, R., Kopp, M., Lohr, C., Maxwell, M., Meise, U., Mirjanic, M., Oskarsson, H., Perez, V., Pull, C., Pycha, R., Tuulari, J., Varnik, A. e Pfeiffer, T. (2008). The “European Alliance Against Depression (EAAD)”: a multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 9(1), 85-90. <https://doi.org/10.1080/15622970701216681>
- Hirsch, J., Chang, E. e Rabon, J. (2018). A Positive Psychological Approach to Suicide. *Springer International Publishing*, 12(5), 1032-1033. https://doi.org/10.1007/978-3-030-03225-8_1
- Hooven, C., Walsh, E., Pike, K. e Herting, J. (2012). Promoting CARE: Including parents in youth suicide prevention. *Family & Community Health*, 35(3), 225-235. <https://doi.org/10.1097/FCH.0b013e318250bcf9>
- Horowitz, L., Wang, P., Koocher, G., Cleary, P., Fallon, M., Klavon, S. e Burr, B. (2001). Detección del riesgo de suicidio en una ciudad de urgencias pediátricas: creación de un breve instrumento de detección. *Pediatrics*, 117, 1133-1137. <https://doi.org/10.1542/peds.107.5.1133>
- Jerónimo, M., Piñar, S., Samos, P., González, A., Bellsolá, M., Sabaté, J., León, J., Aliart, X., Martín, L., Aceña, R., Pérez, V. e Corcóles, D. (2021). Intentos e ideas de suicidio durante la pandemia por COVID-19 en comparación con los años previos. *Revista Psiquiatra de Salud Mental*, 2(23), 23-25. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.11.004>
- King, K., Strunk, C. e Sorter, M. (2011). Preliminary effectiveness of surviving the teens suicide prevention and depression awareness program on adolescents suicidality and self-efficacy in performing help-seeking behaviors. *Journal of school health*, 81(9), 581-590. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2011.00630.x>
- Lucio, E., Linage, M., Pérez, M. e Arenas, P. (2009). Una estrategia preventiva para adolescentes con riesgo suicida y consumo de sustancias en el escenario escolar. *Revista Española de Drogodependencias*, 34(3), 323-330. <https://www.semanticscholar.org/paper/Una-estrategia-preventiva-para-adolescentes-con-y-G%C3%B3mez-Maqueo-Rivadeneira/f4480df5cad40e429c80e8da87effd6123399815>
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026*. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. e Altman, D. (2009). PRISMA Group: Methods of systematic reviews and meta-analysis: preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62, 1006-1012. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- OMS. (1969). Prevención del suicidio. *Cuadernos de Salud Pública*, 35. <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/documentaci%C3%B3n-oms-sobre-conducta-suicida/>
- OMS. (1999). *Programa SUPRE (Suicide Prevention)*. <http://www.who.int/topics/suicide/es/>
- OMS. (2013). *66ª Asamblea Mundial da Saúde*.
- OMS. (2014). *Primer informe de la OMS sobre suicidio*. <https://www.who.int/es/news/item/04-09-2014-first-who-report-on-suicide-prevention>





- OMS. (2021a). OMS: Organización Mundial de la Salud. <https://www.un.org/youthenvoy/es/2013/09/oms-organizacion-mundial-de-la-salud/>
- OMS. (2021b). El suicidio: datos y cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. e Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *PLoS Med*, 18(3). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Portzky, G. e Heering, K. (2006). Suicide prevention in adolescents: A controlled study of the effectiveness of a school-based psycho-educational program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(9), 910-918. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.015995.x>
- Quiceno, J. e Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, factores salutogénicos e ideación suicida en adolescentes. *Terapia psicológica*, 31(2), 263-271. <https://doi.org/10.406/S0718-48082013000200012>
- Randell, B., Eggert, L. e Pike, K. (2001). Immediate post-intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 31(1), 41-61. <https://doi.org/10.1521/SULI.31.1.41.21308>
- Reyes, M. e Davis, R. (2020). Relative importance of social support and social connectedness as protective factors of suicidal ideation among selected filipino late adolescents. *Suicidology online*, 11(1), 29-40. <https://www.semanticscholar.org/paper/Relative-Importance-of-Social-Support-and-Social-as-Reyes-Davis/f2ea6fa7ac597d4b5cd22e1d03a1837aea7e0cf4>
- Roberts, C., Kane, R., Rooney, R., Pintabona, Y., Baughman, N., Hassan, S. e Silburn, S. (2018). Efficacy of the Aussie Optimism Program: Promoting Pro-social Behavior and Preventing Suicidality in Primary School Students. A Randomised-Controlled Trial. *Frontiers in Psychology*, 8, 1392. <https://doi.org/10.339/fpsyg.2017.01392>
- Robinson, J., Hetrick, S., Cox, G., Bendall, S., Yuen, H., Yung, A. e Pirkis, J. (2016). Can an Internet-based intervention reduce suicidal ideation, depression and hopelessness among secondary school students?: Results from a pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(1), 28-35. <https://doi.org/10.1111/eip.12137>
- Russell, S. e Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: Evidence from a national study. *American Journal of public health*, 91(8), 1276-1281. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.8.1276>
- Skerrett, D., Gibson, M., Darwin, L., Lewis, S., Rallah, R. e De Leo, D. (2018). Closing the gap in aboriginal and Torres Strait Islander youth suicide: A social-emotional wellbeing service innovation project. *Australian Psychologist*, 53(1), 13-22. <https://doi.org/10.1111/ap.12277>
- Sorzano, T., Jiménez, E., Cámara, M., Caballero, V., Durante, A., Vela, R. e Santolalla, I. (2022). Health plans for suicide prevention in Spain: A descriptive analysis of the published documents. *Nursing reports*, 12(1), 77-89. <https://doi.org/10.3390/nursrep12010009>
- Tang, T., Jou, S., Ko, C., Huang, S. e Yen, C. (2009). Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63(4), 463-470. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2009.01991.x>
- Teruel, D. e Bello, M. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del psicólogo*, 35(3), 181-192. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4839326>





- Thompson, E., Eggert, L., Randell, B. e Pike, K. (2001). Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. *American Journal of Public Health*, 91(5), 742-752. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.5.742>
- Zisk, A., Abbott, C., Bounoua, N., Diamond, G. e Kobak, R. (2019). Parent-teen communication predicts treatment benefit for depressed and suicidal adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 87(12). <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.12.013>
- Wasserman, D. (2001). *A Stress-Vulnerability Model and the Development of the Suicidal Process*. Edición: Marlin Dunitzh.
- Wasserman, D., Hoven, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G. e Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9977), 1536-1544. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7)
- Wrobel, J., Silvasstar, J., Peterson, R., Sumbundu, K., Kelley, A., Stephens, D., Craig, S. e Bull, S. (2022). Text messaging intervention for mental wellness in American Indian and Alaska native teens and young adults (BRAVE study): Analysis of user engagement patterns. *Advancing Digital Health & Open Science*, 6(2), 6-12. <https://doi.org/10.2196/3213>
-





VIVENDA TUTELADA PARA MULLERES VÍTIMAS DE VIOLENCIA DE XÉNERO CON ENFERMIDADE MENTAL

A Mariña - Concello de Burela

Novembro de 2018 a xaneiro de 2022

María José Nóvoa Rodríguez- Traballadora social

mariayusep8@hotmail.com

Premio Día Mundial do Traballo Social 2022

Modalidade Boa Práctica

RESUMO

O acceso de mulleres vítimas de violencia de xénero aos recursos que conforman a *Rede Galega de Acollemento de Vítimas de Violencia de Xénero (RGA)* excluía a aquelas mulleres que padecen unha enfermidade mental grave, co que se conforma esta vivenda tutelada como a resposta á necesidade de acoller e darlles asistencia integral e apoio ás mulleres vítimas de violencia de xénero que tamén presentan enfermidade mental, das cales o seu obxectivo ademais da prestación do servizo de aloxamento e manutención, é a prestación dunha atención integral, personalizada e de calidade que cubra todas as necesidades das persoas derivadas a este equipamento, tendo en conta a súa historia de vida e as súas expectativas, co fin último de favorecer o desenvolvemento dun proxecto de vida antes de rematar a estancia na vivenda.

Queremos apoderar as mulleres que chegan á nosa vivenda para que poidan superar as dificultades que supón sufrir un triplo factor de discriminación: ser muller, sufrir unha situación de violencia de xénero e padecer unha enfermidade mental.

En definitiva, coa posta en marcha deste dispositivo pioneiro en territorio español e único na Comunidade Autónoma de Galicia, conseguiuase dotar a RGA dun dispositivo especializado en saúde mental, contribuíndo á loita contra a violencia de xénero respondendo á necesidade, non cuberta, de contar con recursos habitacionais para mulleres que sofren violencia de xénero e padecen unha enfermidade mental.



PALABRAS CLAVE

Vítimas de violencia de xénero; enfermidade mental; vivenda tutelada; atención integral, personalizada e de calidade; proxecto de vida

RESUMEN

El acceso de mujeres víctimas de violencia de género a los recursos que conforman a *Red Galega de Acogimiento de Víctimas de Violencia de Género (RGA)* excluía a aquellas mulleres que padecen una enfermidade mental grave, conformándose esta vivenda tutelada como la respuesta a la necesidad de acoger y dar asistencia integral y apoyo a las mujeres víctimas de violencia de género que también presentan enfermidade mental, siendo su objetivo además de la prestación del servicio de alojamiento y manutención, la prestación de una atención integral, personalizada y de calidade que cubra todas las necesidades de las personas derivadas a este equipamiento, teniendo en cuenta su historia de vida y sus expectativas, con el fin último de favorecer el desarrollo de un proxecto de vida antes de acabar la estancia en la vivenda.

Queremos empoderar a las mujeres que llegan a nuestra vivenda para que puedan superar las dificultades que supone sufrir un triple factor de discriminación: ser mujer, sufrir una situación de violencia de género y padecer una enfermidade mental.

En definitiva, con la puesta en marcha de este dispositivo pionero en territorio español y único en la Comunidad Autónoma de Galicia, se consiguió dotar a la RGA de un dispositivo especializado en salud mental, contribuyendo a la lucha contra la violencia de género respondiendo a la necesidad, no cubierta, de contar con recursos habitacionales para mujeres que sufren violencia de género y padecen una enfermidade mental.

PALABRAS CLAVE

Vítimas de violencia de género; enfermidade mental; vivenda tutelada; atención integral, personalizada y de calidade; proxecto de vida

ABSTRACT

The access of women victims of gender violence to the resources that make up the Galician Network for the Shelter of Victims of Gender Violence (RGA) excluded those women who suffer from serious mental illness, conforming this sheltered housing as the response to the need to welcome and provide comprehensive assistance and support to women victims of gender violence who also have mental illness, its objective being; in addition to the provision of accommodation and maintenance services, the provision of comprehensive, personalized and quality care that covers all the needs of people referred to this facility, taking into account their life history and expectations, with the ultimate goal of promoting the development of a life project before finishing their stay in the house.





We want to empower the women who come to our house so that they can overcome the difficulties of suffering a triple factor of discrimination: being a woman, suffering from a situation of gender violence and suffering from a mental illness.

In sort, with the implementation of this pioneering device in Spanish territory and unique in the Autonomous Community of Galicia, it was possible to provide the RGA with a specialized mental health device, contributing to the fight against gender violence by responding to the need, not covered, to have housing resources for women who suffer gender violence and suffer from mental illness.

KEYWORDS

Victims of gender violence; mental illness; guardianship housing; comprehensive, personalized and quality care; life project

1. INTRODUCCIÓN

Non podíamos mirar cara a outro lado. A violencia de xénero é unha realidade social que en Galicia e no resto de territorio español afecta a mulleres, independente da súa clase social e cultural. É unha realidade difícil de erradicar a pesar das políticas de igualdade e as campañas de información e orientación que desde hai anos se están a levar a cabo. Vemos como o número de mulleres vítimas deste tipo de violencia que busca axuda vai en aumento na nosa sociedade, aspecto probablemente relacionado coas devanditas campañas e co esforzo de varios colectivos por dar visibilidade a esta realidade social, que antes quedaba relegada ao ámbito privado do fogar. Ata fai pouco tempo era algo do que non se falaba, agora iso cambiou a nivel social e empezóuselle a dar voz.

A violencia contra as mulleres existiu na sociedade dunha ou outra forma, estando relacionada cos desequilibrios nas relacións de poder entre mulleres e homes en varios ámbitos da vida. Estas diferenzas entre sexos víronse reforzados ao longo da historia a través dos estereotipos de rol de xénero que se nos inculcaron. Ensínasenos, por exemplo, que a muller é máis débil e máis sensible e os homes son máis fortes, independentes e racionais; que comportamentos son típicos dun home e cales da muller, etc., reforzando así as diferenzas entre ambos e fomentando unha imaxe da muller como inferior moralmente, débil e dependente.

Actualmente, estase a avanzar no camiño de romper con estes estereotipos, pero aínda se require tempo e esforzo para cambiar os valores sociais e culturais que son a base do comportamento agresivo dalgúns homes, que abusan do poder para controlar a relación que manteñen con quen se atopa nunha situación vulnerable.





A muller vítima de violencia de xénero, unha vez que denuncia e pide axuda atópase nunha situación psicolóxica, emocional, física, social, familiar e económica moi deteriorada, sendo as consecuencias dos malos tratos devastadoras para a muller. Varios estudos indican que é frecuente entre as mulleres vítimas de malos tratos a tensión postraumática, a depresión, os trastornos de ansiedade e o abuso de sustancias.

En relación ao estrés postraumático (Rincón González, 2003, p. 37), os síntomas máis prevalentes son a presenza de recordos recorrentes e desagradables sobre os malos tratos, malestar psicolóxico intenso ao lembrar os sucesos e síntomas de hiperactivación (dificultade para durmir, problemas de concentración e un estado continuo de alerta).

A depresión é aínda máis frecuente (70% entre moderada e grave). Identifícanse como factores que se relacionan con iso: a sensación de fracaso persoal, o abandono do fogar, a deterioración da rede social e/ou familiar e a perda de poder adquisitivo. A muller atópase cunha alteración de todas as áreas da súa vida.

A autoestima vese moi deteriorada, un 74% presentan unha autoestima moi baixa froito da situación de malos tratos recorrentes e continuados no tempo que soportaron. A muller remata asumindo como verdade as mensaxes denigrantes que recibe da súa parella continuamente, o que se reflicte na súa sensación de inadecuación, a súa sensación de baixa valía e a súa percepción de ter escasos recursos de afrontamento. Isto último, unido aos sentimentos de vergoña e culpa que lles inculcan fai que saír desta situación e romper coa parella lles resulte tan difícil.

Unha de cada catro mulleres teñen risco de padecer algún problema de saúde mental: isto é moi serio. Numerosos estudos aseguran que o xénero ten unha influencia determinante na Saúde Mental. Neste senso, a propia Organización Mundial da Saúde (OMS) no seu *Plan de Acción sobre a Saúde Mental 2013-2020* (2013, pp. 10-11) conta, entre as súas estratexias, con traballar pola emancipación socioeconómica das mulleres e mellorar o acceso á educación, ao traballo e ata a centros específicos de Saúde Mental. Sen ir máis lonxe, moitos dos pacientes dos centros especializados en saúde mental son varóns, debido a que a muller xoga un papel fundamental na nosa sociedade patriarcal e desigualitaria, pois debe quedarse na casa, facendo todas as labores e coidando, en moitos casos, de ascendentes e descendentes, non tendo nestes casos, polo tanto, o mesmo acceso a un tratamento terapéutico integral igual que os homes.

Cristina Polo (2013, p. 18), psiquiatra especialista en saúde mental e xénero, asegura que “se diagnostica de forma diferente a homes e mulleres en todas as especialidades médicas. En atención primaria, numerosos estudos mostran como ante os mesmos síntomas físicos se prescriben ás mulleres máis tratamentos ansiolíticos e antidepressivos e aos homes se lles realiza máis probas físicas. En urxencias, os resultados son parecidos: aos homes fánselles máis probas diagnósticas que ás mulleres, pensando que nelas a orixe do malestar é psicolóxico e non físico”. Asegura que, ademais, “homes e mulleres responden ao estrés en función das diferentes expectativas sociais existentes fronte a cada sexo”. En todas as sociedades hai desigualdades entre mulleres e homes respecto das actividades que realizan, no acceso e control de recursos, etc. o que inflúe de xeito determinante no proceso de saúde e enfermidade, poñendo ás mulleres en situación de maior vulnerabilidade para a súa saúde física e mental.





Si a isto sumamos as testemuñas de todas aquelas mulleres que sofren enfermidade mental como consecuencia do abuso do machismo, como consecuencia da tan temida violencia de xénero e como consecuencia dunha sociedade inxusta, froito da súa pouca educación en igualdade e falta de empatía, atopámonos con esta triste realidade.

O reto, por tanto, foi deseñar e por en marcha unha VIVENDA TUTELADA para mulleres vítimas da violencia de xénero con enfermidade mental. Non podíamos mirar para outro lado. Elas necesítannos. E tendo en conta que en toda Galicia e no resto de comunidades autónomas non existía ningún dispositivo destas características, debíamos de facer algo ao respecto, pois é un recurso importante para a adaptación social das mulleres con enfermidade mental que están a sufrir violencia de xénero.

Por outra banda, a isto había que sumarlle que o acceso ás demais vivenda tuteladas para mulleres exclúe a aquelas que presentan enfermidade mental.

E aquí hai que ter en conta, ademais, que esta vivenda é un recurso residencial alternativo, considerado pola OMS como un tratamento social básico. Xa na definición que a OMS¹ fixo de saúde o manifesta: “A saúde é un estado completo de benestar físico, mental e social e non consiste soamente na ausencia de enfermidade”.

Trátase pois, dun equipamento pioneiro na atención de mulleres vítimas de violencia de xénero con enfermidade mental, en funcionamento desde novembro de 2018 e para toda a Comunidade Autónoma de Galicia.

2. OBXECTIVOS

Obxetivos xerais:

- Acadar a integración social e sanitaria na sociedade e na vida comunitaria das mulleres vítimas da violencia de xénero que padecen enfermidade mental, co fin de lograr a súa rehabilitación psicosocial, integridade física e aumento da calidade de vida.
- Proporcionar aloxamento, refuxio, protección e manutención, así como información e asesoramento xurídico, social, laboral e apoio psicolóxico e atención ás súas necesidades educativas, psicosociais e de integración que precisen.

Obxetivos específicos:

- Potenciar a adquisición dunhas habilidades básicas para integrarse e desenvolverse autonomamente na vida diaria.
- Favorecer un axuste persoal e social que lles permita recuperar a súa vida.
- Mellorar a súa autoestima, moi mermada debido ao maltrato que sufriron.
- Manexar unha serie de técnicas, recursos e instrumentos apropiados para unha adecuada integración a nivel grupal e comunitario.





- Fomentar o respecto mutuo e a tolerancia, ademais dunha boa convivencia.
- Proporcionar unhas habilidades sociais básicas e de entrenamiento en habilidades da vida diaria que lles permitan mellorar a súa calidade de vida e a integración na comunidade.¹

3. PERSOAS DESTINATARIAS

Características xerais:

- Mulleres vítimas de violencia de xénero con enfermidade mental crónica e, no seu caso, as súas crianzas e/ou ascendentes dependentes

Características sociais:

- Mulleres con situación económica precaria
- Mulleres que no momento actual, sofren violencia de xénero
- Mulleres con incompatibilidade familiar
- Mulleres con ambiente familiar deteriorado
- Mulleres sen grupo social de apoio

4. METODOLOXÍA

O obxecto da creación desta vivenda tutelada é a prestación do servizo de aloxamento, mantención e atención integral a mulleres vítimas de violencia de xénero que, ademais, sofren enfermidade mental.

A Orde do 1 de abril de 1997, pola que se regulan os requisitos específicos que deberán reunir os centros de acollida para mulleres vítimas de malos tratos, no seu artigo 3, sinala que “as vivendas tuteladas son fogares alternativos que darán acollida preferentemente a mulleres procedentes de casas de acollida e que serven de ponte hacia unha normalización da súa situación persoal e familiar. O tempo de permanencia non poderá ser superior a un ano”.

Neste caso, ademais de ser mulleres que sofren violencia de xénero, tamén debemos destacar que son mulleres que presentan enfermidade mental e traballamos por conseguir que poidan facer o seu proxecto de vida.

Trátase dunha vivenda que dispón de catro prazas para mulleres vítimas de violencia de xénero con enfermidade mental, en réxime tutelado. En caso de ingresar con crianzas ou ascendentes dependentes, ocupará cada persoa unha praza e, polo tanto unha habitación, agás as crianzas de berce que non contan como tal.

¹ OMS (1948). Preámbulo da Constitución da Organización Mundial da Saúde, que foi adoptada pola Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nova York do 19 de xuño ao 22 de xullo de 1946, asinada o 22 de xullo de 1946 polos representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), e entrou en vigor o 7 de abril de 1948. A definición non foi modificada desde 1948.





É unha vivenda ampla, con gran ventilación e luz natural, con todos os recursos materiais necesarios para garantir unha vida en familia, ao mesmo tempo que mantén a súa intimidade. Por suposto, é unha vivenda que reúne as condicións hixiénicas, acústicas, de habitabilidade e de seguridade, esixidas pola lexislación vixente.

Dispón de catro habitacións, salón comedor, cociña, dous baños completos, unha terraza adicada a sala de xogos das crianzas, zona de lavandería e prancha.

A vivenda está situada en Burela (Lugo), onde se atopa a poboación mais céntrica da Mariña e, ademais, hai importantes servizos como son os Servizos Sociais Comunitarios, CIM (Centro de Información á Muller), Hospital da Mariña, Unidade de Saúde Mental (USM), Unidade de Atención a Drogodependentes (UAD), Unidade de Atención Temperá (UAT), escolas infantís, colexios de educación infantil e primaria, institutos de ensinanza obrigatoria, formación profesional, Servizo Público de Emprego Estatal (SEPE), Garda Civil, etc.

O equipo de traballo está conformado por unha directora (traballadora social con formación específica en Saúde Mental e intervención con mulleres vítimas de violencia de xénero e *coaching*), unha coordinadora (traballadora social con formación específica), unha psicóloga clínica (con formación específica e PIR), unha educadora social (con formación específica) e catro coidadoras (quendas de mañá, tarde, noite, fins de semana), xa que se contempla o acompañamento as 24 horas ao día, os 365 días do ano.

As funcións do equipo interdisciplinar son as seguintes:

A. Directora da vivenda (Traballadora Social):

- Supervisar o traballo dos distintos membros do equipo e velar pola aplicación da lexislación vixente.
- Respetar e facer respetar a discreción necesaria para a protección do segredo das mulleres.
- Promover e planificar a formación e perfeccionamento do conxunto do persoal da vivenda.

B. Coordinadora/Traballadora Social:

- Responsable de seguridade da vivenda.
- Responsable das relacións públicas con servizos sociais, profesionais educativos e/ou sanitarios, etc.
- Velar para que se cumpra o réxime interior instituído.
- Levar a cabo a elaboración dunha memoria anual
- Realizar todas aquelas xestións necesarias para mellorar a calidade de vida das usuarias, así como os trámites necesarios para a admisión, derivación a outros recursos, etc.
- Informar, orientar e asesorar ás mulleres dos recursos e servizos sociais existentes na comunidade.
- Establecer relación con organismos públicos, entidades, asociacións, etc.
- Xestionar o ingreso das fillas e fillos menores das mulleres nos centros públicos de ensinanza, escolas infantís, etc.





- Xestionar os trámites necesarios para a prestación da asistencia sanitaria, obtención de duplicados da cartilla da Seguridade Social no seu caso, etc., das mulleres acollidas.
- Xestionar os trámites de axudas sociais (solicitud de certificados de discapacidade, pensións non contributivas, prestación para mulleres vítimas de violencia de xénero, etc.).

Ademais, correspóndelle levar a cabo os seguintes aspectos para un correcto funcionamento do recurso:

- Xestionar as altas e baixas da vivenda tutelada.
- Encargarse do proceso de acollida xunto coa psicóloga.
- Analizar as demandas e necesidades das mulleres usuarias.

C. Psicóloga Clínica:

- Realizar entrevistas de apoio e atención psicolóxica ás mulleres e ás súas fillas e fillos ou ascendentes dependentes acollidos/as na vivenda.
- Desenvolver psicoterapias breves e psicoterapia familiar.
- Levar a cabo a valoración e intervención inicial que abarcará as diferentes áreas vitais deterioradas:
 - Área psicolóxica
 - Área social e familiar
 - Área médica e de saúde
 - Área económica
 - Área laboral
- Impartir programas terapéuticos: habilidades sociais, autoestima, etc.

Así mesmo, correspóndelle deseñar o PII (proxecto de intervención individual) e velar polo seu cumprimento, a través de seguimentos e revisións correspondentes.

D. Educadora Social:

- Analizar a historia de vida, detectar necesidades e ter en conta as expectativas das mulleres usuarias.
- Impartir programas terapéuticos de acordo ás necesidades e preferencias das usuarias
- Axudar a reconstruír vínculos sociais no proceso de fortalecemento da independencia emocional e económica.
- Acompañamento no proceso de recuperación da súa autoestima.
- Fortalecer a relación de axuda coa muller (e os seus fillos menores ou dependentes, si os houbese) no proceso de desenvolvemento do seu potencial humano e as súas competencias sociolaborais.
- Garantir tempo e espazo de ocio terapéutico ás usuarias.
- Desenvolver accións socioeducativas estratéxicas respecto ao manexo dos distintos recursos asistenciais dispoñibles para a muller, incluíndo as redes sociais e as súas posibilidades de interacción.
- Anticiparse preventivamente a situacións de crises a través do seguimento da muller no seu proceso de recuperación





E. Coidadoras:

- Supervisar e organizar a intendencia xeral da vivenda, fomentando a participación e a solidariedade.
- Apoiar ás mulleres na comprensión das normas de funcionamento da vivenda.
- Intervir como mediadoras nos posibles conflitos.
- Levar a cabo acompañamentos aos diferentes servizos (centros de saúde, xulgados, USM, UAD, etc.).
- Supervisar a toma de tratamento.
- Apoiar ás usuarias para o cumprimento do PII de cada unha.

Polo tanto, o anterior persoal técnico é o encargado de supervisar o tratamento, o seguimento sociosanitario, o tratamento psicolóxico e o mantemento da convivencia da vivenda e das normas establecidas, así como apoiar nas xestións xurídicas que deben realizar.

Destacar que das catro coidadoras, dúas son traballadoras sociais, unha é pedagoga e unha é auxiliar de clínica. Polo que é salientable que das profesionais que conforman a equipa interdisciplinar, catro son TRABALLADORAS SOCIAIS, o que supón o 50% do persoal.

F. PERSOAL ADMINISTRATIVO: (Servizo concertado: xestión)

- Desenvolvemento de labores meramente administrativas

G. LETRADA: (Servizo concertado: asesoría xurídica)

- Asesorar xuridicamente ás mulleres en todos aqueles aspectos civís ou penais derivados das circunstancias que deron lugar ao ingreso na Vivenda Tutelada.
- Interpor ante os tribunais competentes a solicitude de medidas cautelares destinadas a protexer a integridade física e psíquica das mulleres e as súas fillas e fillos menores ou incapacitados ou de ascendentes dependentes.
- Acompañar ás usuarias en todas aquelas xestións ou comparecencias que foran necesarias ante os tribunais de Xustiza.

En canto a equipamento e recursos materiais, a vivenda tutelada conta co equipamento necesario para o adecuado funcionamento do servizo:

- Mobles e enseres domésticos.
- Televisión, reprodutor de música e equipo informático.
- Teléfono a disposición das usuarias para uso dacordo co regulamento de réxime interno.
- Xoguetería, libros e material educativo audiovisual non sexista.
- Botiquín con material de primeiros auxilios en cumprimento coa normativa vixente
- Póliza de seguro de responsabilidade civil que cubre os riscos que puideran producirse.
- Servizo de Teleasistencia de Cruz Vermella.
- Todos os medios materiais necesarios para a prestación do servizo e acreditación do cumprimento de todos os requisitos e esixencias en materia de saúde, seguridade e hixiene inherentes ao recurso.





Contamos cun despacho para os temas administrativos, admisión, valoración inicial e seguimento, etc., ubicado no CRPL (Centro de Rehabilitación Psicosocial e Laboral) que a entidade ten en Burela, co fin de protexer a ubicación da vivenda tutelada e o anonimato da mesma.

Esta vivenda tutelada pertence aos recursos que ofrece a REDE GALEGA DE ACOLLEMENTO PARA MULLERES QUE SOFREN VIOLENCIA DE XÉNERO (RGA)² para dar resposta ás problemáticas que presentan as mulleres vítimas de violencia de xénero e, neste caso, que padecen enfermidade mental.

Existen unha serie de entidades que poden detectar estes casos e derivalos á nosa vivenda tutelada, pero sempre canalizados a través da RGA, segundo indica o seu protocolo (Secretaría Xeral da Igualdade, 2016):

- Centros de Información á Muller (CIM).
- Servizos sociais comunitarios e servizos sociais especializados de Galicia.
- Centros adscritos ao Servizo Galego de Saúde: hospitais, centros de saúde, etc.
- Xulgados radicados en Galicia que acrediten a situación de violencia de xénero das mulleres.
- Forzas e Corpos de Seguridade do Estado de Galicia.
- Policía Autonómica e Policía Local de Galicia.
- Entidades ou asociacións que teñan subscritos convenios de colaboración en materia de tratamento de violencia de xénero coa Xunta de Galicia ou que acrediten colaboración estable no ámbito da igualdade e a erradicación da violencia de xénero coa Secretaría Xeral da Igualdade da Xunta de Galicia.

É condición indispensable que calquera muller que precise ingresar na vivenda tutelada acredite a condición de vítima de violencia de xénero mediante algunha das seguintes formas recollidas no artigo 5 da *Lei 11/2007, do 27 de xullo, galega para a prevención e o tratamento integral da violencia de xénero* (modificada pola *Lei 12/2016, do 22 de xullo*):

- Certificación da orde de protección ou da medida cautelar ou testemuño ou copia autenticada pola secretaria/o xudicial da propia orde de protección ou da medida cautelar
- Sentenza de calquera orde xurisdiccional que declare que a muller sufriu violencia en calquera das modalidades definidas na *Lei 11/2007*.
- Certificación e/ou informe dos servizos sociais e/ou sanitarios da Administración pública autonómica ou local.
- Certificación dos servizos de acollida da Administración pública autonómica ou local.
- Informe do Ministerio Fiscal que indique a existencia de indicios de violencia.
- Calquera outra que se estableza regulamentariamente.²

² A RGA ofrece recursos especializados, residencias temporais e acollida, atención e programas para favorecer a recuperación das vítimas e as fillas e fillos menores ao seu cargo en situacións onde as mulleres carecen de recursos e alternativas eu por razóns de seguridade. A través da vivenda tutelada “A Mariña” ofrece prazas para aquelas mulleres que ademais padecen enfermidade mental, xa que este é un requisito de exclusión para acceder ao resto de recursos da RGA.





A nosa vivenda tutelada pode recibir derivacións durante as 24 horas ao día os 365 días ao ano. Estas derivacións prodúcense a través de chamada telefónica desde o centro coordinador de garda correspondente, en función da hora e do día da semana:

CENTRO COORDINADOR	
CENTRO DE RECUPERACIÓN INTEGRAL (CRI)³	TELÉFONO DE INFORMACIÓN ÁS MULLERES
De luns a venres de 9:00 (AM) a 19:00 (PM)	De luns a venres de 19:00 (PM) a 9:00 (AM), sábados, domingos e festivos

As derivacións deben vir acompañadas dos seguintes anexos regulados a tal efecto e que se reciben a través de correo electrónico ao efecto:

- **Anexo I :** SOLICITUDE DE ACCESO
- **Anexo II:** INFORME DA ENTIDADE DERIVANTE
- **Anexo III:** INFORME DE CONDICIÓN DE SAÚDE
- **Anexo III Bis:** DECLARACIÓN RESPONSABLE DAS CONDICIÓN DE SAÚDE
- **Anexo IV:** PARA DERIVACIÓN INTERCENTROS

Ademais, ditos anexos deben vir acompañados da seguinte documentación:

- Documentación persoal: copias do DNI/NIE e/ou pasaporte, tarxeta da Seguridade Social, etc.
- Informe social de derivación.
- Informe psiquiátrico, que contemple como mínimo: diagnóstico, pauta farmacolóxica e estabilidade da usuaria.³
- Acreditación da situación de violencia de xénero por calquera medio dos anteriormente sinalados.
- Calquera outra documentación que facilite a asistencia á muller desde o noso equipamento (análise de tóxicos de ser o caso, certificado do grao de discapacidade de tela recoñecida, etc.).
- PCR con resultado negativo nas 48 horas previas ao ingreso.

Unha vez revisada a documentación, pódense producir tres escenas distintas:

- FALTA DE DOCUMENTACIÓN:** procédese á solicitude da mesma a través de mail ou chamada telefónica.

³ O Centro de Recuperación Integral para Mulleres Víctimas de Violencia de Xénero (CRI) é o centro coordinador da RGA e tamén ten por finalidade o desenvolvemento dun modelo de atención integral para as mulleres vítimas de violencia de xénero e as persoas delas dependentes, especialmente as súas crianzas.





- B. **DENEGACIÓN:** por falta de cumprimento dos requisitos. Neste caso, cúbrese o Anexo V e remítese.
- C. **ACEPTACIÓN:** respondemos ao correo aceptando a derivación.

CENTRO COORDINADOR	
GENTRO DE RECUPERACIÓN INTEGRAL (CRI)	TELÉFONO DE INFORMACIÓN ÁS MULLERES
E-mail: rga.igualdade@xunta.gal Fax: 881.995.290 Teléfonos: 673.282.392 881.995.285 981.545.355 881.995.289	E-mail: rga.igualdade@xunta.gal Fax: 902.501.432 Teléfono: 900.400.273

Cabe distinguir entre DERIVACIÓN ORDINARIA e DERIVACIÓN URXENTE, caso en que a resposta é obrigatoria dentro das 8 horas seguintes á recepción do correo de solicitude de derivación. Si a derivación é ordinaria, o prazo é de 48 horas desde que o CRI recibe a solicitude.

Unha vez aceptada a derivación da nova usuaria e tras fixar o día e a hora da derivación á vivenda tutelada actualízase a dispoñibilidade de prazas tanto no aplicativo RUEPSS4 (Rexistro Único de Entidades Prestadoras de Servizos Sociais), como na aplicación da RGA.

Así mesmo, realizamos as seguintes coordinacións:

- Chamada telefónica ao cuartel da Garda Civil de Burela (982585705), para comunicar o día e a hora en que se vai producir o novo acollemento na vivenda tutelada e facilitar os datos, co fin de que poidan valorar a situación da usuaria e o nivel de risco ao que está exposta.
- Dar de alta no Servizo de Teleasistencia a través de correo electrónico ao efecto á nova muller: teleasistencia_lugo@cruzroja.es . Avísase do día e hora da alta e envíase copia de DNI/NIE, tarxeta sanitaria e informe médico e/ ou psiquiátrico.
- Coordinación coa farmacia, para que estea a punto a medicación correspondente o día en que se produza a derivación da muller á vivenda tutelada.

Por outra banda, revísase a habitación a ocupar pola nova usuaria, co fin que estea arranxada e conte con sabas, mantas, toallas e útiles de aseo persoal (champú, xel de baño, colonia, cepillo de cabelo, crema depilatoria, toallas hixiénicas, crema e cepillo de dentes, etc.) e estea todo a punto para a súa acollida.

A vivenda tutelada conta cun protocolo de actuación, cuxo obxectivo é a de servir de guía para realizar o proceso de acollida na vivenda de transición das mulleres vítimas da violencia de xénero de forma o máis adecuada e axustada ás necesidades reais das mesmas e que todo o equipo





interdisciplinar debe seguir, pois trátase de proporcionar unha atención integral e integrada, que abrangue as diferentes áreas vitais que poden estar afectadas nestas mulleres debido á situación de malos tratos sufridas.⁴

Destacar a importancia de manter durante todo o proceso unha actitude de escoita aberta, afectuosa, mostrando o interese xenuíno do persoal que conforma a equipa e proporcionando seguridade e contención emocional. A muller vítima da violencia de xénero chega nunha situación de gran vulnerabilidade e sentimentos de vergoña e culpa, polo que unha resposta empática e afectuosa pola nosa banda exerce xa un efecto terapéutico sobre ela desde o momento da súa recepción, momento en que é recibida pola coordinadora da vivenda e pola psicóloga clínica, para levar a cabo a valoración do caso e a intervención inicial. A recepción das usuarias lévase a cabo nun despacho co que a entidade conta ao efecto, ubicado fóra da vivenda, co fin de non alterar a convivencia das usuarias que xa están a vivir no piso protexido.

A valoración e intervención inicial debe abarcar as diferentes áreas vitais deterioradas:

- A. Área psicolóxica
- B. Área social e familiar
- C. Área médica e da saúde
- D. Área económica
- E. Área laboral

Así mesmo, darase apoio na realización dos trámites necesarios cando a situación o requira.

A. AVALIACIÓN DA ÁREA PSICOLÓXICA:

- Historia persoal
- Avaliar a situación de maltrato e sentimentos asociados
- Antecedentes de maltrato familiar
- Datos relativos a hábitos de vida, modo de vida, tipo de convivencia e relacións
- Antecedentes psiquiátricos persoais e familiares
- Avaliar trastornos psicolóxicos reactivos á situación de maltrato:
 - Trastornos somáticos
 - Trastornos do sono
 - Trastorno de estrés postraumático
 - Estabilidade emocional
 - Medos
 - Trastorno da conduta alimentaria
 - Ansiedade
 - Depresión
 - Ideas autolíticas
 - Hábitos tóxicos

4 O RUEPSS recolle a información referida ás Entidades que desenvolven programas ou son titulares ou xestoras de Centros ou Programas de servizos sociais, nos seguintes ámbitos: maiores, discapacidade, igualdade, infancia, menores, familia, inclusión e servizos comunitarios. O RUEPSS configúrase, tanto para o público como para os/as profesionais de servizos sociais, como unha ferramenta para a difusión, o coñecemento e tamén de orientación na asignación dos recursos sociais existentes. Recuperado o 28 de decembro de 2021 de <https://politicassocial.xunta.gal/XiacWeb/centros/publico/aCentroPublico.do>





- Avaliar os rasgos de personalidade
- Avaliar autoestima e autoconcepto
- Avaliar estilo de apego e posible dependencia do agresor
- Avaliar recursos emocionais e de afrontamento
- Avaliar a xestión do estrés e a ansiedade
- Avaliar a capacidade relacional e habilidades sociais
- Avaliar datos relativos ao presunto agresor: relacións conxugais, autoritarismo, hábitos de vida, situación persoal e laboral
- Crenzas, mitos e estereotipos en relación aos roles de xénero e ás relacións de parella

B. AVALIACIÓN DA ÁREA SOCIAL E FAMILIAR:

- Situación familiar (xenograma)
- Apoios familiares, sociais e amizades
- Estratexias persoais para a búsqueda de recursos sociais, xurídicos e sanitarios
- Ocio e tempo de lecer
- Grado de autonomía

C. AVALIACIÓN DA ÁREA MÉDICA E DA SAÚDE:

- Avaliar o estado de saúde e xestionar a atención sanitaria aos problemas sanitarios que presente, incluídos os derivados da situación de malos tratos:
 - **Lesións:** contusións, traumatismos, queimaduras, fracturas, hematomas diversos, etc.
 - **Síntomas físicos:** cefaleas, palpitacións, trastornos dixestivos, dores físicas, etc.
 - **Problemas xinecolóxicos:** lesións internas ou externas, enfermidades de transmisión sexual, etc.
 - **Problemas de saúde mental:** diagnóstico e pautas médicas

D. y E. A ECONÓMICA E LABORAL:

- Avaliar a situación económica da muller vítima de violencia de xénero.
- Avaliar a capacidade para a xestión de recursos económicos.
- Apoios económicos, si os houberse.
- Avaliar a necesidade de orientación e apoio na xestión de axudas económicas.
- Avaliar a situación laboral.
- Formación profesional.
- Traballos desempeñados.
- Avaliar estratexias de búsqueda de emprego e formación.
- Avaliar as súas perspectivas e necesidades laborais.

Na entrevista de valoración cúbrese a asínase a seguinte documentación:

- Solicitud de praza na vivenda tutelada.
- Contrato incorporación á vivenda tutelada, no que se inclúe a protección de datos.
- Autorización para trámites xurídicos á entidade, en relación á situación de vítima de violencia de xénero.
- Documentación farmacia (permiso para dispensación de medicación en pastilleiros semanais, protección de datos, etc).
- Entrega de téxtil: 2 xogos de toallas, 2 xogos de sabas, 2 mantas, 1 edredón, 1 almofada, 1 coxín.





Tamén se lle explica á nova usuaria o “Regulamento de Réxime Interno” (RRI) no que se establecen as normas de convivencia, dereitos e obrigas das usuarias e da entidade e mecanismos de participación, facilitándolle copia do mesmo, polo que asina un documento de que recibe o RRI, así como de aceptación e cumprimento das normas de funcionamento interno do piso protexido. Ademais, a nova usuaria é informada que na vivenda existen libro de reclamacións a disposición das mulleres acollidas.

Por último, procédese a dar de alta á usuaria no “Libro de rexistro de usuarias da vivenda”, co fin de realizar un control de altas e baixas das mesmas.

Tras a entrevista de acollemento e de primeira valoración do caso, a Coordinadora-Traballadora Social acompaña á nova usuaria á vivenda tutelada, onde se lle presenta ás súas compañeiras e á cuidadora da quenda, se lle ensina a vivenda e se invita a acomodar as súas pertenzas na súa habitación, para que poida asearse, xantar e descansar, pois entendemos que este primeiro día víveno como unha experiencia crúa, onde todos son cambios e novidades nas súas vidas.

En todo momento se deixa claro ás mulleres que a vivenda tutelada é un establecemento no que se accede e vive de forma voluntaria, polo que poden causar baixa no momento que elas consideren oportuno, de non cumprise as súas expectativas.

As baixas na vivenda poden vir sobrevidas de varias formas:

- Baixa voluntaria
- Derivación a outros equipamentos
- Expulsión por falta grave
- Falecemento

Agás en caso de falecemento, de producirse a baixa da vivenda tutelada en calquera dos outros supostos, a usuaria debe de cubrir un documento de baixa onde indique o motivo da mesma e un teléfono e enderezo de contacto, co fin de comunicar ás distintas institucións e/ou organismos o novo enderezo (Xunta de Galicia, SEPE, SERGAS, etc.) e poida continuar percibindo prestacións, citas médicas, etc.

Así mesmo, tamén asina a revogación da autorización de trámites xudiciais á entidade.

No caso de baixa, esta será comunicada ao CRI, momento que se procede a dar de baixa no “Libro de rexistro de usuarias da vivenda”, no RUEPSS e no aplicativo de Rede Galega de Acollemento.

Tamén se comunica a baixa ás seguintes institucións e organismos, para que actúen segundo proceda:

- Garda de Civil
- Servizo de Teleasistencia
- CIM/Servizos Sociais
- Farmacia
- USM
- UAD
- Aqueles outros implicados no proceso de recuperación integral das mulleres (SEPE, SERGAS, XUNTA DE GALICIA, etc.).





Así mesmo, xestiónase o traslado da usuaria ao lugar que ela indica, asegurándonos que leva as súas pertenzas e documentación persoal e a súa medicación.

Tanto o traslado á vivenda cando se produce a derivación das mulleres como o traslado desde a vivenda a outro recurso ou domicilio na súa baixa, na coordinación de visitas aos seus fillos menores, etc., realízase a través do FEGATAXI5, servizo para o traslado das mulleres vítimas de violencia de xénero e das súas crianzas e/ou maiores dependentes cando as circunstancias especiais de vítima, valoradas convenientemente polos servizos sociais, municipais ou autonómicos, imposibilitan o seu traslado por outros medios.

5. DESCRICIÓN (actuacións, intervencións claves, desenvolvemento das mesmas)

Tendo en conta as súas necesidades e circunstancias previas, desenvólvense distintos programas específicos para cada muller, tratando en todo caso á usuaria como unha adulta maior e nun ambiente agradable e de confianza, respectando as súas decisións e confrontando a resistencia á intervención, manexando o medo e entendendo o seu pesimismo.

Así mesmo, cada muller conta cun trato individualizado e plasmado nun PII (PROXECTO INDIVIDUALIZADO DE INTERVENCIÓN), que servirá de guía durante toda a intervención e onde se definen os obxectivos a conseguir en todas as áreas de intervención e consensuados coa usuaria (área psicolóxica, area social , area prelaboral, etc.), debendo ser firmado tanto pola muller usuaria como polo resto do equipo interdisciplinar implicado no proxecto en sinal de compromiso de cumprimento por ambas partes.

As intervencións clave pasan por actuacións interdisciplinares onde a muller con enfermidade mental recibe un tratamento farmacolóxico adecuado e controlado, unha atención psicolóxica frecuente e especializada e onde obteña axuda para acceder aos recursos e prestacións sociais que estean á súa disposición na comunidade.

É de vital importancia que a muller con enfermidade mental continúe co seu tratamento e, incluso, se lle reaxuste si é necesario, pois as situacións derivadas de sufrir malos tratos provocan un malestar e estrés elevados que poden desencadear nunha crise na enfermidade e nos posibles brotes psicóticos, o que levaría a ingresos hospitalarios por estrés postraumático (Garriga Puerto, Martín García-Sancho e outros, 2010, p. 49). Por iso, durante os primeiros días de estancia na vivenda, é primordial o seu acompañamento ao Centro de Saúde, para tramitar o cambio de médico de atención primaria e poder solicitar os volantes necesarios para derivacións á USM e especialistas necesarios, ademais de realizar o control oportuno doutras patoloxías físicas que puidese presentar.⁵

Neste senso, na vivenda tutelada desenvólvense unha serie de programas en consonancia coas necesidades que presentan as usuarias e que están agrupados por áreas de intervención claves para a recuperación integral das mulleres:

⁵ Este servizo materialízase a través da colaboración establecida entre a Consellería de Emprego e Igualdade (Secretaría Xeral da Igualdade) e a Federación de Autónomos do Taxi de Galicia (FEGATAXI).





A. ÁREA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓXICA:

- **Atención psicolóxica individual:** onde se traballa, a través da psicoeducación, o coñecemento e manexo da enfermidade mental, a aceptación de padecer unha enfermidade mental, a autoestima, os ideais románticos, o establecemento de relacións sas e igualitarias, o peche de relacións pasadas, a xestión das emocións, etc., sempre respectando o ritmo de cada muller. A atención psicolóxica tamén contempla a necesidade de traballar a adaptación ás restricións da pandemia provocada pola Covid-19, a sensación de desánimo e a necesidade de recuperar certa sensación de normalidade sen perder de vista as medidas preventivas e as restricións sanitarias.
- **Atención psicolóxica grupal:** onde se traballa a psicoeducación e prevención de recaídas (para que se sintan parte dun grupo de iguais e compartan experiencias comúns que axuden a normalizar o padecemento dunha enfermidade mental), habilidades sociais (que axuden a mellorar o establecemento de novas relacións de amizade e mellorar a convivencia da vivenda) e sobre vacinación Covid (para desterrar medos e ideas erróneas sobre a vacinación e resaltar os beneficios).

B. ÁREA DE INTERVENCIÓN SOCIAL:

- **Fomento do mantemento das relacións familiares:** No caso de que as usuarias teñan fillos/as menores en acollemento temporal, xa sexa en institucións ou con familiares, xestiónase de forma regular unha visita mensual. Trabállase previamente para limar asperezas, de ser o caso, que poidan influír negativamente na contorna familiar, que favorezan visitas adecuadas e o establecemento de expectativas realistas sobre o futuro inmediato.

Tamén se xestionan, de forma regular, videoconferencias con familiares cando se trata de familiares directos cos cales se retoma relación ou de familiares que viven noutro continente. Paralelamente, trabállanse aspectos como identificar os propios sentimentos tanto positivos como negativos, establecer límites, repasar as emocións que se sente ao falar coa familia, mellorar a comprensión, valores, expectativas, afectividade, etc.

- **Información e solicitude de axudas:**
 - En colaboración co CIM de Burela: solicítase a prestación periódica para mulleres vítimas de violencia de xénero a cada usuaria (publicada no DOGA nº 2, de 4 de xaneiro de 2022), información sobre axudas en relación ao aluguer para cando remata o tempo de estancia na vivenda tutelada, etc.
 - En colaboración cos servizos sociais comunitarios: xestiónase a solicitude do grado de discapacidade para aquelas mulleres que non o teñen recoñecido ou, de ser o caso, solicítase a revisión do mesmo, etc. No caso de que o precisen, solicítase o recoñecemento da situación de dependencia, pensión non contributiva por invalidez e calquera outra axuda á que teñan dereito e/ou que poidan axudarlles a realizar o seu proxecto de vida de forma ou máis autónoma posible.
- **Actividades de xestión económica:** para desenvolver un autocontrol de ingresos e gastos e xestionar o diñeiro





- **Actividades de atención social integral:** Polas mañás, de luns a venres, cando non hai citas médicas, sociais, xudiciais, etc., as usuarias acoden ao Centro de Rehabilitación Psicosocial e Laboral (CRPL) que a entidade ten en Burela e onde teñen lugar varios obradoiros terapéuticos:
 - Aula de cultura/ actualidade
 - Arteterapia
 - Psicomotricidade
 - Estimulación cognitiva
 - Habilidades da vida diaria
 - Habilidades sociais

Polas tardes e fins de semana, contémpanse outras actividades de carácter máis lúdico e integrador na comunidade, aínda que sempre cun fin educativo, como son:

- **Obradoiro de meditación/ relaxación/ ioga:** persegue que as usuarias reduzan o seu nivel de ansiedade e contén con mecanismos que lles permitan ter un maior control das súas emocións.
- **Obradoiro de repostería:** coa finalidade de traballar sobre unha alimentación saudable e controlar o consumo de alimentos procesados.
- **Obradoiro de autoestima:** aprender a valorarse, apreciar as cousas boas que as rodean e aprender a pensar en positivo.
- **Obradoiro de saúde e beleza:** coidar o seu aspecto axuda a que o seu estado de ánimo mellore e é o punto de partida para que empecen a coidarse a todos os niveis e mellore a autoestima.
- **Xogos de mesa e pasatempos.**
- **Saídas:** co fin de que as usuarias aprendan a gozar dun tempo de lecer activo e saudable realízanse saídas por lugares de interese da comunidade, o que axuda para unha integración efectiva.

Na vivenda tutelada, non perdemos de vista as datas sinaladas e celébranse sempre desde un enfoque positivo días como Nadal, Reis, San Valentín, etc.

C. ÁREA DE INTERVENCIÓN PRE-LABORAL E LABORAL:

- **Creación de CV.**
- **Búsqueda de accións formativas e certificados de profesionalidade:** adecuados á formación de cada usuaria.
- **Alfabetización e lecto-escritura:** para usuarias que non saben ler e/ou escribir ou que lles esixe moito esforzo.
- **Información sobre acceso ao SEPE:** requisitos de acceso e acompañamento a orientación laboral.
- **Acompañamento a Cruz Vermella:** información sobre cursos e bolsa de traballo.
- **Asesoramento laboral:** a través do servizo do OEDEM da Federación á que pertencemos (FEAFES GALICIA).





D. ÁREA DE INTERVENCIÓN XUDICIAL:

Ademais do procedemento de violencia de xénero polo que foron derivadas, préstase asesoramento xudicial en outros temas xurídicos como poden ser:

- Notificación ao Xulgado de cambio de domicilio das usuarias
- Asesoramento sobre o estado das dilixencias abertas no Xulgado
- Xestións para responder a requirimentos xudiciais ante denuncias cruzadas con terceiras persoas
- Acompañamento en renovación de DNI
- Información e asesoramento para trámite de renovación do NIE
- Trámites para xestionar indemnización por accidente de tráfico
- Calquera outra segundo as circunstancias de cada muller

Todas as terapias, obradoiros e as distintas accións levadas a cabo, tanto no dispositivo como no exterior deste, desenvólvense tomando as medidas adecuadas de prevención de Covid-19, garantindo a seguridade das usuarias e da equipa da vivenda tutelada, segundo a lexislación vixente ao efecto. En efecto, realízase un exhaustivo control e rexistro de temperaturas e síntomas diarios de todo o persoal e mulleres que identifica e asina cada persoa.

6. COORDINACIÓN E ALIANZAS

É de vital importancia establecer un traballo coordinado de actuación entre todas as institucións/organismos que interveñen en materia de violencia de xénero na contorna, que permita a valoración e a actuación conxunta, de forma que se favoreza a atención integral das mulleres usuarias da vivenda tutelada e das súas crianzas e maiores dependentes, no seu caso.

Desde o noso equipamento, destacamos as alianzas cos seguintes axentes sociais, co fin de establecer unha coordinación óptima que radique na recuperación integral das nosas usuarias:

- **Xulgado:** dilixencias abertas en relación á violencia sobre a muller
- **Forzas e Corpos de Seguridade do Estado (Garda Civil, etc.):** garantir a protección e seguridade das usuarias
- **CIM:** información e solicitude de prestacións específicas de vítimas de violencia de xénero, etc.
- **Servizos Sociais Comunitarios:** trámite de axudas sociais, grao de discapacidade, recoñecemento da situación de dependencia, participación en actividades,...
- **USM:** atención psiquiátrica
- **UAD:** tratar aquelas usuarias que presentan patoloxía dual
- **Centro de Saúde:** coidado integral da saúde
- **Hospital da Mariña:** coidados e seguimentos de enfermidades físicas crónicas
- **Escola Infantil:** atención de menores
- **FARMACIA:** xestión da medicación pautada
- **OEDEM** (Observatorio de Emprego para persoas con Enfermidade Mental): servizo de inserción laboral





- **SEPE:** prestacións, orientación laboral, oportunidades laborais, etc.
- **CRUZ VERMELLA:** accións formativas, bolsa de emprego
- **SERVIZO DE MENORES** (Xunta de Galicia): seguimento de casos, puntos de encontro, etc.
- **TELEASISTENCIA:** sistema de comunicación permanente, mediante o cal se presta a atención necesaria ás usuarias e/ou coidadoras, cando se producen situacións de emerxencia ou crises diversas, proporcionando tamén seguridade e protección ante posibles situacións de risco, mellorando así as súas condicións de vida.
- Con calquera outro recurso ou profesionais da saúde e sociais que sexa necesario para dar unha atención integral e integrada á persoa.

7. PROMOCIÓN E DIFUSIÓN

- **Inauguración oficial da vivenda tutelada:** tivo lugar o 14 de xaneiro de 2019, sendo o acto noutro dispositivo da entidade co fin de preservar o anonimato da mesma e protexer ás mulleres usuarias. Ao acto asistiron diversas autoridades autonómicas e locais, cunha repercusión mediática a nivel local, provincial e autonómica:

- **EL PROGRESO:** 14 xaneiro.
- **EL PROGRESO:** 15 xaneiro.
- **LA VOZ DE GALICIA:** 15 xaneiro.
- **XORNAL DA MARIÑA:** 14 xaneiro.
- **CRÓNICA 3:** 14 ANEIRO.
- **SECRETARÍA XERAL DA IGUALDADE:** 14 xaneiro.
- **FEAFES GALICIA:** 14 xaneiro.
- **GALICIA PRESS:** 14 xaneiro.
- **Telexornal Serán TVG:** 14 xaneiro.
- **RADIO FOZ:** 15 xaneiro.
- **CADENA COPE:** 15 xaneiro.

NOTA: coa finalidade de manter o anonimato deste informe de boas prácticas, non se facilitan os *links* das publicacións anteriores.

A través das redes sociais da propia entidade, fíxose eco das publicacións indicadas anteriormente, empregando *Facebook*, *Twitter* e o propio *blog* da entidade.

- Participación da Directora Xeral Técnica (Traballadora Social), da Psicóloga Clínica e da Educadora Social, en xornadas de divulgación, foros, simposios, mesas redondas, congresos a nivel autonómico e estatal (Mallorca, Cidade da Cultura, etc.), celebración do Día Mundial da Saúde Mental, etc. en colaboración con distintas entidades e organismos: Xunta de Galicia (Secretaría Xeral da Igualdade, SERGAS, etc.), Deputación, Concellos (CIM, Servizos Sociais Comunitarios, etc.), CODTS de Galicia, IES da comarca, etc.
- Como medida de protección das mulleres usuarias vítimas de violencia de xénero, non se levan a cabo publicacións de actividades da vivenda, ao contrario doutros dispositivos da entidade nos que se realizan publicacións en redes sociais e prensa acompañadas de fotos coa actividade diaria dos centros, saídas, concursos, etc.





8. PARTICIPACIÓN DAS PERSOAS DESTINATARIAS E DA COMUNIDADE

A equipa da vivenda tutelada é consciente que canto máis participen as usuarias nas actividades que ofrece a comunidade, mellor recuperación e integración terán as mulleres usuarias. É por este motivo no que as mulleres participan en cursos que ofrecen outras entidades e organismos (Cruz Vermella, Concello, outras entidades sociais, etc.), en concursos convocados tanto polo Concello de Burela como calquera outra da comunidade galega ou naqueloutros concursos convocados por outras entidades, como son concursos de poesía, relatos curtos, fotografía, etc.

Tamén participamos en andainas, como é a Andaina organizada pola Secretaría Xeral da Igualdade, co gaio da celebración do Día contra a violencia de xénero, que todos os anos ten lugar en novembro.

As mulleres usuarias aproveitan os recursos que ofrece a comunidade participando en excursións, estadias de tempo libre, obradoiros, etc. Realizaron cursos de linguaxe de signos, redeiras, certificados de profesionalidade, secretariado, dependenta, perruquería, atención e coidados de persoas maiores, etc.

Tamén acoden a actos e programación cultural ofertada pola Concellería de Cultura tanto de Burela como doutros concellos veciños: obras de teatro, exposicións (de pintura, esculturas, fotografía, etc.), musicais, danza, concertos. Hai usuarias que gozan moito da lectura, polo que acoden a diario á biblioteca municipal.

Cando a pandemia o permite, colaboran cos carnavais do Concello na realización da “sardiña” que será queimada o “Día do Enterro da Sardiña” previo desfile polas rúas da vila e que en Burela se celebra os *Mércores de Cinza*. Outra actividade na que lles gusta participar é na elaboración da alfombra floral, que se realiza nas Festas Patronais en honra á Virxe do Carme e a San Xoán Bautista e que ten lugar o primeiro sábado de xuño. A alfombra conta cun quilómetro de longo e na súa confección está involucrado todo o pobo: maiores, nenos e xuventude.

9. RESULTADOS E IMPACTO

Co desenvolvemento desta boa práctica, contribúese á loita contra a violencia de xénero respondendo á necesidade, non cuberta, de contar con recursos habitacionais para mulleres que sofren violencia de xénero e padecen unha enfermidade mental. Ata a data de creación da Vivenda Tutelada, as mulleres con enfermidade mental quedaban fora do rango de atención dos aloxamentos existentes a nivel estatal. Desde a nosa entidade, loitamos para que a enfermidade mental deixe de ser un factor excluínte na atención da violencia de xénero e traballamos para a sensibilización en saúde mental e violencia de xénero.

Na nosa vivenda brindamos seguridade ao tempo que apoiamos ás mulleres no seu inicio dun novo proxecto de vida, lonxe das situacións de maltrato. Co traballo interdisciplinar que ofrecemos, a finalidade é a integración das mulleres vítimas de violencia de xénero con enfermidade mental na comunidade, servindo a nosa vivenda como enclave de transición onde replantexarse o coidado integral da súa saúde e as súas opcións de vida. Queremos empoderar ás mulleres que chegan a este recurso para que poidan superar as dificultades que supón sufrir un triple factor de discriminación: ser muller, sufrir unha situación de violencia de xénero e padecer unha enfermidade mental. Neste senso, servimos de elemento facilitador para que as entidades e organismos da contorna presten unha adecuada atención tendo en conta esta tripla





discriminación, así como as necesidades e expectativas de cada muller en concreto. Ao mesmo tempo, facemos visible as potencialidades das persoas con enfermidade mental, que frecuentemente son infravaloradas e/ou cuestionadas.

Durante tres anos de funcionamento da vivenda, prestamos atención integral a 14 mulleres provintes de distintos lugares de Galicia, dando resposta ás súas múltiples necesidades e, especialmente ao coidado de súa saúde mental que, frecuentemente, queda esquecida. Consequimos a súa integración na comunidade, desenvolvendo un novo proxecto de vida a través da superación das limitacións e desigualdades que presentaban á súa chegada ao dispositivo.

É preciso ter en conta, que de non existir a vivenda tutelada, estas mulleres quedarían fóra da RGA, coas consecuencias negativas que acarrearía: desestabilización emocional e recaídas provocando ingresos non desexados en unidades psiquiátricas e posibilidade de institucionalización en moitos dos casos, sufrir situacións de risco e/ou desamparo provocando vivir na rúa e practicar a mendicidade, exercer a prostitución, manter relacións sentimentais inadecuadas volviendo a sufrir situacións de violencia de xénero, alcoholismo e drogodependencias, etc.

10. APRENDIZAXES DA EXPERIENCIA

Ao longo destes tres anos de funcionamento da vivenda, nutrímonos das aprendizaxes da experiencia, tanto en relación ás 14 mulleres atendidas como da evolución da propia equipa interdisciplinar, podendo analizar os diversos aspectos para prestar unha atención de calidade, máxima da nosa entidade.

A. En canto ás MULLERES USUARIAS DA VIVENDA TUTELADA:

- **O 100% das usuarias ao chegar non ten conciencia da enfermidade mental que padece:** Algunhas delas incluso chegan á vivenda sen realizar un seguimento continuado e/ou sen un diagnóstico adecuado.

Foi preciso realizar un ingreso de urxencia na Unidade de Agudos dunha das mulleres derivadas, pois ao chegar puidemos observar un evidente estado de descompensación. É evidente que a ausencia da conciencia da enfermidade conleva, en moitos casos, a non darlle a importancia debida á toma do tratamento farmacolóxico ou ao seguimento psiquiátrico.

- **O 100% das usuarias carecen dunha fonte estable e suficiente de ingresos que lles permita o inicio dun proxecto futuro de forma independente:** A maior parte delas carece de algún tipo de ingresos cando chegan á vivenda e no caso de contar con algún tipo de ingreso este non é suficiente (menos de 500 € mensuais) ou non se mantén no tempo.
- **O 100% presenta dificultades para poder optar a un emprego:** Sen conciencia da enfermidade o coidado da saúde resulta deficitario, o que conleva tamén dificultades para manter a estabilidade clínica, motivo polo que resulta difícil acceder ao mercado laboral e, no caso de acceder, manterse. Ademais, tendo en conta a tripla discriminación que sofren (muller, vítima de violencia de xénero e enfermidade mental), a realidade amosa que as insercións laborais son escasas, sendo complicado que conten cunha fonte de ingresos permanente e suficiente que permita o inicio dun proxecto vital mantido no tempo.





- **Un 45,5% do total de usuarias atendidas presentan importantes débedas:** Moitas das usuarias presentan dificultades para levar unha adecuada xestión económica sen supervisión e, en varios casos, presentan débedas importantes ás que se lle foron acumulando intereses por non pagar.
- **100% das baixas que son de carácter voluntario é por carecer de conciencia de enfermidade:** As mulleres que presentan ausencia de conciencia da enfermidade, cando cren erroneamente que están preparadas para ser independentes, toman a decisión de emprender un proxecto de vida fóra da vivenda, abandonando os controis médicos e, incluso, a medicación.
- **Un 25% das usuarias presenta importantes patoloxías físicas:** Varias das usuarias estiveron ou están pendentes de operacións e moitas delas presentan enfermidades físicas crónicas que dificultan especialmente as súas opcións futuras.
- **O 100% das usuarias carece de certificado de discapacidade ou, de telo, non se valorou a enfermidade mental que padecen:** Ademais, hai que ter en conta que tanto a solicitude do grao de discapacidade ou a revisión do mesmo é un proceso longo que abarca máis alá do ano que poden estar na vivenda.

B. En canto á EQUIPA INTERDISCIPLINAR DA VIVENDA TUTELADA:

- **Profesionalidade da equipa de traballo:** Radica na formación especializada do persoal e da experiencia práctica da maior parte, así como da multidisciplinidade que o caracteriza, o que implica a realización dun traballo que recolle as mellores aportacións de cada profesional da equipa, eficiente e adaptado ás necesidades de cada caso.
- **Formación continua do persoal:** A equipa profesional interdisciplinar quere ofrecer unha resposta profesional, actualizada e adaptada ás necesidades e expectativas das usuarias, o que implica un mellor desenvolvemento das súas funcións.
- **Unión entre os membros da equipa interdisciplinar:** É debido a unha boa sintonía entre os membros da equipa e o respaldo permanente desde Dirección e Coordinación, o que implica un clima laboral óptimo que permite desenvolver un traballo onde cada membro suma, pode e debe aportar e solicitar respaldo de precisalo.

Por todo o exposto anteriormente, aprendemos que a atención psicolóxica individual é fundamental para a súa recuperación, traballando mediante a psicoeducación, o coñecemento e manexo da enfermidade mental, a aceptación de padecer unha enfermidade mental, a autoestima, etc.; traballamos o autocontrol e xestión económica, para cando mulleres afronten o seu proxecto de vida de forma independente, conten cun colchón económico provinte do aforrado mentres están na vivenda tutelada e que aprendan a non gastar máis do que se ten, evitando así posibles débedas; realizamos terapias enfocadas a coñecer e aceptar as súas limitacións, para que queiran optar a oportunidades laborais realistas; etc.

Hai que ter en conta que a maior parte das usuarias están nunha situación de exclusión social motivada por múltiples factores e solo contemplan como solución as axudas da administración, o que conleva a necesidade dun maior traballo, que comeza por unha visión realista das súas posibilidades e a asunción de que o cambio de vida depende das súas decisións e o seu esforzo persoal.





Así mesmo, durante estes tres anos experimentamos e entendemos que o traballo na vivenda, é esixente e require de fortaleza, manexo e gran traballo en equipo, de ahí que sexa fundamental que sempre exista máis persoal formado no desempeño de funcións da propia vivenda tutelada, formación continua do persoal, respaldo permanente desde a Dirección e Coordinación e, por suposto, reunións periódicas da equipa interdisciplinar onde cada membro ten o seu espazo.

11. CONCLUSIÓNS

Coa posta en marcha e o funcionamento da vivenda tutelada para mulleres vítimas de violencia de xénero con enfermidade mental, contribuímos á mellora dos seguintes aspectos:

- Á atención psicosocial das mulleres con enfermidade mental que sofren violencia de xénero, xa que reciben unha atención integral e especializada a través dun plan individualizado de intervención, tendo en conta as súas circunstancias, capacidades, habilidades, posibilidades, necesidades e expectativas.
- Á visibilidade da enfermidade mental xunto á violencia de xénero, pois con frecuencia a saúde mental queda relegada a un segundo plano, sendo a súa atención esencial como base para calquera intervención posterior ante ambas condicións.
- Ao compromiso da atención especializada da enfermidade mental e violencia de xénero por parte dos poderes públicos e a súa confianza no terceiro sector, para atender de forma ambos aspectos, xa que ata o funcionamento da vivenda tutelada atendíanse de forma individual as necesidades e problemáticas de cada condición e non de forma integral.
- Á especialización da “Rede Galega de Acollemento de Vítimas de Violencia de Xénero” (RGA) e os distintos axentes que a conforman.
- Á ampliación dos servizos existentes na comunidade, dotando de prazas especializadas a un servizo con gran demanda que da resposta inmediata en situacións de urxencia.
- Á estreita coordinación cos distintos axentes sociais e sanitarios da entorna, así como coas distintas Forzas e Corpos de Seguridade, sendo na actualidade un referente en materia de saúde mental e violencia de xénero para os mesmos.
- Ao aproveitamento adecuado dos recursos que as usuarias teñen á súa disposición, conseguindo así non duplicar intervencións por parte doutros organismos e unha optimización dos mesmos, respondendo ás súas necesidades dunha forma personalizada, eficiente e eficaz.
- Á contribución de forma exitosa da réplica do proxecto noutras provincias galegas e comunidades autónomas, coa finalidade de prestar atención integral a un maior número de mulleres vítimas de violencia de xénero con enfermidade mental que se atopan en situación de risco e/ou desamparo.

Coa finalidade de que esta boa práctica teña posibilidade de replicabilidade por parte doutras entidades, indícanse os custes á que ascendeu o gasto da vivenda tutelada no ano 2021:

- **TOTAL GASTO PROXECTO VIVENDA TUTELADA** (Atención 24h, ano 2021):
179.361,44 €





12. AGRADECEMENTOS

Queremos agradecer de forma especial a Dona SUSANA LÓPEZ ABELLA, Secretaria Xeral da Igualdade da Consellería de Emprego e Igualdade (Xunta de Galicia), tanto na posta en marcha deste proxecto como na continuidade do mesmo, xa que desde o momento en que o coñeceu apostou pola súa inmediata posta en marcha e tamén pola continuidade do mesmo.

Estendemos o noso agradecemento a Dona MARÍA JESÚS LORENZANA SOMOZA, Conselleira de Emprego e Igualdade da Xunta de Galicia, polo apoio económico que lle brinda a este equipamento e que se materializa a través de convenios de colaboración anuais, financiamento grazas ao cal este recurso permanece en funcionamento ano tras ano.

Tamén agradecemos a SAÚDE MENTAL FEAFES GALICIA, que de forma incondicional sempre creu e continua crendo no bo facer da nosa entidade e nesta boa práctica.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Garriga Puerto, Martín García-Sancho e outros (2010). *Guía Práctica Clínica: Actuación en Salud Mental con Mujeres Maltratadas por su Pareja* (pp-48-50). Servicio Murciano de Salud.

Lei 11/2007, do 27 de xullo, galega para a prevención e o tratamento integral da violencia de xénero. *Diario Oficial de Galicia*, 152, de 7 de agosto de 2007.

Lei 12/2016, do 22 de xullo, pola que se modifica a Lei 11/2007, do 27 de xullo, galega para a prevención e o tratamento integral da violencia de xénero. *Diario Oficial de Galicia*, 140, de 26 de xullo de 2016.

Orde do 1 de abril de 1997 pola que se regulan os requisitos específicos que deberán reunir os centros de acollida para mulleres vítimas de malos tratos. *Diario Oficial de Galicia*, 96, de 21 de maio de 2014.

Organización Mundial de la Salud -OMS- (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020* (pp. 10-11). Ginebra: Ediciones de la OMS.

Polo Usaola, Cristina (2013). *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental*, 35 *¿Siguen siendo necesario incluir la perspectiva de género en salud mental y en derechos humanos? A propósito de las consideraciones despectivas sobre la llamada "Ideología de Género"*. (pp. 16-21). Asociación Madrileña de Salud Mental.





Rede Galega de Acollemento para Mulleres que Sofren Violencia de Xénero (RGA) (2016). *Protocolo da Rede Galega de Acollemento para Mulleres que Sofren Violencia de Xénero*. Secretaría Xeral da Igualdade (Xunta de Galicia). Recuperado o 27 de decembro de 2021 de http://igualdade.xunta.gal/sites/default/files/files/documentos/protocolo_rga-asinado_1.pdf

Resolución do 21 de decembro de 2021, da Secretaría Xeral da Igualdade, pola que se convoca para o ano 2022 a prestación periódica para mulleres que sofren violencia de xénero prevista no artigo 39 da Lei 11/2007, do 27 de xullo, galega para a prevención e o tratamento integral da violencia de xénero, modificada pola Lei 12/2016, do 22 de xullo. *Diario Oficial de Galicia*, 2, de 4 de xaneiro de 2022.

Rincón González, Paulina Paz (2003). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención* (pp. 36-38). Facultad de Psicología- Universidad Complutense de Madrid





IMPACTO DA PANDEMIA NA BIOGRAFÍA DAS E DOS PROFESIONAIS DA PROTECCIÓN Á INFANCIA E MOCIDADE DE GALICIA. TOCADAS/OS: A FLOTE OU AFONDANDO

García Ferreiro, Noelia

Traballadora Social

noeliagarciaferreiro@gmail.com

Premio Día Mundial do Tráballo Social 2022

Modalidade TFG/TFM

RESUMO

Este estudo procura identificar o impacto da primeira pandemia do século XXI na biografía das/os traballadoras/es sociais da protección á infancia e mocidade, atendendo as implicacións para homes e mulleres nunha profesión altamente feminizada, e tamén as dificultades laborais e persoais máis significativas tanto antes como tras a pandemia. Ademais pretende descubrir as estratexias coas que contan para afrontar a situación sociolaboral e a procedencia dos posibles apoios. A mostra compúxose por sete traballadores/as sociais, cinco mulleres e dous homes de distintos recursos do sistema de protección. Na investigación de tipo cualitativo empregouse como instrumento para a recollida dos datos a entrevista semiestruturada. Os resultados reflicten un impacto significativo da pandemia que vén a incrementar as dificultades coas que xa contaban, aspectos tanto vinculados a feminización, a precariedade laboral coma o desgaste profesional. Á vista dos resultados conséntase a necesidade de implementar accións cara á ética do coidado e así resituarse os patróns de coidado impostos dende o patriarcado. Así como tamén, a necesidade de atender á formación e implementación de estratexias de autocoidado individual e colectivo na práctica do TS nesta área.

PALABRAS CLAVE

Infancia, mocidade, desprotección, TS, xénero, Covid-19.



RESUMEN

Este estudio pretende identificar el impacto de la primera pandemia del siglo XXI en la biografía de las/os trabajadoras/es sociales de protección a la infancia y juventud. Se abordan las implicaciones que tiene una profesión altamente feminizada, las dificultades laborales y personales más significativas antes y tras la aparición de la pandemia. Además, pretende descubrir las estrategias con las que cuentan para afrontar la situación sociolaboral y la procedencia de posibles apoyos. La muestra se compone por 7 trabajadores/as sociales, cinco mujeres y dos hombres de distintos recursos del sistema de protección. En la investigación de tipo cualitativo se utilizó la entrevista semiestructurada como instrumento para la recogida de datos a través de los cuales explicaron su situación. Los resultados muestran un impacto significativo de la pandemia que incrementa las dificultades anteriores, en aspectos tanto relacionados con la feminización, la precariedad laboral como el desgaste profesional. Por lo tanto, se constata la necesidad de implementar acciones hacia la ética del cuidado, para resituar los patrones de cuidado impuestos desde el patriarcado y también la necesidad de formación e implementación de estrategias de autocuidado individual y colectivo en la práctica profesional del Trabajo Social en esta área.

PALABRAS CLAVE

Infancia, juventud, desprotección, trabajo social, género, Covid-19

ABSTRACT

This study aims to identify the impact of the first pandemic of the 21st century on the biography of social workers for the protection of children and youth. The implications of a highly feminized profession, the most significant work and personal difficulties before and after the onset of the pandemic are addressed. In addition, it aims to discover the strategies they have to face the socio-labor situation and the origin of possible supports. The sample is made up of 7 social workers, five women and two men from different resources of the protection system. In the qualitative research, the semi-structured interview was used as an instrument to collect data through which they explained their situation. The results show a significant impact of the pandemic that increases the previous difficulties, in aspects both related to feminization, job insecurity and professional burnout. Therefore, the need to implement actions towards the ethics of care is confirmed, to reposition the informal care patterns imposed by the patriarchy and also the need for training and implementation of individual and collective self-care strategies in the professional practice of Social Work in this area.

KEYWORDS

Childhood, youth, vulnerability, social work, gender, Covid-19



1. INTRODUCCIÓN

Este TFG procura identificar o impacto da pandemia na biografía das/os TTSS da protección á infancia e á mocidade, baixo un enfoque de xénero. O estudo pretende ter en conta a afectación diferencial na historia de vida de homes e mulleres que desenvolven o seu labor nun ámbito feminizado. Así como a incidencia da precariedade profesional e o desgaste por empatía. Ademais de coñecer as estratexias para afrontar esta situación dende o autocoidado.

De seguido móstrase o marco teórico no que se aborda a conceptualización da infancia e a mocidade, a aparición da primeira pandemia do século XXI e as estratexias de afrontamento ao respecto do autocoidado. En canto á conceptualización, afóndase na protección a infancia, o TS nesta área, o nesgo de xénero e a precariedade laboral como dificultades permanentes, e o desgaste por empatía. En canto á pandemia, preséntanse as medidas implementadas e os primeiros impactos da crise, ademais do acompañamento nesta etapa como dificultade emergente para as/os TTSS.

1.1 Conceptualización da infancia e mocidade

A continuación abórdase o concepto de infancia e de mocidade, elixindo estes, como os termos que con maior acerto fan referencia aos suxeitos da intervención do ámbito elixido. Fronte estas denominacións, continúan en voga outros termos. A terminoloxía é unha construción social vinculada á ideoloxía dominante, debido á interacción entre pedagogía, linguaxe e ideoloxía (Aguilera e Andrés, 2014). As/os nenas/os, nomeados/as como menores levan canda si, unha infancia adxectivada e clasificada entre a protección e a sanción (Frigerio, 2008).

A infancia, é unha denominación recente, parece datarse na Revolución Industrial (Ariés, 1987). Calquera tipo de delimitación das etapas da vida son construcións sociais que xerarquizan o ciclo vital, polo que non é un concepto nin obxectivo nin universal (Ravetllat, 2006; Rosemberg, 2009). De xeito xeneralizado, poderíase definir como o período que comprende dende o nacemento ata os dezaioito anos, aínda que para moitos/as vai dende o nacemento á mocidade (Picornell, 2006). Segundo Ochaita e Espinosa (2004) é unha etapa transcendente que precisa da satisfacción de necesidades, para que se produzan avances físicos, cognitivos e sociais (Ochaita e Espinosa, 2012). Igualmente, o desenvolvemento social permite establecer a relación de apego con terceiras persoas (Rubin, Bukowsky e Parker, 2006), e contribúe ao desenvolvemento moral, que acadará maior complexidade na mocidade (Kohlberg, 1984).

As aproximacións teóricas sobre a mocidade teñen evolucionado ligadas ás situacións históricas, ao papel da mocidade, aos movementos xuvenís e ás teorías das ciencias sociais (Souto, 2007; Villa, 2011). Dende a reprodución social, trátase dunha etapa caracterizada pola iniciación (Martín, 2001), un período, no que a sociedade deixa de tratar a persoa como nena/o pero non lle dá, un status de adulta/o (Souto, 2007). Estas concepcións poñen a énfase na transitoriedade do estado, máis que no estado en si (Martín, 2001). Dentro deste tramo desenvólvese a puberdade, un proceso de cambios cun importante impacto psicosocial (Barrio, Carcavila e Martín,



2006). Existe quórum na incidencia dunha serie de tópicos como son: o afrontamento do rol de xénero, a identidade e orientación sexual, un maior desenvolvemento intelectual e a interacción dun sistema de valores (Serrano, Godas, Rodríguez e Mirón, 1996).

1.1.1 Protección á infancia e mocidade

A infancia precisa dunha protección especial, ademais da consideración de seren suxeitos activos, participativos e creativos, con necesidades e dereitos que deben garantirse (Ezquerro, 2012). Segundo Alemán-Bracho e García-Serrano, compre atender a acordos internacionais como a Declaración dos Dereitos do Neno (1958) ou a Convención dos Dereitos do Neno (1989).

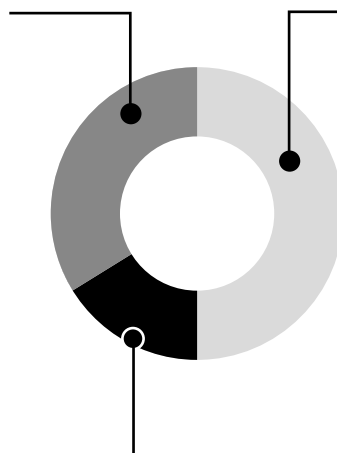
Cando se atopen nunha situación de desprotección deberase protexelos e garantir a igualdade de oportunidades respecto dos/as iguais (Fernández-Simo e Cid, 2020). As bases lexislativas xerais, neste contexto, son estatais e veñen determinadas pola Lei orgánica 1/1996 do 15 de xaneiro de protección xurídica do menor, modificada pola Lei 26/2015, do 28 de xullo, de modificación do sistema de protección. A lexislación, constitúe o marco regulador que orienta as obrigas e funcións das/os TTSS (Medel, 2011). Este tórnase como marco principal e evidencia a eiva de literatura científica respecto desta praxe profesional. En Galicia o Sistema de Protección de Menores confórmasse como un conxunto de servizos, actuacións e medidas de intervención dos poderes públicos, destinadas a paliar as situacións de desprotección. Estas situacións poden ir dende o risco ao desamparo (Sáinz-Cantero e Pardo, 2010).

Figura 1.

Situacións obxecto de protección. Elaboración propia adaptado De Paúl (2007).

Incumprimento dos deberes de protección:

- Falla de recoñecemento, nin paternidade nin maternidade.
- Abandono referido á desaparición.



Inaxeitado cumprimento dos deberes de protección:

- Maltrato e abandono físico.
- Maltrato e abandono emocional.
- Abuso sexual.

Imposible exercicio dos deberes de protección:

- Orfandade.
- Prisión.
- Enfermidade incapacitante.



Ante a desprotección precísanse medidas e respostas axeitadas para acompañar e atallar as dificultades (Suárez, 1998). As medidas son fundamentalmente a tutela e a garda (Alemán-Bracho e García-Serrano, 2008). A tutela é unha figura de protección que se aplica nas situacións de desamparo, establécese por resolución xudicial (ou administrativa) e atribúeselle ao titor/a, a garda da persoa e dos seus bens (Fernández-Simo e Cid, 2020). A garda asistencial ou automática, é a institución a través da cal, os poderes públicos asumen a protección, cando a quen lle corresponde non pode afrontala debido a circunstancias graves que poderían conducir a unha situación de desamparo. Esta pode ser requirida pola, nai, pai, tutores/as, por decisión administrativa ou por decisión xudicial (Alemán-Bracho e García-Serrano, 2008).

As opcións nestas situacións son dúas, o mantemento no contorno familiar que será preferido como principio xeral, ou a separación da súa familia, dispoñendo o seu acollemento noutra familia, un fogar dos creados para o efecto ou un centro residencial (Sáinz-Cantero e Pardo, 2010).

As prestacións para garantir o desenvolvemento persoal e a integración familiar e social veñen recollidas no artigo 7 do Decreto 39/2005 polo que se regulan os centros de menores e son: proporcionar unha atención integral, manutención, apoio psicosocial e educativo, con particular atención á promoción da igualdade, seguimento escolar, promoción da saúde, animación do tempo de lecer, formación nas habilidades sociais e orientación familiar. Estas prestacións vincularanse co plan de caso onde se recollan os obxectivos establecidos por parte do Equipo Técnico do Menor (ETM) e que se empregaran no deseño do Proxecto Educativo Individual (Del Valle, 2009).

Trátase dunha intervención socioeducativa que debe desenvolverse a partir de catro aspectos: partir da pedagogía da vida cotiá, o acompañamento socioeducativo, o vínculo e o diálogo como ferramentas principais (Melendro e Cruz, 2013). O acompañamento e o TS van da man, xa que permite atender os aspectos da persoa e do contexto a través dunha relación horizontal orientada cara o cambio (Raya e Caparrós, 2014).

1.1.2 O TS coa infancia e a mocidade

O TS é unha das disciplinas que ten como encomenda a promoción do benestar da infancia e mocidade (Ferreira e Perdigão, 2018). A Federación Internacional de TS (FITS) no ano 2014 presentou o perfil profesional, atendendo os deberes da profesión, os principios e a relación constante entre teoría e práctica. O obxectivo do TS nesta área é o exercicio da cidadanía, unha participación social activa e a transformación das condicións de vida (Barroso, 2018). Os aspectos recollidos pola FITS (2014) conforman o colofón sobre o que se encaixan as competencias e as habilidades que se agardan dos/as TTSS. Montserrat e Melendro (2017) subliñan que cómpre incidir na participación, o apoderamento, o traballo coordinado, o establecemento de vínculos e a proximidade emocional, baixo a construción e mantemento dunha relación constante.

A intervención estará centrada na persoa e o seu círculo, nunha atención integral (Conde, 2008; Gaitán, 1990). O termo intervención entenderase próximo á acción cara á transformación, potenciación ou promoción (Evangelista, 2012). Porque tal é como sinala Zamanillo (2004) intervir deberá ser actuar nunha acción conxunta.





Segundo o IV Convenio estatal de reforma xuvenil e protección de menores (2021) entre as competencias dos/as TTSS nesta área, atópanse: a elaboración de informes, o asesoramento e soporte a xestión, a orientación dos/as profesionais da intervención, determinar as situacións, favorecer a adaptación, a reintegración e mellorar a competencia familiar. Porén os requirimentos dos concursos públicos xeralmente valoran os aspectos formativos, baixo a preferencia maioritaria de titulacións das Ciencias Sociais sen atender as diferencias das disciplinas. Igualmente, o Decreto 329/2005 fala de persoal axeitado, pero nomea de maneira extensiva o concepto “traballador”, “asistente social” e “educador”.

1.1.3 Nesgo de xénero e precariedade laboral: Dificultades permanentes para TTSS na protección á infancia e mocidade

Neste contexto, o rol do emprego ten gran recoñecemento e arrastra a crenza de que é un dos alicerces para a inclusión, aínda que os novos modelos non o compartan (Sennet, 2000). O mercado laboral do TS para Sarasola, Mora e Perez-Lagares (2014) é precario e é unha dimensión máis da conxuntura laboral, que vai máis alá do emprego (Barattini, 2009; Castel, 2014). Isto evidénciase na elevada rotación das quendas, as amplas xornadas, os salarios baixos, a falta de recursos... variables que poden incidir na aparición de esgotamento laboral (Jenaro-Rio, Flores, e González-Gil, 2007).

A precariedade, recoñécese dentro e fóra da Administración, aínda que o terceiro sector prolifera baixo subvencións e contratos públicos (Hernández-Echegaray, 2017). Neste ámbito, as tarefas son inalcanzables e os contratos curtos e non prorrogables, cando poden dar pé a maiores dereitos (Castel, 2014). As dimensións da nova precariedade son a falta de protección ante a necesidade de flexibilidade, a dispoñibilidade, a sobrecomunicación, a inestabilidade, o esgotamento afectivo e o oportunismo (Barattini, 2009).

Os/as TTSS naturalizan esta situación, entendendo as contornas laborais como espazos insuficientes e violadores de dereitos (Castrogiovanni, Simonotto e Viedma, 2016). Resulta impactante como o que noutros ámbitos se valora como economía somerxida, é nomeado como compromiso, vinculación ou voluntariado (Hernández-Echegaray, 2017). A investigación dos riscos psicosociais que provoca a precariedade neste ámbito é reducida, porén no contexto anglosaxón existen estudos que constatan as consecuencias desta precariedade recollendo os altos niveis de estrés (Jenaro-Rio, Flores, e González-Gil, 2007). Os efectos destas condicións maniféstanse a través de respostas emocionais, cognitivas, condutuais e fisiolóxicas (Moncada, Llorens e Kristesen, 2002). Por isto, os currículos formativos e as entidades, deberían incidir na dotación de ferramentas, tendo en conta os custos persoais, sociais e laborais que provoca (Guerrero, 2003; Jenaro-Rio, Flores e González-Gil, 2007). Compren análises e medidas preventivas, así como intervencións ligadas a calidade dos servizos e organizacións que aporten contraprestacións acordes e atractivas (Muñoz, 1990).

O TS non escapa do ordenamento xerárquico das ocupacións, teitos de cristal, labirintos e moitas máis metáforas respecto das dificultades do emprego feminino (Eagly e Carli, 2007). Aínda que se encadre coma unha profesión feminina, feminizada e con vocación feminista (Morales, 2010; Lorente-Molina e Luxardo, 2018) desenvólvese dende o sistema patriarcal e contribúe a





continuidade das desigualdades (Fernández-Montaño, 2015). Polo que cómpre a introdución da perspectiva de xénero, o que implica ter en conta a segregación ocupacional e a precariedade laboral feminina, dende múltiples prismas para poder afondar na cuestión (Morales, 2010; López-Aniorte e Ferrando-García, 2021; Tobías, 2018). Esta perspectiva incorporouse ao TS como ferramenta de análise atendendo as axentes da intervención e as usuarias (Berasaluze, 2009; Dominelli, 2013; Alcázar, 2014).

A división sexual do traballo está condicionada polos estereotipos de xénero. Como sinala Anker (1997), existen trazos, que a súa vez se vinculan con ocupacións. Isto dá lugar, a un mundo laboral segregado e xerarquizado (Lorente, 2004). As mulleres, atópanse cun ámbito restrinxido de ocupacións, nunha posición de desvantaxe e coas competencias infrautilizadas (Donoso, Figueroa, e Rodríguez-Moreno, 2013). Tamén os homes, teñen ocupacións determinadas e un acceso limitado a determinados ámbitos (Báñez, 2011). Porén Del Valle (2002) sitúa en maior medida a introdución das mulleres en ámbitos masculinizados que a inversa.

1.1.4 Desgaste por empatía na protección á infancia e mocidade

O acompañamento neste ámbito comporta a exposición cara ao sufrimento e a maior contacto, maior predisposición cara ao desgaste (Cazabat, 1998). É unha tarefa complexa que require de coñecemento, predisposición e involucración (Cuartero, 2018). O contacto directo e o emprego da empatía como principal recurso na intervención, xera un compromiso emocional e supón un compromiso ético cos/coas usuarias/os (Bermejo, 2012; Campos e Cardona, 2017).

Para abordar esta situación existen múltiples termos con usos similares aínda que con connotacións diferenciais: desgaste por empatía, desgaste laboral, trauma vicario, estrés postraumático secundario... (Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa e Rodríguez, 2004). Tamén como aspecto positivo se recoñece a satisfacción por compaixón que pode conducir ao incremento da capacidade de enxeño e a cambios nas metas e puntos de vista da vida (Méndez-Fernández, Aguiar-Fernández, Lombardero-Posada, Murcia-Álvarez e González-Fernández, 2021).

Figley (1997) acuñou o termo *compassión fatigue* traducido por desgaste por empatía e definiuno como o estado de tensión e preocupación da persoa que asiste, polo trauma individual ou acumulado das persoas usuarias que poden xerar estrés secundario. Este pode derivar en sintomatoloxía física como cansazo, dores, alteracións no sono e apetito, sintomatoloxía condutual como absentismo laboral, perda de entusiasmo ou frustración, sintomatoloxía psicolóxica como irritabilidade, deterioración do autoconcepto e desmotivación, e síntomas que se expresan interaccionalmente como a irritabilidade ou illamento (Aron e Llanos, 2004). Hai factores de especial predisposición: a capacidade para empatizar, o comportamento cara á persoa, a habilidade para o distanciamento do traballo, o sentimento de satisfacción de poder axudar, e máis tarde engádese a propia experiencia de sufrimento (Figley, 1997). Trátase dun campo pouco explorado para o TS no Estado español, pero tendo en conta que os/as TTSS desenvolven o seu traballo a través da empatía e a creación do vínculo cabe pensar que se estean dando estas situacións baixo o descoñecemento (Cuartero, 2018).





1.2 A primeira pandemia do século XXI

En decembro do ano 2019 o programa da Sociedade Internacional para as Enfermidades Infecciosas detectou casos dunha pneumonía de causa descoñecida en Wuhan (ProMed, 2019). En xaneiro do 2020 a OMS (Organización Mundial da Saúde) confirmou a aparición dun novo coronavirus e o nomeamento da súa enfermidade coma a Covid-19 (OMS, 2020).

1.2.1 Medidas implementadas na xestión da pandemia e primeiros impactos

O 11 de marzo decretouse en España o estado de alarma, co Real decreto 463/2020 do 14 de marzo comezaron limitacións drásticas da liberdade de circulación e suspensións na actividade comercial e educativa e autorizáronse unicamente as actividades vinculadas coa adquisición de bens de primeira necesidade e a asistencia a centros catalogados como esenciais. A situación de confinamento domiciliario tivo un grande impacto para a infancia xa que supuxo a perda da meirande parte dos ámbitos de socialización (Fondo das Nacións Unidas para a Infancia [UNICEF], 2020). Con todo demostraron a aceptación das normas e aproveitaron a ruptura coa dinámica habitual e o incremento do tempo coa familia en detrimento da falta das contornas de xogo/interacción cos iguais (Berasategui Sancho, et. al., 2020). Esta norma finalizou o 21 de xuño de 2020 tras 98 días de vixencia, logo virían outras pero non comportaron o confinamento xeneralizado.

Dörre (2020) sinala que a pandemia é unha lupa que amplifica a desigualdade preexistente. A situación xa era complexa debido a xestión neoliberal da crise do 2008 e intensificouse deixando a vista o desmantelamento do estado do benestar (Ponce de León, 2020). Segundo Oltra e Boso (2020) non existe dimensión que non este afectada pola Covid, dende a vida cotiá, o sistema de saúde, a educación, a xustiza, a economía... Broncano (2020) incide en que de igual modo que se descoñece o alcance da crise, tamén se descoñece a heteroxeneidade do sufrimento. A desfeita semella próxima e entre os colectivos con maior vulnerabilidade están a mocidade e as familias vulnerables (Llorente, 2020).

1.2.2 Acompañar en pandemia: Dificultades emerxentes para TTSS na protección á infancia e mocidade

Escartín (2012) falaba do TS en tempos de crise, sinalando a incerteza como característica do mundo. Morín (1999) apuntou que a maior certeza e a imposibilidade de eliminar a incerteza. Neste sentido a pandemia supuxo unha sensación de irrealidade, agochada na normalización de estruturas que pensamos inmutables (Alba, 2020).

O binomio economía/saúde mantívose dende o primeiro momento, xa que os/as traballadores/as esenciais continuaron traballando independentemente das condicións, deixando operar a sorte (a boa vontade, a voluntariedade) como un elemento esencial das políticas neoliberais (Ponce de León, 2020). Esta situación aféctalles máis aos sectores feminizados, tanto no risco de infección, como nas cargas, debido a continuidade do rol de coidados do ámbito privado no ámbito público (Whenham, Smith, e Morgan, 2020).





O acollemento residencial da infancia precisa da presencialidade e considerouse a súa esencialidade, os/as nenos/as pasaron nos recursos as 24 h do día, nunha convivencia continuada durante mais de 50 días. A Orde SND/275/2020 do 23 de marzo tiña como obxectivo 1, garantir a continuidade deste servizo asegurando os recursos humanos e procurando condicións de traballo que previran a transmisión da Covid porén descoñécese con que medios e que control. Entre os criterios de actuación sinalábase, o autocoidado como prevención e autoprotección para asegurar a operatividade do recurso, sen sinalar os apoios específicos para a súa materialización (Ministerio de Dereitos Sociais e Axenda 2030, 2020).

As/os TTSS desenvolveron o súa labor baixo esta dinámica de adaptación permanente que aparelada a recursos insuficientes, é unha situación propicia para o incremento da fatiga. Ademais a percepción da situación como ameazante, nunha situación de illamento e con limitacións, dificulta o seu afrontamento (Correa, 2021). UNICEF (2020) propuña a necesidade garantirles o apoio aos profesionais, tanto a nivel psicolóxico como formativo pero actualmente descoñécese se as propostas foron implementadas.

1.3 Estratexias de afrontamento: autocoidarse para coidar

As estratexias de afrontamento desta abordaxe teórica, aséntanse na Ética do Coidado de Carol Gilligan (como se citou en Soares, 2012). Pártese do autocoidado para poder acompañar, axudar e coidar baixo un modelo de corresponsabilidade, interrelación e interdependencia. A solución non se atopa na evitación da empatía, senón no afrontamento do desgaste cuxa ferramenta clave é o autocoidado (Betta, Morales, Rodríguez e Guerra, 2007).

Segundo Lee e Miller (2013) esta é unha práctica descoñecida para o TS, polo que cómpre subliñar a necesidade de atender a saúde, definir límites e marcar pautas sobre a práctica persoal e laboral, tanto individuais (persoais). como colectivas (laborais).

O autocoidado persoal atende a promoción da saúde, o benestar e a calidade de vida, con actividades tanto de esparexemento, relación social, como hábitos de vida saudables baixo unha realización rutineira (Cuartero, 2008; Yáñez, 2005). Na área profesional deberanse desenvolver actividades terapéuticas dentro da quenda que permitan visibilizar os malestares, o baleiramento e o repartimento de responsabilidades, cunha supervisión protectora, baixo estilos de liderado democráticos, nun clima saudable (Arón e Llanos, 2004; Betta et. al, 2007). Neste sentido Méndez-Fernández et. Al. (2021) atenden ao desapego psicolóxico fóra da xornada, altamente complexo debido ao abuso das comunicacións e a falta de accións de coidado. Así mesmo cómpre atender ao autoconhecimento e a empatía, esta última referida ao proceso consciente no que se tenta a exclusión de sentimentos, actitudes e pensamentos xerados a partir da relación empática (Cuartero e Casado, 2016).

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo ten como obxectivo xeral identificar o impacto da pandemia pola Covid-19 nas biografías das/os TTSS da protección á infancia e mocidade dende a perspectiva de xénero e baixo





o enfoque da investigación social cualitativa. Os obxectivos específicos son analizar as implicacións e condicionantes persoais e laborais para homes e mulleres dunha profesión altamente feminizada, tanto de xeito habitual como tras a pandemia, coñecer as dificultades laborais e persoais máis significativas para as/os TTSS do ámbito da protección á infancia e mocidade antes e tras a pandemia. E descubrir as estratexias de afrontamento das/os TTSS para afrontar a situación sociolaboral e a procedencia dos apoios. A seguir preséntanse os principais aspectos da metodoloxía de investigación atendendo as persoas participantes, o deseño e instrumento de investigación, e o procedemento e análise dos datos.

2.1 Persoas participantes

Para darlles resposta aos obxectivos, levaranse a cabo sete entrevistas a TTSS dos recursos do Sistema Galego de Protección á Infancia.

*A escolla respondeu á procura de maior amplitude respecto das entidades, tipoloxía e localización aínda finalmente quedando fóra representación da provincia de Lugo. Distribuíuse do seguinte xeito: dúas profesionais de casas de familia, unha de centro de atención de día, un e unha de centro infanto-xuvenil e un e unha profesional do Centro de Emerxencia Covid. Na **Táboa 1** preséntase o seu perfil e datos sociodemográficos.*

Táboa 1.

Perfil das persoas participantes (Elaboración propia).

Participante	Xénero	Idade	Recurso	Experiencia	Formación
P1	Muller	36-40	C. Covid	Si	Permanente sen posgrao
P2	Muller	31-35	Centro R.	Si	Permanente sen posgrao
P3	Muller	31-35	Casa de Familia	Si	Permanente con posgrao
P4	Muller	25-30	Casa de Familia	Si	Permanente sen posgrao
P5	Muller	36-40	Centro de Día	Si	Permanente con posgrao
P6	Home	25-30	Centro R.	Si	Permanente con posgrao
P7	Home	25-30	C. Covid	Si	Permanente sen posgrao

2.2 Deseño de investigación

Esta investigación parte do enfoque cualitativo, para tratar de conseguir a comprensión das situacións, afondando nos significados e os sentidos que se lle conceden, valorando as vivencias e experiencias persoais (Rodríguez e Valdeoriola, 2009). Preténdese así o achegamento a realidade social dende as/os protagonistas e o propio contexto (Kvale, 2011). Recóllese por tanto un conxunto de saberes de índole privada, que permiten recoñecer o sentido social da experiencia, biográfica e intransferible da individualidade (Alonso, 1999).





2.3 Instrumento de recollida de datos

O instrumento de recollida de datos elixido foi a entrevista semiestruturada, un dos métodos de cabeceira para obtención de datos cualitativos (Potter e Hepburn, 2005). Trátase dunha reunión na que conversar e intercambiar información (Hernández-Sapieiri, Fernández-Collado e Baptista, 2014; Packer, 2013). Dado o seu carácter conversacional, reduce a opresión fronte outras tipoloxías (Ozonas e Pérez, 2004). Elaborouse unha guía de preguntas sobre as categorías apriorísticas formuladas seguindo a Cisterna (2005) introducindo outras para facilitar a comprensión (Hernández-Sapieiri, Fernández-Collado, e Baptista, 2014; Packer, 2013).

Táboa 2.

Matriz de Categorías e Subcategorías (Elaboración propia).

Categorías	Subcategorías
Categoría 1: Dificultades permanentes das traballadoras/es sociais na protección á infancia e a mocidade	Subcategoría 1: Recoñecemento de dificultades permanentes <ul style="list-style-type: none"> • Recolle a percepción da existencia de dificultades que como profesionais recoñecen dentro do ámbito da protección á infancia.
	Subcategoría 2: Feminización do traballo social <ul style="list-style-type: none"> • Atende á percepción das implicacións do xénero no desenvolvemento persoal e laboral dunha profesión altamente feminizada.
	Subcategoría 3: Precariedade laboral <ul style="list-style-type: none"> • Engloba as condicións e situacións laborais, ao respecto da satisfacción laboral, as contraprestacións laborais e a relación institucional.
	Subcategoría 4: Desgaste por empatía <ul style="list-style-type: none"> • Aborda o recoñecemento do desgaste por empatía, froito do contacto co sufrimento humano e do uso da empatía como ferramenta de intervención.
Categoría 2: Dificultades emerxentes das traballadoras/es na protección á infancia e á mocidade ante a aparición da pandemia	Subcategoría 1: Recoñecemento de dificultades emerxentes <ul style="list-style-type: none"> • Recolle a percepción da existencia de dificultades que como profesionais recoñecen dentro do ámbito da protección á infancia.
	Subcategoría 2: Impacto da pandemia nunha profesión feminizada <ul style="list-style-type: none"> • Recolle os posibles cambios que tiveron que afrontar como mulleres e homes diferencialmente tras as medidas gobernamentais.
	Subcategoría 3: Impacto da pandemia no contexto laboral <ul style="list-style-type: none"> • Sinala as dificultades laborais afrontadas durante a pandemia, os cambios máis salientables, as modificacións institucionais e a resposta do servizo, a implicación das medidas sanitarias.
	Subcategoría 4: Impacto da pandemia no contexto persoal <ul style="list-style-type: none"> • Aborda se o impacto da pandemia incrementou a presenza do desgaste por empatía, atendendo ao incremento de situacións de maior dificultade e posible aparición de sintomatoloxía.





Categorías	Subcategorías
Categoría 3: Estratexias de afrontamento, o autocoidado dos/as traballadores/as sociais na protección á infancia e á mocidade.	Subcategoría 1: Coñecemento de estratexias de afrontamento <ul style="list-style-type: none"> • Recolle o coñecemento do que dispón en torno a importancia das estratexias de afrontamento da práctica laboral nun contexto de especial risco para o desgaste persoal e laboral.
	Subcategoría 2: Aplicación de estratexias de afrontamento individual <ul style="list-style-type: none"> • Atende a aplicación de estratexias de afrontamento de tipo individual, a nivel físico, psicolóxico e social. A súa adquisición e implementación.
	Subcategoría 3: Aplicación de estratexias de afrontamento colectivo <ul style="list-style-type: none"> • Aborda a aplicación de estratexias de afrontamento de tipo colectivo, no ámbito de equipo, institución e estrutura xeral.

Na Táboa 2 poden verse as tres categorías apriorísticas, que se denominaron dificultades permanentes, dificultades emerxentes e estratexias de afrontamento. Nun segundo nivel atendeuse á percepción das dificultades permanentes, os condicionantes de xénero, a precariedade laboral e o desgaste por empatía antes da aparición da pandemia para a primeira categoría e estes mesmos elementos logo da aparición da Covid-19, para a segunda categoría. Para finalizar a terceira categoría, leva aparelladas tres subcategorías, referidas ao coñecemento das estratexias e a súa aplicación individual e colectiva.

2.4 Procedemento para a recollida de datos

Tras o deseño da entrevista contactouse cos/as TTSS para solicitarlle a participación, e fíxose entrega do consentimento informado. Así, explicáronse os principais aspectos da investigación e o procedemento. Tendo en conta a situación sanitaria proxectouse a realización a través dunha plataforma en liña e en caso de dificultade preveuse a realización vía telefónica gravando as achegas.

2.5 Análise dos datos recollidos

Para levar a cabo a análise, empregouse a técnica de análise de contido naturalista (Bardín, 2002). Primeiramente transcribíronse literalmente as entrevistas a través dun formulario dixital, asignóuselle un código para preservar a súa identidade. Seguindo a Packer (2013) logo da transcripción, comezouse coa análise onde se compararon os datos, se codificaron e integraron. O proceso centrouse primordialmente no significado, condensando e interpretando as achegas (Kvale, 2011). Atendeuse ás regras propostas por Magalhaes, Morais e Rodríguez-Castro (2011) e á exhaustividade de Bardín (1986), revisando contidos de interese, a exclusividade da información, a semiindución na elaboración das categorías apriorísticas, a pertinencia da categoría e a obxectividade baixo o contraste coa titora.





2.6 Resultados

En relación coa categoría 1 sobre as dificultades permanentes das/os TTSS nesta área, recóllese na subcategoría 1 a percepción da existencia de dificultades, nela sinalan cuestións vinculadas á organización, á relación cos ETM, á falta de calidade nos servizos, á elevada carga emocional da intervención e á precariedade, evidenciando tanto cuestións relativas á seguridade como á inestabilidade.

“

(...)segundo con quen che toque nos ETM(...) ante o mesmo caso segundo con quen fales, a decisión vai ser moi distinta. (P5, Liña 2-3)

(...) ás veces non atopas un apoio dentro do traballo, un profesional que che axude a ti a sobrelevar esa carga emocional. (P5, Liña 9-10)

Considero que é unha profesión precarizada, creo que hai falta de recursos e persoal. (P7, Liña 45)

”

A subcategoría 2 atende á percepción das implicacións do xénero dunha profesión altamente feminizada, e hai acordo neste sentido, xa que a presenza de homes na área de protección é anecdótica, non así en conflito social. Entre os motivos desta situación concordan na influencia do sistema patriarcal, porén semella que a devandita influencia se externaliza no común pero non nas súas situación persoais. Tamén nalgún caso sinalan valoracións negativas de cara á adxudicación tradicional dos roles de xénero.

“

Si, todas as persoas, compañeiras do gremio a maioría son mulleres, poucos rapaces están exercendo en protección, si o fan máis en reforma. (P4, Liña 12-13)

Yo lo elegí porque me gustaba, no creo que me influyera. (P1, Liña 9-13)

(...) a mí no me afecta pero sí que es verdad que el trabajo conlleva un poco a sí. (P3, Liña 13)

”

Para algunhas esa reprodución de estándares froito do patriarcado é un factor que lles facilita a entrada laboral ás mulleres e para outros a falta de presenza masculina tamén pode abrir portas.





“ parece que o feito de ser muller facilita a entrada laboral, dáme a sensación de que é por iso. **(P5, Liña 15-16)**

debería ser bo para min porque hai empresas que buscan un perfil masculino pero non o teño visto. **(P-6, Liña 68-69)** ”

Respecto das implicacións na intervención socioeducativa os posicionamentos son diversos, en xeral obsérvase quen valora moi necesaria a presenza de referentes de ambos os xéneros e quen non considera que poida favorecer. Con todo a demanda da presenza vai xeralmente encamiñada a certa reprodución de roles e a facilidade que adxudican a presenza masculina para con que perfís ou na facilitación de situacións por vivencias persoais.

“ Non o vexo un handicap para a intervención, podo entender que nalgunha intervención moi concreta puidera favorecer, pero polo momento nunca vivenciei esa necesidade. **(P4, Liña 16-17)**

Diría que no tiene implicaciones, pero creo que existen ciertas culturas que por exemplos la etnia gitana prefiere que se los trate un hombre que una mujer. **(P1, Liña 4-5)**

Depende do menor (...), considero que é moi positivo que haxa homes e mulleres, porque se hai un rapaz de catorce anos, por exemplo, se ten algunha cuestión referida por exemplo cos seus xenitais poida que se sinta máis cómodo contándomo a min. **(P6, Liña 72-74)** ”

A subcategoría 3 Precariedade laboral, engloba as condicións laborais que agás un caso sinalan que se trata dun ámbito precario, nese caso amosa recoñecemento cara certas eivas pero non o xeneraliza ao posto.

“ Non se valora o traballo, que a nivel salarial non está en absoluto remunerado, nin a nivel social, nin a nivel político, nin a todos os niveles está valorado, entón por ese eido igual se pode falar dunha precariedade pero ben. **(P4, Liña 47-47)**

Unha escravitude encuberta do mundo occidental actual. **(P2, Liña 80-81)** ”

A situación de precariedade sinálana máis acusada no ámbito privado e dáse unha situación de desconfianza cara ao lucro persoal/institucional do servizo.





“ *Creo que hay mucha empresa social que es más empresa que social. (P1, Liña 14)*

Na Administración pública, ninguén traballa de máis non existe esa precariedade. (P2, Liña 91)

Penso que se trata dunha cuestión económica, alguén se ten que estar beneficiando da situación. (P2, Liña 93-94)

”

Os abusos sinalados, sitúanse nos salarios, nas cargas horarias, nas dificultades para a conciliación, na elevada burocracia e na dificultade de equilibrala coa intervención directa, na falta de persoal, no abuso da implicación, nas esixencias de dispoñibilidade, na falta de recoñecemento e nas eivas das inspeccións de traballo.

“ *Lo que cobro yo a mayores por un día festivo es mejor no ir a trabajar (...) menos de 10 € el día. (P3, Liña 42-43)*

Eu empecei traballando máis de 70 horas a semana que non eran compensadas nin pagadas, e facendo informes en vacacións, visitas etc. (P2, Liña 75)

(...) temos que decidir entre falar co rapaz ou da rapaza ou ir para o despacho a encher todo o que temos pendente e saír en hora. Iso empúrranos a facer das máis horas das que debemos. (P6, Liña 16-18)

(...) dispoñibilidade telemática en grupos de whatsapp etc., horas a maiores da xornada, correquendas que non se cuantifican en xornada (...) e quen non este contento/a que se marche. (P2, Liña 82-86)

”

Entre as principais demandas neste sentido sinalan a implicación cara ao coidado, e as condicións laborais.

“ *De igual xeito que temos unha mutua que nos atende cando nos rompemos un pe ter unha asistencia psicolóxica. (P4, Liña 55-58)*

Se fas un máster recoñécencho etc., e aquí dá igual o que fagas e o que deixes de facer, non che recoñecen nada. (P5, Liña 27-30)

”





Con todo albiscan que a situación está enraizada e aínda que se teñen dado melloras sinalan dificultades para que se reverta a situación.

“

Se desde arriba todo funciona bien y los menores tienen sitio a donde ir y no hay problemas la situación se reproduce. (P1, Liña 17-18)

”

A subcategoría 4 aborda o recoñecemento do desgaste por empatía, aspecto totalmente descoñecido pero que cando se menciona algúns/has son quen de relacionalo con situacións próximas. A totalidade das achegas sinalan que a empatía é a principal ferramenta de traballo.

“

Se non emprego a empatía non teño nada que facer. (P2, Liña 116)

”

Respecto dos riscos que dela se poden derivar as respostas están polarizadas. Para algúns/has os riscos están presentes e son altos e para outras/os non comporta riscos ou son quen de manexalos.

“

(...) para mí tiene implicaciones psicológicas, por mucho que digas que es un trabajo y no me voy implicar, mentira. (P1, Liña 27-30)

No es un riesgo si lo sabes gestionar emocionalmente hablando. (P3, Liña 62)

Eu penso que non ten riscos a empatía, non lle vexo unha forma errónea no emprego da empatía. (P7, Liña 59)

Penso que un límite moi complexo de poñer, que atravesei máis do que me gustaría.

(P4, Liña 98)

”

Hai persoas que recoñecen situacións de dificultade física, psicolóxica e social que sitúan froito das condicións laborais e da relación empática.

“

La ansiedad para mi está muy presente. (P1, Liña 30)

A nivel físico isto é soríase nerviosa, teño o corpo con brotes, emocionalmente eu estou moito máis sensible, irascible que antes de dedicarme a este ámbito, socialmente o mesmo. (P2, Liña 122-123)

”





“ A primeira semana deste traballo baixei dous quilogramos. **(P6, Liña 47-48)**

*(...) quererme meterme nunha burbulla e non querer relacionarme con ninguén chegar a pensar que lle tiña noxo a xente (...) moita irascibilidade coa familia e coa parella. **(P6, Liña 49-50)***

”

En relación coa categoría 2 as dificultades emerxentes, a subcategoría 1 do recoñecemento de dificultades emerxentes é un aspecto valorado como un peso engadido ás dificultades previas e ao afrontamento dunha realidade descoñecida.

“ Creo que tivemos unha implicación masiva, faciamos quendas de doce horas, con todo fun ao traballo máis días dos que se me esixía, (...) penso que foi demasiado. **(P2, Liña 45-47)**

”

O impacto da pandemia na profesión de por si feminizada recóllese na subcategoría 2. Non hai acordo ao respecto da asunción diferencial da pandemia para homes e para mulleres a nivel persoal e laboral. Hai persoas que observan que as implicacións foron iguais e quen valora máis afectación nos sectores feminizados e ao contrario, polo que se observa gran disparidade nas achegas.

“ (...) en general los trabajos que continuaron en activo son trabajos masculinizados, creo que muchas de las que se quedaron en casa son mujeres. **(P1, Liña 47-48)**

*Hai unha diferenciación de clase quen pode e quen ten economía para quedar na casa e casualmente os postos que non poden quedar na casa maioritariamente son femininos esta aí o impacto (...). **(P2, Liña 60-62)***

*Eu penso que non hai diferencias na asunción da situación entre homes e mulleres, creo que de haber sido home eu o viviría de igual maneira. **(P4, Liña 31-32)***

”

A subcategoría 3 recolle as principais dificultades laborais afrontadas e en xeral non se deron sensacións de seguridade no traballo, as medidas foron implementadas con atraso e sen directrices claras para aplicación.

“ Tiven moito medo pero non a nos senón a que as familias se contaxiaran e nos contaxiaran ou nos as contaxiaran a través dos nenos. **(P5, Liña 134-135)**

”





“ Sentinme inseguro ao non ter protocolos claros non da seguridade e logo e unha enfermidade que pasou por diferentes etapas hai momentos que existe un medo máis xeneralizado. **(P7, Liña 6-7)** ”

A carga de traballo incrementouse e as funcións tamén, en moitos casos non se contratou a máis persoal, sobrecargouse o contratado ou fíxose uso de voluntariado.

“ (...) provocou realizar moitísimas máis horas seguidas, ao final para facilitar a situación aos rapaces e rapazas a implicación quintuplicouse nos primeiros momentos. **(P4, Liña 70-74)** ”

A chegada da pandemia propiciou que moitas das persoas evidenciaran en maior medida as dificultades coas que xa contaban previamente.

“ O tema da Covid afecta xa que agudiza as situación que xa non estaban ben. **(P2, Liña 114)** ”

Penso que a chegada da Covid fixo máis evidentes as dificultades e tamén incrementaron, vivímolos e evidenciámolos máis. **(P4, Liña 153-154)** ”

Con respecto á subcategoría 4, extráese que case todas as persoas se implicaron coa situación por compromiso e responsabilidade. Ao mesmo tempo iso produciu un desgaste que se xeneraliza.

“ Yo me considero una persona que ante la presión se pone la chispa y dice venga esto hai que tirar para adelante porque no hai outra maneira, y pasa por encima de epis y metodoloxías. **(P1, Liña 68-70)** ”

Naquel momento tirei pa, pa, pa, pa e cando pasou tempo foi cando me decatei do verdadeiro impacto. **(P2, Liña 134-135)** ”

Penso que incrementei os efectos ao nivel do que incrementei a implicación ademais non é o mesmo a situación contando con posibilidades de airear, polo que a bomba é moitísimo maior. **(P4, Liña 104-109)** ”





A categoría 3 aborda as estratexias de afrontamento e autocoidado, na subcategoría 1 sobre o seu coñecemento recóllese que ninguén recibiu formación académica neste campo.

“

Todo o que sei é por que eu busquei información cando me notei que estaba mal e comecei a ir a terapia a nivel persoal. (P2, Liña 141-142)

Al final utilizo el sentido común que es a lo que hay que recurrir cuando nada vale. (P1, Liña 74)

”

De igual maneira tampouco escoitaron falar durante os seus estudos universitarios sobre a ética do coidado. Porén todas/os consideran necesarias estratexias de afrontamento e son quen de sinalar aspectos de cara ao autocoidado que levan a cabo.

“

(...)estoy en un nutricionista para gestionar un poco y llevar un hábito de vida más saludable (...) porque debido al trabajo gané mucho peso. (P3, Liña 119-120)

Afronto dende facer deporte ao saír de alí meterme unha hora no ximnasio (...) manteño tamén a cabeza ocupada co tema series películas videoxogos iso tamén me axuda. (P6, Liña 157-159)

Teño a sorte ou desgraza de vivir con outras profesionais(...) temos un gueto na casa sen desatender a confidencialidade. (P7, Liña 40-43)

”

Neste sentido, case todos/as recoñecen potencialidades da actividade deportiva e nas actividades de esparexemento individual ou social, ademais de procurar espazos para o baleirado de situacións. Ao mesmo tempo sinalan a necesidade de límites entre as distintas áreas.

“

(...)para min é un erro pasar a liña entre o traballo e a amizade, porque supón maior exposición. (P2, Liña 137-139)

Agora non traballo nada na casa fora do meu horario laboral e negarme, porque cando dis que si unha vez logo e me moi complexo. (P2, Liña 139-140)

”

En xeral, tamén se recolle que non aplican as estratexias por falta de tempos e espazos. Aínda que pandemia fixo que comezasen a evidenciar a súa necesidade.





“ *En este tiempo no las implemente en la medida que debería, pero si me plantee muchas veces que debería hacerlo. (P1, Liña 83)*

(...)axudoume o tema Covid, porque foi un punto de inflexión, porque se me seguía cargando así ía facer plum. (P5, Liña 102-103)

”

No autocoidado colectivo sinalan por unanimidade que non se levan a cabo accións, aspecto que demandan. En canto a cohesión do equipo, trasladan que a pandemia afectou a súa situación. Tamén con respecto ás figuras de supervisión en xeral non son valoradas como un apoio neste sentido.

“ *Nadie vela por el clima, ni nadie te pregunta nadie te pregunto ni cómo está ni se hace alguna tipo reunión en este sentido, ni formación ni nada el trabajador yo creo que no importa. (P3, Liña 125-126)*

O equipo estaba máis cohesionado antes da pandemia, é un equipo diverso e o feito de chocar as diferentes sensibilidades arredor da Covid, acabou levando a conflitos.

(P4, Liña 147-149)

(...)o clima coa Covid cambiou, estamos todos/as un pouco máis inestables, tirando para seguir adiante. (P5, Liña 118)

(...)non vai máis alá de cuestións moi puntuais e case que protocolarias sempre a demanda. (P4, Liña 154-155)

”

3. DISCUSIÓN

Tal e como se recolle no marco teórico, os resultados sinalan a presenza de dificultades permanentes para o TS nesta área. Porén teñen que ver con aspectos organizativos, de precariedade e carga emocional, non considerando inicialmente a feminización da profesión. Se ben é certo que, como sinala Lorente-Molina e Luxardo (2018), é unha profesión feminizada e asentada no sistema patriarcal. Neste caso, percíbese un recoñecemento formal máis non unha influencia persoal, desvinculándose en certo modo da socialización sexoxenérica nas súas situacións sociolaborais. Percíbese nalgún caso un nesgo de xénero en canto á valoración das profesións e tarefas feminizadas como as tarefas de coidado que foron adxudicadas ás mulleres (Anker,1997). En xeral manifestan a presenza de estereotipos de xénero na intervención e o xeito de reverter está situación reproduce sistemas androcéntricos.

Ao respecto da precariedade, hai acordo en identificar a situación laboral dende a precariedade e baixo a naturalización das condicións coma noutros estudos (Castrogiovanni et al., 2016;





Sarasola et al., 2014). A diferenza das achegas de Hernández-Echegaray (2017) en canto á precariedade dentro e fora da Administración pública percíbese que a situación é máis acusada no terceiro sector. As dimensións da precariedade que se recollen concordan con Barattini (2009) na dispoñibilidade constante a través de medios telemáticos ou con Muñoz (1990) en canto as contraprestacións. Unha situación conxuntural que abrangue a moitas persoas segundo Castel (2004).

Tal e como subliña Bermejo, (2012) hai quórum en nomear a empatía como a principal ferramenta de traballo. Pese a que os estudos arredor do desgaste por empatía teñen certo recorrido, ninguén escoitara falar deste e os riscos son percibidos en diferente medida. Coincide con Cuartero (2018) ao prognosticar que moitas/os TTSS poden estar baixo os seus efectos sen a consciencia da súa existencia.

Segundo os resultados desta investigación a pandemia converteuse nun peso engadido, este aspecto xa o sinalou Dörre ao dicir que é unha lupa que amplifica as situacións de dificultade. Dalgún xeito os/as TTSS sinalan como a situación que de por si xa era complexa se agudizou (Ponce de León, 2020). En moitos momentos desta un dos roles que se permitiu desenvolver foi o laboral tal e como recollía Broncano (2000) está cuestión empurra a que a implicación e a relación laboral se intensificara.

A literatura científica dá mostra de que a pandemia lles afectou en maior medida ás profesións feminizadas, debido á continuidade do rol de coidados do ámbito privado no ámbito público (Whenham et al., 2020). Este aspecto non se percibe nas achegas desta investigación, hai persoas que lles parece que afectou máis ás profesións masculinizadas, que non houbo diferenzas a nivel persoal en situacións semellantes ou que unicamente se deron diferenzas profesionais. Albíscase como algúns dos condicionantes de xénero pode invisibilizarse mesmo para profesionais con formación nesta área.

A nivel laboral, os resultados sinalan que en xeral non se deron situacións de seguridade pese a que segundo o Ministerio de Dereitos Sociais e Agenda 2030 (2020) se sinalara a necesidade da prevención. Os resultados mostran como os/as TTSS asumiron os riscos do contaxio propio e das demais persoas (Correa, 2021). Os medios non se incrementaron segundo a Orde SND/275/2020 do 23 de marzo, non obstante si que o fixo a carga de traballo e as funcións do persoal.

A pandemia evidenciou que o TS está marcado pola complexidade, onde o pensamento simple non é suficiente (Morín, 1999). Baixo estas premisas moitos/as TTSS implicáronse por riba das súas posibilidades, afrontado as dificultades de adaptarse permanentemente a unha complexidade emocional que non foi abordada nin compensada (Correa, 2021). Producíronse tanto situacións de desgaste por empatía como posiblemente satisfacción por compaixón (Méndez-Fernández et al., 2021). Tal e como xa sinalaba Miller (2013) o autocoidado é unha estratexia de afrontamento para a práctica profesional neste ámbito descoñecida, como as formulacións arredor da Ética do Coidado. Con todo, a consideración de levar a cabo accións de autocoidado é amplamente compartida pero as pautas non se dan de maneira continuada, a diferenza das achegas de Cuartero (2018) para o éxito. Aínda así a situación derivada da pandemia incrementou a toma de consciencia sobre a súa implementación. En canto á área profesional a percepción de accións é nula, pero afondando obsérvase como si se dan accións illadas dentro





do autocoidado colectivo, principalmente as sinaladas por Betta et al. (2007) relacionadas cos equipos e a supervisión, aínda que non estean sendo un factor de protección polo seu estado e accións. Con todo, como recolle Arón e Llanos (2004) débense levar a cabo unha serie de actividades dentro do horario laboral que permitan atender o benestar emocional e a calidade de vida, que non se están desenvolvendo.

4. CONCLUSIÓNS

Os resultados reflicten un impacto significativo na biografía das/os TTSS do ámbito da protección a infancia e a mocidade, que veu incrementar as dificultades coas que xa contaban. Os condicionantes persoais e laborais para homes e mulleres son diferenciais tanto de xeito habitual como durante a pandemia, aínda que a súa consideración non é igualmente percibida polos/as profesionais. As dificultades laborais ás que se enfrontan os/as TTSS do ámbito da protección son amplas e sitúanse nun ámbito fortemente precarizado en canto a condicións laborais de diversa índole e agudizadas coa conxuntura actual. Así mesmo, as dificultades persoais froito do uso da empatía como principal ferramenta para a intervención e o contacto continuado co sufrimento é un campo descoñecido formalmente pero experimentado polos/as TTSS, máis se cabe durante a pandemia onde se incrementou a involucración e o compromiso cara á acción. En canto ás estratexias de afrontamento pódese sinalar un descoñecemento e falta de formación na ética do coidado e no autocoidado, tanto na titulación de acceso como noutras contornas formativas ou laborais posteriores. Os/as TTTSS teñen evidenciaron a necesidade de implementar accións de cara ao autocoidado e demandan unha maior implicación das entidades prestadoras dos servizos e ou das administracións competentes neste sentido. Cómpre, polo tanto, desenvolver accións cara á ética do coidado e resituar os patróns de coidado informais impostos dende o patriarcado.

4.1 Límites e prospectiva

No que respecta ás limitacións, foi especialmente complexo conformar unha mostra diversa en canto ao xénero, entendendo que pode ser debido á feminización da profesión. Podería ser de interese incrementar a mostra, contando con maior diversidade en canto aos aspectos sociodemográficos. Ademais, entendendo que a clave do impacto da pandemia para os/as TTSS radica entre outros condicionantes nas estratexias de autocoidado, polo que cómpre afondar neste campo practicamente inexplorado. Na actualidade os coñecementos científicos son practicamente anecdóticos. É conveniente sumar achegas dende o coñecemento científico que poden e deben emprender os/as TTSS.

As estratexias de autocoidado, son un elemento clave para a xestión do desgaste por empatía, polo que é preciso coñecer en que medida se confirma a ausencia de formación e accións neste ámbito tanto no ámbito académico como laboral. Cómpre ter presente como afecta a feminización do TS e unha maior implicación das achegas da ética do coidado para paliar dende a perspectiva de xénero os condicionantes estruturais da sociedade patriarcal.





Dende estas formulacións poderanse introducir accións formativas e de acompañamento nesta área, de cara a mellorar a calidade de vida das/os TTSS e por conseguinte a calidade das intervencións para coas persoas usuarias. Xa que resulta absolutamente necesario e deberá suscitar grande interese para o corpus teórico/práctico do TS. Deste modo, agárdase que este traballo sexa o alicerce para continuar con outras investigacións que impulsen a implementación de estratexias de autocoidado para os/as TTSS.

5. AGRADECEMENTOS

O meu máis sincero agradecemento:

A titora deste traballo, Ana Méndez, polo apoio, acompañamento, guía, supervisión e atención, por posibilitar o desenvolvemento deste traballo que pon fin a unha etapa da que foi especialmente partícipe na conformación das aprendizaxes adquiridas.

A todas aquelas persoas que participaron na investigación, profesionais que diariamente desenvolven o seu traballo procurando a mellora da calidade de vida de nenas/os e adolescentes que atravesan momentos de dificultade, dende o cariño, o respecto e a profesionalidade.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilera, J., e Andrés, M. (2014). *Niños, niñas, adolescentes... o sencillamente “menores”? un cambio semántico necesario en la educación social*. I Congreso Iberoamericano de educación social en situaciones de riesgo y conflicto pp.364-370. Universidad Complutense.
- Alba, S. (2020). Esto nos está pasando realmente. En D. Tomás, *Covidsofia* (pp. 125-134). Paidós.
- Alcázar, A. (2014). Miradas feministas y/o de género al trabajo social, un análisis crítico. *Portularia*, XIV(1), 27-34.
- Alemán-Bracho, C., e García-Serrano, M. (2008). La protección a la infancia. En C. Alemán Bracho, e M. García Serrano, *Los servicios sociales especializados en España* (pp. 79-101). Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Alonso, L. (1999). Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En J. Delgado, e J. Gutierrez, *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp. 225-239). Editorial Síntesis.
- Anker, R. (1997). La segregación ocupacional entre hombres y mujeres. Repaso de las teorías. *Revista Internacional del trabajo*, 3(116), 343-370.
- Ariés, P. (1987). *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. Taurus.
- Arón, A.M. e Llanos, M.T. (2004). *Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia*. *Sistemas Familiares*, 1-2(20), 5-15.
- Bañez, T. (2011). Género y Trabajo social. *Acciones e investigaciones sociales*, (6), 151-188.
- Barattini, M. (2009). El trabajo precario en la era de la globalización ¿Es posible la organización? *Polis Revista Latinoamericana*, (24), 1-19.
- Bardín, L. (2002). *Análisis de contenido*. Akal.





- Barrio, R., Carcavila, A., e Martín, M. (2006). *Pubertad precoz y retrasada. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 30(4), 95-107.
- Barroso, M. (2018). La construcción de la ciudadanía de la infancia en la práctica profesional del trabajo social basada en la relación. En R. Moreno, *Protección de menores y trabajo social* (pp. 71-91). Madrid: Dykinson.
- Berasaluze, A. (2009). El devenir del trabajo social en clave de género. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria (Revista de Servicios sociales)*, (46), 133-140.
- Bermejo, J. C. (2012). *Empatía Terapéutica. La compasión del sanador herido*. Desclée de Brouwer.
- Betta, R., Morales, G., Rodríguez, K. e Guerra, C. (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento Psicológico*, (9), 9-19.
- Broncano, F. (2020). Virus y mariposas. En D. Tomás Cámara, *Covidosofía* (pp. 35-49). Paidós.
- Campos, J.F. e Cardona, J. (2017). El dolor del vínculo: la Fatiga por Compasión. En Guinot, C e Ferran, A. (Eds). *Trabajo Social: arte para generar vínculos* (pp. 229-240). Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Castel, R. (2014). Los riesgos de exclusión social en un contexto de incertidumbre. *Revista Internacional de Sociología*, (72), 15-24.
- Castrogiovanni, N., Simonotto, E., e Viedma, G. (2016). *Debates sobre el Trabajo social y las ciencias sociales: su implicancia en el contexto actual*. Consejo profesional de graduados/as en Servicio social o trabajo social.
- Cazabat, E. (1998). Desgaste por empatía: las consecuencias de ayudar. Centro de estudios del trauma psicológico y el estrés. Recuperado de <http://www.geocities.com/cazabat/trauma.htm>.
- Cisterna, F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, 14(1), 61-71.
- Conde, R. (2008). Naturaleza, objeto, objetivos y funciones del trabajo social. En T. Fernández García, e C. Alemán Bracho, *Introducción al trabajo social* (pp. 277-310). Alianza Editorial.
- Convención sobre os Dereitos do neno. Asemblea Xeral das Nacións Unidas. B.O.E. nº 313, 31/12/1990.
- Correa, M. (2021). Los riesgos psicosociales en el trabajo doméstico y de cuidados. *Lex Social: Revista de Derechos Sociales*, 1(11), 431-438.
- Cuartero, M. E. (2018). Desgaste por empatía: cómo ser un profesional del trabajo social y no desfallecer en el intento. *Cuaderno de Trabajo Social*, 11(1), 9-30.
- De Paúl, J. (2007). Prevención del maltrato infantil. En J. De Paúl, e M. Arruabarrena (Eds.), *Manual de protección infantil* (pp. 341-365). Eseevier Masson.
- Declaración dos Dereitos do neno. Asemblea Xeral das Nacións Unidas. nº16, 20/11/1956.
- Decreto 39/2005, do 28 de xullo, polo que se Regulan os Centros de Menores e os Centros de Atención á Infancia. D.O.G. nº 156, 16/08/2015.
- Del Valle, J. (2009). Evolución histórica, modelos y funciones del acogimiento. En A. Bravo, e J. Del Valle, *Intervención socioeducativa en acogimiento residencial* (pp. 11-25). Gobierno de Cantabria.
- Del Valle, T. (2002). *Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género*. Madrid: Narcea Ediciones.





- Dominelli, L. (2013). Los desafíos del trabajo social en los contextos de neoliberalismo y globalización. En M. Himelda, *La investigación y la práctica en trabajo social* (pp. 21-35). Universidad Nacional de Colombia.
- Donoso, T., Figuera, P., e Rodríguez Moreno, M. (2013). Factores discriminatorios en función del género en la carrera profesional de las mujeres. En A. Montané, e M. Pessoa, *Mujeres y educación superior* (pp. 55-74). Paraíba: Universidad Federal de Paraíba.
- Dörre, K. (2020). La pandemia del coronavirus: una catástrofe global explosiva. *Astrolabio*, (25), 119-145.
- Eagly, A., e Carli, L. (2007). *Troygh the labyrinth: The truth about how women become leaders*. Harward University Business School Press.
- Escartín, M. (2012). Sobre certezas e incertidumbres. El trabajo social en teimpo de crisis. En E. Sobremonte, *Epistemología, teoría y modelos de intervención en trabajo social: reflexión sobre la construcción disciplinar en España* (pp. 285-292). Universidad de Deusto.
- Evangelista, E. (2012). Esbozos para pensar y hacer un nuevo Trabajo Social. En E. Sobremonte, *Epistemología, teoría y modelos de intervención en trabajo social. Reflexión sobre la construcción disciplinar en España*. (pp. 265-285). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Ezquerro, A. (2012). *El marco jurídico de los servicios sociales en España. Relaidad actual y perspectiva de futuro*. Atelier.
- Fernández-Montaño, P. (2015). Trabajo social global. *Revista de investigaciones en intervención social*, 9(5), 24-39.
- Fernández-Simo, D., e Cid, X. (2020). *Adolescencias invisibles*. Andavira.
- Ferreira, J., e Perdigão, A. (2018). Especificidades interdisciplinares del trabajo social con la ciencia jurídica. En R. Moreno, *Protección de menores y trabajo social. Un análisis comparado entre España y Portugal* (pp. 11-33). Dykinson.
- Figley, C.R. (1997). *Burnout in families: The systemic costs of caring*. Florida: CRC Press.
- Frigerio, G. (2008). *La división de las infancias*. Del Estante Editorial.
- Gaitán, L. (1990). El Trabajo Social como disciplina y como profesión en el ámbito interprofesional. *Documentación social*, (79), 99-110.
- Guerrero, E. (2003). Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. *Anales de psicología*, (19), 145-158.
- Hernández-Echegaray, A. (2017). La precarización laboral como factor de la desprofesionalización del trabajo social. Análisis y propuestas desde la perspectiva experta. *Documentos de Trabajo social*, (59), 117-140.
- Hernández-Sapieiri, R., Fernández-Collado, C., e Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill.
- Jenaro-Rio, C., Flores, N., e González-Gil, F. (2007). Síndrome de burnoout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(7), 107-120.
- Kohlberg, L. (1984). *Essays in moral development*. Harper and Row.
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Ediciones Morata.
- Lei 1/1996, do 15 de xaneiro, de Protección Xurídica do Menor, de modificación parcial do Código Civil e da Lei de Xuizamento Civil. B.O.E. nº 15, 17/01/1996.
- Lei 26/2015, do 28 de xullo de modificación do sistema de protección á infancia e á adolescencia. B.O.E. nº180, 29/06/2016.





- Llorente-Heras, R. (2020). Impacto del Covid-19 en el mercado de trabajo: un análisis de los colectivos vulnerables. *Documentos de Trabajo Instituto Universitario de Análisis Económico y Social*, (2), 1-29.
- López-Aniorte, M., e Ferrando, F. (2021). Precariedad y desprotección social del trabajo de limpieza y situación de crisis sanitaria provocada por la Covid-19. *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, 9(1), 214-245.
- Lorente, B. (2004). Género, ciencia y trabajo. *Las profesiones feminizadas y las prácticas de cuidado y ayuda social. Scripta Ethnologica*, (26), 39-53.
- Lorente-Molina, B., e Luxardo, N. (2018). Towards a sciencia of social work. Epistemologies, subalternity and feminization. *Cinta de moebio*, (61), 95-109.
- Magalães, M., Morais, C., e Rodríguez-Castro, Y. (2011). Organização e funcionamento numa casa de abrigo de solidariedade social. *Psicologia e sociedade*, 3(23), 598-607.
- Martín, M. (2001). Introducción del informe Juventud en España 2000. En M. Martín, e O. Valverde, *Informe Juventud en España 2000* (pp. 13-45). Instituto de la juventud.
- Medel, E. (2011). Los sistemas de protección a las infancias. En P. Fry , A. Abal, S. Leopold, F. Miranda, E. Medel, e S. Moyano, *Acción socioeducativa con infancias y adolescencias* (pp. 143-185). UOC.
- Melendro, M., e Cruz, L. (2013). Los escenarios de la intervención. En M. Melendro, *Intervención con menores y jóvenes en dificultad social* (pp. 85-125). UNED.
- Méndez-Fernández, A. B., Aguiar-Fernández, F. J., Lombardero-Posada, X., Murcia-Álvarez, E., e González-Fernández, A. (2021). Vicariously Resilient or Traumatized Social Workers: Exploring Some Risk and Protective Factors. *The British Journal of Social Work*, 1-21.
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2020). *Documento técnico de recomendaciones de actuación desde el sistema público de protección a la infancia y a la adolescencia ante la crisis por COVID-19*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.
- Moncada, S., Llorens, C., e Kristesen, T. (2002). *Manual para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo. Método IS TAS 21*. Instuto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud.
- Montserrat, C., e Melendro, M. (2017). ¿ Qué habilidades y competencias se valoran de los profesionales que trabajan con adolescencia en riesgo de exclusión social? Análisis desde la acción socioeducativa. *Educación X1*, 20(2), 113-135.
- Morales, A. (2010). *Género, Mujeres, Trabajo Social y Sección femenina. Historia de una profesión feminizada y con vocación feminista*. (Tese Doutoramento). Universidade de Granada.
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M. E., Garrosa, E., e Rodríguez, R. (2004). Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma. *Psicología conductual*, 12(2), 215-231.
- Morín, E. (1999). *La cabeza bien puesta. Repensar la reforma. Reformar el pensamiento*. Nueva Visión.
- Muñoz, A. (1990). *Satisfacción e insatisfacción en el trabajo*. Tese de doutoramento. Madrid: Universidad Complutense.
- Ochaita, E., e Espinosa, M. (2004). *Hacia una teoría de las necesidades infantiles y adolescentes. Necesidades y derechos de la infancia y la adolescencia en el marco de la Convención de Naciones Unidas*. Madrid: Mac Graw Hill.
- Ochaita, E., e Espinosa, M. (2012). Los derechos de la infancia desde la perspectiva de las necesidades. *Educatio Siglo XXI*, 30(2), 25-46.
- Oltra, C., e Boso, A. (2020). Lecciones aprendidas de la crisis del coronavirus: preparación y resiliencia social. *Revista Española de Sociología*, 3(29), 769-775.





- OMS (2020). *Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
- Orde SND/275/2020 do 23 de marzo pola que se establecen medidas complementarias de carácter organizativo, así como de suministro de información no ámbito dos centros de servizos sociais de carácter residencial en relación coa xestión da crise sanitaria ocasionada pola COVID-19. BOE nº81 24/03/2020.
- Ozonas, L., e Pérez, A. (2004). La entrevista semiestructurada. Notas sobre una práctica metodológica desde una perspectiva de género. *La Aljaba*, 5(9), 198-203.
- Packer, M. (2013). *La ciencia de la investigación cualitativa*. Universidad de los Andes.
- Pearlman, L.A. e McKay, L. (2008). *Understanding and Addressing Vicarious Trauma*. California: Headingtown Institute.
- Picornell, A. (2006). *La infancia en desamparo*. Valencia: Nau Llibres.
- Ponce de León, L. (2020). Reflexiones sobre la COVID 19 y población vulnerable: ¿Estado de Bienestar o Neoliberalismo? *EHQUIDAD Revista Internacional de políticas de bienestar y trabajo social*, (14), 13-36.
- Potter, J., e Hepburn, A. (2005). Qualitative interviews in psychology: Problems and possibilities. *Qualitative Research in psychology*, 4(2), 281-306.
- ProMed (2019). *Neumonía no diagnosticada-China (Hubei): Solicitud de información*. Obtenido de <https://promedmail.org/promed-post/?id=6864153%20#COVID19>
- Ravetllat, I. (2006). ¿Hay una única infancia? La construcción de ciudadanía desde la niñez y la adolescencia a partir de la convención sobre los derechos del niño. En C. Villagrasa, e I. Ravetllat, *Los derechos de la infancia y la adolescencia* (pp. 49-58). Ariel.
- Raya, E., e Caparrós, N. (2014). Acompañamiento como metodología de Trabajo social en tiempos de cólera. *Cuadernos de Trabajo Social*, 1(27), 81-91.
- Real Decreto 463/2020 del 14 de marzo polo que se declara o Estado de Alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE nº67 14/03/2020.
- Resolución do 4 de febreiro de 2021, da Dirección Xeral de Traballo pola que se registra e publica o IV Convenio Colectivo Estatal de Reforma Xuvenil e Protección de Menores. BOE nº42 do 18/02/2021.
- Rodríguez, D. e Valldeoriola, J. (2009). *Metodología de la investigación social*. Barcelona: UOC.
- Rosemberg, F. (2009). Niños pequeños en la agenda de políticas para la infancia: representaciones sociales y tensiones. En J. Palacios, e E. Castañeda, *Primera infancia y su futuro* (pp. 49-61). Fundación Santillana.
- Rubin, K., Bukowsky, W., e Parker, G. (2006). Peers interaction, relationship and groups. En W. Damon, e G. Parker, *Handbook of child psychology. Social emotional and personal development* (pp. 127-178). Wiley.
- Sáinz-Cantero, M., e Pardo, E. (2010). *Régimen jurídico de los centros de protección y reforma de menores*. Comares.
- Sarasola, J., Mora, M., e Pérez-Lagares, M. (2014). Nuevos enfoques profesionales para el Trabajo Social. *Revista educativa Hekademos*, 8(16), 41-48.
- Sennet, R. (2000). *La corrosión del carácter: las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Anagrama.
- Serrano, G., Godás, A., Rodríguez, D., e Mirón, L. (1996). Perfil psicosocial de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 8(1), 25-44.
- Soares, A. (2012). *Género, infancia y ética del cuidado*. Universidad Mayor de San Andrés.



- Souto, S. (2007). Juventud, teoría e historia: la formación de un sujeto social y de un objeto de análisis. *Haol*, (13), 171-192.
- Suárez, J. (1998). *Centros de menores, de onte a hoxe*. Santiago de Compostela: Consellería de Familia e Promoción do Emprego, Muller e Xuventude.
- Tagarro, A. (2020). Evolución de la pandemia por SARS COVID-19 en población pediátrica. *Revista Española de salud pública* (94), 1-3.
- Tobías, E. (2018). La aplicación del enfoque de género en Trabajo Social: debilidades y fortalezas. *Ehquidad International Welfare Policies and Social Work Journal*,(10), 141-154.
- UNICEF (2020). *Impacto de la crisis por COVID-19 sobre los niños y niñas más vulnerables*. UNICEF ESPAÑA.
- Villa, M. (2011). Nuevas infancias y adolescencias. *Revist Educación y Pedagogía*, 23(60), 147-157.
- Whenham, C., Smith, J., e Morgan, R. (2020). The gendered impacts of the outbreak. *The lancet*, 10227(395), 846-848.
- Zamanillo, T. (2004). Hermeutica de la intervención social. En E. Roldán, *Género, políticas sociales e intervención social* (pp. 70-117). Universidad Complutense.
-





INMARCESIBLES: EXPOSICIÓN FOTOGRÁFICA SOBRE A BELEZA REAL FEMININA

Concello de Sober (Lugo)

8 de marzo de 2022 - Actualidade

Patricia González Vidal -Traballadora Social, patri-vidal@hotmail.com

Ana de la Torre Alvaredo - Traballadora Social, anadelatorre1@hotmail.com

Premio Día Mundial do Traballo Social 2023

Modalidade Boas Prácticas

RESUMO

As mulleres foron e son partícipes de como xiran, arredor dos seus físicos, esixencias e mandatos sociais que as condicionan para adaptarse os canons de beleza femininos. Esta violencia estética é asumida por as mesmas en forma de autoesixencias e desexos para obter corpos irreais, que poden provocar, como é evidente, graves problemas físicos e mentais. Ante esta situación inxusta e prexudicial para as mulleres, é necesario intervir concienciando sobre o negativo que é a existencia destas ordes e sobre o irreais e ficticias que son, loitar por obter un cambio na sociedade e na súa mentalidade, obter unha maior autoestima e confianza e, tamén, un maior amor propio. Inmarcesibles –aquilo que xamais murcha–, xorde coa finalidade de amosar, por medio dun conxunto de fotografías, a beleza real feminina, enviando a reflexión, non só as participantes, senón a toda a poboación, sobre a inxustiza que xeran estes mandatos sociais e sobre a verdadeira beleza. Esta exposición fotográfica converteuse nun instrumento itinerante que berrou o seu cometido por diversos organismos e, os silencios atopados, foron cubertos por diversas charlas educativas en diferentes institucións.

PALABRAS CLAVE

Canon de beleza, complexos femininos, beleza real, aceptación.



RESUMEN

Las mujeres fueron y son partícipes de cómo giran, en torno a sus físicos, demandas y mandatos sociales que las presionan para adaptarse a los cánones de belleza femeninos. Esta violencia estética es asumida por ellas en forma de autoexigencias y deseos de obtener cuerpos irreales, lo que puede ocasionar, como es evidente, graves problemas físicos y psíquicos. Ante esta situación injusta y dañina para las mujeres, es necesario intervenir sensibilizando sobre el carácter negativo de la existencia de estos órdenes y de lo irreales y ficticias que son, luchando por conseguir un cambio en la sociedad y en su mentalidad, consiguiendo una mayor autoestima y confianza y, también, un mayor amor propio. Inmarcesibles –aquello que nunca marchita–, surge con el propósito de mostrar, a través de un conjunto de fotografías, la verdadera belleza femenina, haciendo reflexionar, no solo a las participantes, sino a toda la población, sobre la injusticia que generan estos mandatos sociales y sobre la belleza verdadera. Esta exposición fotográfica se convirtió en un instrumento itinerante que gritó su cometido por diversas organizaciones y, los silencios encontrados, fueron cubiertos por diversas charlas educativas en diferentes instituciones.

PALABRAS CLAVE

Canon de belleza, complejos femeninos, belleza real, aceptación.

ABSTRACT

Women were and are participants in how they revolve around their physiques, demands and social mandates that pressure them to adapt to the canons of feminine beauty. This aesthetic violence is assumed by them in the form of self-demands and desires to obtain unreal bodies, which can obviously cause serious physical and mental problems. Faced with this unfair and harmful situation for women, it is necessary to intervene by raising awareness about the negative nature of the existence of these orders and how unreal and fictitious they are, fighting to achieve a change in society and in its mentality, achieving greater self-esteem and confidence and, also, a greater self-esteem. Unfading -that which never withers-, arises with the purpose of showing, through a set of photographs, the true feminine beauty, making reflect, not only the participants, but the entire population, on the injustice generated by these mandates social and true beauty. This photographic exhibition became an itinerant instrument that shouted its mission by various organizations and, the silences found, were covered by various educational talks in different institutions.

KEYWORDS

Canon of beauty, feminine complexes, real beauty, acceptance.



INTRODUCCIÓN

Ao longo de diferentes etapas históricas, a beleza foille interposta ás mulleres como un requisito imprescindible para elas, exerceu sobre elas unha clara violencia estética e ocasionoulles problemas de saúde tanto físicos como mentais. Se facemos un percorrido polos diferentes séculos que conforman a nosa historia, podemos observar a existencia das devanditas esixencias, pero tamén seremos conscientes de que non sempre foron iguais. Así pois, un claro exemplo das devanditas disimilitudes, atopámolas facendo unha comparativa entre a Idade Antiga, onde se promovían cadeiras anchas, glúteos grandes e cintura pequena e entre os anos 30 –inicio, sen retorno dunha cousificación e explotación do corpo e sexualidade do sexo feminino–, onde se defendía a existencia de físicos delgados, pero sensuais, cintura cinguida, pernas moi longas e peitos moi rechamantes (Pineda, 2020).

Seguindo, de novo, a Pineda, E. (2020), podemos observar que todos estes mandatos están baixo o denominado canon de beleza feminino, e este é aquel construto social que estipula unha serie de características consideradas bonitas e atractivas nas mulleres e, polo tanto, son atributos desexables. Actualmente, estes trazos, e, de forma resumida, serían os seguintes: muller delgada, pel branca e que carece de toda marca, engurra e mancha, nova, ausencia de belos nas diferentes partes do corpo, peitos, cadeira e cintura cunhas medidas concretas –90, 60, 90– etc. Como é evidente, o canon de beleza é un mandato irreal que leva o sexo feminino a desexar telo, azoutándonos a nós mesmas por non alcanzalo e facéndoo, tamén, o conxunto da sociedade. Así pois, e, como dixemos nun primeiro momento, isto pode xerar en nós problemas de saúde –trastornos alimentarios, depresión, ansiedade, falta de confianza, medo a manter relacións sociais etc.–. Centrándonos máis no devandito canon de beleza, podemos afirmar que este é machista, xerontófobo, gordófobo e racista. Máis concretamente:

- O canon de beleza é unha construción sexuada, é dicir, foi creado polos homes e para o seu desfrute. Tamén queda claro o seu carácter patriarcal observando que a beleza aumenta a femineidade nas mulleres e reduce a masculinidade no sexo masculino. Un exemplo claro disto atópalo con respecto ao proceso da depilación. Mentres a un home, a día de hoxe, non se lle xulga por depilarse ou por non facelo, a muller si se lle critica no caso de non levar a cabo a devandita acción.
- O canon de beleza mostra un odio á vellez e os trazos propios desta e presenta unha clara defensa da eterna xuventude. Isto pode observarse no mundo cinematográfico, onde as mulleres, en moitas ocasións, son invisibilizadas por considerarse maiores ou onde se empregan actrices moito máis novas para facer papeis de persoas máis lonxevas. No caso dos actores isto non ocorre. Observamos como eles continúan na pantalla e elas son substituídas.
- A gordura sempre se asociou a fealdade, co que se leva a cabo un claro culto á delgadeza. Exemplos evidentes disto observámoslos no noso día a día, con frases que se empregan para desprestixiar as persoas gordas: “adelgazaches, que guapa estás”, “de cara é moi bonita”, “deberías baixar de peso por saúde”, “non debería mercar vestidos tan axustados” etc.





- O canon de beleza é racista porque rexeita aquelas peles que non son brancas –invisibilízase a mulleres negras, indíxenas, asiáticas e árabes–. Exclúese todo físico que non responda a características propias das mulleres europeas e norteamericanas. Exemplo disto obsérvanse na existencia de tratamentos para o branqueamento de pel, alisados de pelo rizo etc.

Polo tanto, podemos afirmar que as mulleres estamos baixo as ordes dun canon de beleza irreal e prexudicial, un conxunto de mandatos que foron creados por unha sociedade patriarcal onde as esixencias foron e son transmitidas polas diferentes vías de socialización (medios de comunicación, pasarelas de moda, discursos, redes sociais etc.). É evidente que ninguén nace odiando o seu corpo, senón que nos ensinan a facelo.

Ante esta realidade inxusta, é necesario levar a cabo accións que loiten contra o devandito canon de beleza, que persigan a aceptación propia e que recoñezan todo tipo de corpos femininos. É de vital importancia que a poboación reflexione acerca disto, que sexa consciente de que os complexos de toda muller non son máis que os defectos que a sociedade nos vende como tal. Por iso, dende este concello, levamos a cabo o proxecto de Inmarcesibles, unha exposición fotográfica que amosa a mulleres reais e que loita polo amor e respecto cara todos os físicos. Pero este proxecto non só se reduciu a isto, pois tamén se realizou unha enquisa sobre a autoestima feminina na que participaron arredor de 400 mulleres e numerosas charlas educativas en diferentes institucións, transmitindo e difundindo o sentido de Inmarcesibles.

Ao longo deste traballo, levaremos a cabo unha exposición do devandito proxecto e unha explicación da súa elaboración. Para iso, desenvolveremos os obxectivos, as persoas destinatarias, a metodoloxía, a descrición, a coordinación e as alianzas, a promoción e difusión da práctica, a participación das persoas destinatarias, os resultados e impacto, as aprendizaxes da experiencia e, por último, as conclusións deste.

Así pois, a continuación, levaremos a cabo a exposición dos obxectivos de Inmarcesibles.

1. OBXECTIVOS

Nun primeiro momento, é esencial e de vital importancia levar a cabo unha exposición dos obxectivos que presenta o proxecto Inmarcesibles, entendendo, deste xeito, o seu nacemento. Para unha maior comprensión, distingúranse entre obxectivos principais e obxectivos específicos.

1.1. Obxectivos principais:

- Combater o canon de beleza feminino.





1.2. Obxectivos específicos:

- Coñecer e investigar sobre a influencia do canon de beleza nas mulleres e na súa autoestima.
- Amosar corpos femininos válidos e verdadeiros.
- Reflexionar sobre a presión estética a que están expostas as mulleres.
- Loitar contra os complexos femininos.
- Buscar a aceptación física das mulleres.
- Defender todo tipo de corpos femininos.

É necesario destacar que Inmarcesibles non pretende transmitir que ser ou estar guapa é algo malo, senón que o é a obriga de ter que estalo. Así pois, cada un dos obxectivos nomeados con anterioridade, preténdense obter baixo esta premisa.

A continuación, levarase a cabo unha explicación daquela poboación a que vai destinado o devandito proxecto.

2. PERSOAS DESTINATARIAS

Inmarcesibles está destinado a toda a poboación en xeral. Así pois, e, facendo mais fincapé nesta afirmación, é importante destacar que o canon de beleza é transmitido polas diferentes vías as que ten acceso o proceso de socialización a todas as persoas, polo tanto, toda poboación, mulleres e homes, son vulnerables ante os discursos que defenden que o corpo feminino debe reunir unha serie de características para ser válido. Ante a devandita realidade, quixemos que a nosa loita chegase a todos e todas eles, levando a cabo unha exposición aberta a que puidese ter acceso calquera persoa. Como expoñeremos en posteriores apartados, a exposición foi e continua a ser itinerante, é dicir, foi trasladada e é enviada a diferentes concellos, asociacións e outras institucións galegas co fin de chegar o maior número posible de persoas.

Non obstante, é necesario destacar que a finalidade deste proxecto e levar a reflexión a poboación en termos xenéricos, pero, ao decatarnos de que o sexo feminino experimenta grandes esixencias con respecto ao seu corpo, sendo vítimas desta e ocasionándolle diversas problemáticas, o corazón de Inmarcesibles oríentase, principalmente, a elas, co fin de que abandonen o devandito cárcere. Destacar neste punto, tamén, que como dixemos, nun primeiro momento, levouse a cabo, para documentarnos, unha enquisa sobre a autoestima feminina dirixida, exclusivamente, a estas mesmas.

Por outro lado, e, como tamén comentamos, leváronse a cabo diferentes charlas en diversos centros de educación infantil e primaria e en institutos de educación secundaria, coa finalidade de traballar, de forma conxunta co alumnado, a deconstrución do canon de beleza. Do mesmo xeito, estas charlas foron impartidas no centro penitenciario de Pereiro de Aguiar, no módulo feminino, entre outros lugares que se expoñerán a continuación.





Polo tanto, e, de forma resumida, podemos concluír que a devandita exposición fotográfica está dirixida e aberta a toda a poboación, se ben é certo que se fai un maior énfase no sexo feminino e na poboación nova, entendo as primeiras como as principais prexudicadas e o segundo grupo como os mais vulnerables ante a interiorización dos argumentos dos que vimos falar.

A continuación deste apartado, levarase a cabo un desenvolvemento daqueles métodos que se seguiron para executar o devandito proxecto.

3. METODOLOXÍA

Para desenvolver a devandita exposición fotográfica, nun primeiro momento, levouse a cabo unha enquisa sobre a beleza real feminina, a cal tiña como obxecto indagar sobre a autoestima das mulleres participantes e sobre como inflúe a sociedade no seu autoconcepto. O devandito cuestionario foi de elaboración propia, polo que, entendemos, pode presentar diversos nesgos e está composta por 29 preguntas, con catro opcións cada unha e dunha única resposta. O cuestionario foi executado por 409 mulleres e foi elaborado por estas en liña (ANEXO 1).

Unha vez finalizado o devandito cuestionario e analizadas cada unas das súas respostas, iniciouse o proceso para a elaboración da exposición fotográfica. Nun primeiro momento, foron estudados os conceptos que querían ser incluídos nesta, decidindo que se enfocaría naqueles aspectos que as mulleres interiorizamos como complexos porque a sociedade nolos vende como defectos, co fin, evidentemente, de conseguir un apoderamento destes. Unha vez chegadas a esta conclusión, por medio das redes sociais do concello, solicitouse a participación, voluntaria, de mulleres que quixesen amosar o que nomeamos anteriormente. Estas, por estas mesmas vías, puxéronse en contacto con nós, alegando os complexos, inculcados socialmente, que querían ensinar. Unha vez que decidimos as fotografías que se ían realizar, puxémonos en contacto coa fotógrafa María Fernández, ela foi a que executou os retratos das diferentes participantes. O proceso fotográfico executouse en dúas semanas, e reuniu as persoas que o conforman nunhas instalacións alleas ao concello, as cales reunían todas as características necesarias para que este fora óptimo. Neste, as propias mulleres escollían a fotografía que máis se axeitase ao seu gusto, posto que, en ningún momento, queríamos que estiven incómodas con ela. Posteriormente, levouse a cabo a súa revelación e a compra dos marcos que as ían encadrar.

Unha vez finalizada a preparación do material que conformaba a exposición, levouse a cabo a inauguración e presentación deste no noso concello, facéndoo, esta vez si, nas instalacións coas que este conta. Durante o tempo estipulado para a exposición, puxémonos en contacto con outros concellos, vía telefónica ou electrónica, para que Inmarcesibles fose itinerante, é dicir, para que puidese estar presente noutros lugares, chegando, deste xeito, a un maior número de poboación. Esta toma de contacto prolongouse durante varios meses e continúa a estar en movemento e dispoñible para a súa exhibición.

Aproveitando a temática do proxecto e considerando a necesidade existente, leváronse a cabo diversas charlas educativas, nas cales se explicou a existencia e significación do canon de beleza,





as consecuencias negativas que comporta, os eixes nos que se fundamenta, os resultados da enquisa que elaboramos, a influencia das redes sociais na nosa autoestima etc. Para iso, tamén nos puxemos en contacto con diferentes centros escolares e con outras institucións.

Indo mais alá, no seguinte apartado explicaremos as actuacións, de forma máis sistemática, que se levaron a cabo.

4. DESCRIPCIÓN: ACTUACIÓNS, INTERVENCIÓNS CLAVE E DESENVOLVIMENTO DESTAS

As actuacións que se levaron a cabo, son as seguintes:

- A. **Elaboración da enquisa.** Redactouse un cuestionario con base naquelas temáticas nas que queríamos indagar e coas que se quería traballar. Posteriormente, analizamos os resultados e levouse a cabo a formulación da exposición fotográfica.
- B. **Exposición fotográfica.** Unha vez obtidas as respostas que pretendiamos obter, realizamos a busca de participantes, de forma voluntaria, que quixesen formar parte da exposición, amosando corpos reais. Leváronse a cabo, nesta etapa, as seguintes tarefas:
 - Busca, por medio das redes sociais, de mulleres que queiran participar no proxecto.
 - Coordinación con estas.
 - Contratación da persoa encargada de realizar as fotografías (escollemos a unha muller co fin de que as participantes se sintan máis cómodas, ao ser retratadas, algunhas, espaldas ou con roupa interior).
 - Elección do lugar onde se van realizar as fotos.
 - Coordinación coas modelos e coa fotografa para fixar unha data.
 - Realización das fotografías.
 - Elección destas, contando coa aprobación de cada unha das mulleres.
 - Impresión das fotos.
 - Compra dos marcos.
- C. **Presentación da exposición fotográfica no propio concello.** Levouse a cabo, na sala de exposicións, un acto que tiña como finalidade exhibir todas as fotografías, explicando, nun primeiro momento, a finalidade do proxecto e a importancia deste. No mesmo acto, mantívose unha retroalimentación cos e coas visitantes.
- D. **Inmarcesibles en movemento.** A exposición, como veremos máis adiante, estivo presente en diversos organismos. Para iso, executáronse as seguintes actividades:
 - Contacto, por vía telefónica e por vía electrónica, con diferentes concellos, asociacións, institucións, para explicar o proxecto e ofrecer a súa presenza nas súas instalacións.
 - No caso de interesarse por este, fixación de datas.
 - Coordinación para a súa presentación.
 - Publicidade nas redes sociais deste.
 - Traslado e recollida da exposición.
 - Retroalimentación, unha vez finalizado o período no que está presente nestes organismos, sobre a participación e as impresións.





- E. **Charlas educativas.** Leváronse a cabo diversas exposicións educativas que xiraron arredor da exposición e a temática pola que naceu. Para iso, desenvolveuse o seguinte:
- Elaboración dun soporte –power point– no que apoiarnos para impartir as devanditas charlas e práctica deste.
 - Contacto con diferentes centros escolares e outros organismos para propoñer a realización, pola nosa parte, de charlas educativas.
 - Coordinación para a súa execución.
 - Elaboración destas.

A continuación, levaremos a cabo unha narración da coordinación e alianzas que se levaron a cabo.

5. COORDINACIÓN E ALIANZAS

Como xa expuxemos en apartados anteriores, o proxecto do que viñemos falar estivo presente en diversas institucións para a súa mostra, levando a cabo, con estas, unha clara coordinación para a súa correcta posta en marcha, así como a creación de alianzas para conseguir os obxectivos que persegue Inmarcesibles. Destacar que nalgunhas das que se van nomear, aínda non se amosou Inmarcesibles, existindo xa unha data para que o faga. E do mesmo xeito, sinalar que continuamos a ofrecerlle esta opción a outros organismos. Estas institucións, polo momento, foron as seguintes:

- Concello de Sober (Lugo)
- Concello de Pantón (Lugo)
- Concello de Sarria (Lugo)
- Concello da Pobra de Brollón (Lugo)
- Concello de Bóveda (Lugo)
- I.E.S. A Pinguela en Monforte de Lemos (Lugo)
- Hostel Dpaso en Chantada (Lugo)
- Centro para persoas con discapacidade física DomusVi de Bóveda (Lugo)
- Concello da Agolada (Pontevedra)
- Concello de Nogueira de Ramuín (Ourense)
- Concello de Esgos (Ourense)
- Concello de Xunqueira de Espadañedo (Ourense)
- Centro Penitenciario de Pereiro de Aguiar (Ourense)

Con respecto ás charlas educativas, estas executáronse nos seguintes centros:

- I.E.S. A Pinguela en Monforte de Lemos (Lugo)
- C.E.I.P. Plurilingüe Virxe do Carmen en Sober (Lugo)
- C.P.I. Dr. López Suárez no Saviñao (Lugo)
- C.E.I.P. de Quiroga (Lugo)
- Centro Penitenciario de Pereiro de Aguiar (Ourense)

Pero, sen dúbida, neste apartado tamén é necesario subliñar a coordinación e as alianzas que se executaron e desenvolveron coas mulleres participantes. Así pois, estas mesmas son o corazón





de Inmarcesibles, pois son elas a cara da loita que se inicia con esta exposición fotográfica. Como xa dixemos en diversas ocasións, son as mesmas as que se poñen en contacto con nós para formar parte deste proxecto. Coas retratadas mantemos diversas conversacións e entrevistas para explicarlles a finalidade do proxecto e o seu funcionamento, para coñecer que é aquilo que queren amosar e reivindicar coa súa participación e para trasladarlles como ía ser o proceso no que se realicen as instantáneas. No desenvolvemento das fotografías, é dicir, no momento no que a fotógrafa executou os retratos, mantívose un contacto máis íntimo e persoal coas mulleres. E neste mesmo momento, solicitóuselles a estas que asinasen unha autorización para a difusión da súa imaxe, e déuselles a escoller a maneira na que desexaban mostrarse nas fotografías, e elixiron aquelas nas que se sentían máis cómodas. Con isto último pretendíamos que se sentisen seguras. Unha vez finalizado o devandito proceso, fóiselle indicando os pasos que daría Inmarcesibles.

Cómpre destacar, tamén, que esta actividade foi realizada con fondos do Pacto de Estado contra a Violencia de Xénero.

A continuación, trataremos a difusión que se levou a cabo deste proxecto, que é unha parte esencial deste.

6. PROMOCIÓN E DIFUSIÓN DA PRÁCTICA

É evidente a importancia que comporta a promoción e difusión das actividades que se poñen en marcha, e esta é a maneira na que a poboación coñece a súa existencia. Con respecto a Inmarcesibles, fomos conscientes da necesidade de promocionalo e difundilo antes do seu nacemento, neste, na súa presentación, unha vez elaborado e ao longo da súa traxectoria. Así pois, e, máis concretamente, faremos unha distinción e concreción nestas catro etapas:

- A. **Elaboración da enquisa.** Como xa redactamos con anterioridade, nun primeiro momento, elaboramos un cuestionario sobre a autoestima feminina, coñecendo as percepcións que gardan as mulleres participantes sobre o seu físico. Para iso, publicítamola e convidamos á súa elaboración por medio das redes sociais coas que conta o concello. Ao mesmo tempo, tamén se fixo a devandita promoción por medio das nosas plataformas sociais coa finalidade de que chegase a un maior número de mulleres. Como é evidente, foi necesario que estas publicacións se fixeran en diversas ocasións.
- B. **Nacemento de Inmarcesibles.** Unha vez que obtivemos as respostas da enquisa, chegando ás conclusións oportunas sobre o autoconcepto físico feminino e seleccionados aqueles conceptos que queríamos mostrar, solicitouse a participación das mulleres nas diferentes fotografías que se ían realizar. Esta petición executouse por medio das redes sociais do concello e das nosas e, do mesmo xeito que na etapa anterior, levouse a cabo en diversas ocasións.
- C. **Mostra de Inmarcesibles.** Cando a exposición fotográfica estivo finalizada, levouse a cabo a súa presentación no concello, levando a cabo un acto no que se explicaba a finalidade desta e a necesidade polo que xurdira. Para que tivéssemos o número máximo de





visitantes, tanto o primeiro día da súa exposición como as datas nas que ía estar presente no concello, promocionouse non só nas redes sociais do concello e nas nosas, senón tamén por medio de carteis, os cales se colocaron nos puntos máis claves da localidade.

- D. **Traxectoria de Inmarcesibles.** Esta cuarta e última etapa fai referencia ao momento no que nos puxemos en contacto con diferentes institucións para que a exposición fotográfica sobre a beleza real feminina estivese presente nestas. Para iso, fixemos unha difusión da súa existencia, explicando a mensaxe que se quere transmitir con esta e a necesidade de facelo. Isto realizouse por vía telefónica e de forma electrónica –correo electrónico–. Unha vez acordado con estas institucións a presentación de Inmarcesibles nestas, anunciouse a devandita presenza, como no casos anteriores, nas plataformas sociais do concello, nas nosas e, a maiores, nas redes sociais destes organismos.

Destacar, tamén, que se levaron a cabo dúas entrevistas na radio, unha entrevista nun periódico, diversas publicacións e publicidade no mesmo medio e unha entrevista para unha asociación cultural veciña.

Unha vez redactada a promoción e difusión da práctica, é necesario explicar e plasmar a participación das persoas destinatarias.

7. PARTICIPACIÓN DAS PERSOAS DESTINATARIAS

A continuación, neste apartado, expoñeremos como foi a participación da comunidade, é dicir, como foi a súa reacción ante o proxecto actual. Como xa explicamos ao longo do traballo, en Inmarcesibles leváronse a cabo diversas actividades, polo que, para unha maior comprensión, e do mesmo xeito que no apartado anterior, faremos unha división destas, expoñendo o cometido deste apartado en cada unha delas:

- A. **Realización da enquisa.** Foron 409 as mulleres que participaron nela, observando, pois, que a colaboración á hora de estudar a autoestima feminina foi moi boa, e o devandito cuestionario foi moi ben acollido.
- B. **Busca de participantes.** O número de mulleres que participaron na execución de fotografías xira arredor de 25 persoas do sexo feminino. Tendo en conta que, en gran parte, a finalidade desta exposición era a mostra de moitas das características físicas que a sociedade nos traslada como defectos é evidente que a cooperación podería ser baixa, e máis se temos en consideración os resultados da enquisa, onde quedou reflectido o amplo abano de inseguridades que xiran arredor dos corpos femininos. Non obstante, a participación foi boa e satisfactoria. Destacar, tamén, que foron moitas as mulleres que se puxeron en contacto con nós, pero que finalmente non desexaron formar parte da exposición porque non querían amosar o rostro.
- C. **Presentación da exposición fotográfica.** A inauguración da exposición fotográfica desenvolveuse no concello no que naceu esta e contou con moitos e moitas visitantes.





Así pois, estiveron presentes arredor dunhas oitenta persoas. O conxunto de fotografías estiveron nel durante tres semanas recibindo un elevado número de visitantes –non se contabilizou–.

- D. **Itinerancia de Inmarcesibles.** Só tivemos constancia da participación da poboación nos organismos nos que estivo presentes por medio do contacto que mantivemos cos e coas traballadores coas que coordinamos a devandita actividade. O que nos fixeron chegar os devanditos e as devanditas profesionais foi a grande acollida que tivo Inmarcesibles nos lugares aos que viaxou.
- E. **Charlas educativas.** Neste apartado é necesario destacar a gran participación que observamos no alumnado daqueles centros escolares aos que acudimos, ao mostrar un grande interese pola temática, formulando diversas cuestións, inquietudes e achegando un variado número de respostas ante as nosas preguntas. Con respecto ao centro penitenciario de Pereiro de Aguiar, tamén amosaron unha gran cooperación.

Destacar pois, o bo recibimento que tivo o proxecto do que viñemos falar en todas as súas etapas e a boa aceptación que percibimos e nos trasladaron. Subliñar que toda a retroalimentación coa comunidade foi moi enriquecedora e positiva, observando que esta xirou arredor da reflexión. Unha vez exposta a participación da comunidade do proxecto do que estamos a falar, é necesario expoñer os resultados obtidos con el. A continuación, levarase a cabo a devandita tarefa.

8. RESULTADOS E IMPACTO

Nun primeiro momento, é de vital importancia e de amplo interese nomear e expoñer os resultados da enquisa sobre a beleza real feminina.

Con respecto ás participantes deste, cómpre destacar que destas 409 mulleres, o 9,6 % tiñan entre 18 e 35 anos, o 64 % entre 18 e 35 anos, o 25,9 % entre 36 e 64 anos e o restante –porcentaxe ínfimo– maiores de 65.

As seguintes cuestións fan alusión ás redes sociais. Así pois, fórmase o desexo de parecerse ás influencers que se mostran nestas. O 47,3 % afirma que “ás veces” ten ese interese, mentres que o 43,6 % expón que “nunca, acéptome a min mesma, sen querer asemellarme a ninguén” e menos do 10 % marca a opción que alega: “Si, encantárame ser coma elas, son unha icona de beleza”. Continuando con esta rede social, a terceira pregunta fai alusión ao uso que teñen as participantes dos filtros de beleza deste mesmo medio, o 55,1 % das mulleres responde que os emprega “ás veces”, o 35 % “nunca” e o 9,1 % “sempre”. Das persoas que responderon que o usan sempre ou que ás veces, o 42,5 % afirman que o fan porque “me sinto máis guapa e para disimular os meus complexos”, o 38,5 % emprégao por razóns diferentes á súa autoestima e unha porcentaxe menor, o 10 % faino “porque é algo que emprega todo o mundo”. Con respecto ás fotografías que forman parte das súas redes sociais, o 44,2 % das participantes escóllenas con base nos seus gustos, de forma exclusiva, o 32,1 %, dubidan pero soben aquelas que lles gustan a elas mesmas, mentres que o 20,2 % dubidan moito e chegan a preguntarlles a outras persoas en busca da súa aprobación. A cuestión número 6, expón o seguinte “cando sobes unha imaxe túa ás túas redes sociais, con que finalidade o fas?”. O 59,9 % expón que “fágoo sen intención





de xerar algo noutras persoas, é algo meu”, o 24,3 % faino coa finalidade de interactuar con outras persoas e o 9,7 % busca a aprobación e aceptación das persoas. Facendo referencia aos likes que reciben estas mesmas imaxes, ao 67,5 % non lle afecta, ao 22,8 % afirma que ás veces, dependendo do momento anímico e persoal no que se atope e ao 7,2 % si que lle afecta.

As seguintes preguntas fan referencia ao coidado persoal. A primeira destas mesmas fai alusión ao uso da maquillaxe, o 64,4 % responde que o emprega “ás veces”, o 64,4 % que o fai “en ocasións, especialmente en días especiais” e o 17,2 % afirma que nunca o fai. Con respecto á depilación, o 65,4 % expón que se depila e o 31,9 % que o fai, pero non en todas as partes do seu corpo. Unha porcentaxe menor do 5 % alega non depilarse. Os motivos polos cales o levan a cabo son por comodidade e/ou hixiene, sen ter nada que ver a autoestima (58,1 %), porque as fai sentir máis guapas (30,1 %) e por presión social, porque senón o fan as van xulgar (12,5 %). No que se refire á vestimenta, a maior parte das mulleres alega poñer aquilo que lles gusta a elas (53,8 %), o 41 % escolle roupa que oculte aquelas partes do seu corpo que non lle gustan e entre o 5 % e o 10 % usa vestimenta que oculte o seu corpo. No que respecta ao tempo que tardan en arraxarse, o 81,1 % faino en menos dunha hora, o 14 % entre 1 e 2 horas e arredor dun 5 % máis de 2 horas.

Por outro lado, ante a pregunta: que opinión tes acerca das operacións de cirurxía estética? o 45,9 % das mulleres teñen unha opinión positiva arredor delas, pero dubidan en se chegarían a facelas, o 41,8 % non farían ningunha e o 10,6 % faría algunha.

Con respecto a como inflúe o canon de beleza sobre as nosas relacións sociais, o 67,4 % das participantes non xulgan as persoas en base á súa imaxe, mentres que o 26,4 % faino “ás veces, dependendo da súa imaxe e da miña concepción acerca dos “defectos” que eu percibo nelas” e menos do 10 % si o fai. Na outra cara da moeda, o 59 % das mulleres cren que, ás veces, a xente se comporta con ela con base na súa imaxe, o 25,8 % nunca se sentiu xulgado por isto e o 13,8 % cre, rotundamente, que si. E indo máis alá, con respecto aos éxitos e fracasos das participantes, o 45,2 % considera que o seu físico afecta, en parte, a moitas das partes da súa vida, o 41,8 % considera que non lle afecta en nada e o 9,6 % cre que inflúe moito neles. Ao 51,8 % preocúpalles, en ocasións, o que outras persoas pensen do seu físico, ao 41,8 % non lles afecta en nada e ao 9,6 % angústialle moito que outra xente teña pensamentos negativos sobre o seu físico. Afondando máis nisto, cómpre destacar que case a metade das mulleres se sentiu, algunha vez, ferida polo que alguén dixo do seu corpo, o 30 % en moitas ocasións e o 19,4 % non se sentiu así porque non lle afecta. E finalizando aquelas preguntas que fan referencia á influencia da nosa autoestima nas relacións sociais, o 34,4 % compara de forma habitual o seu físico co doutras mulleres, o 36,6 % faino en poucas ocasións e o 28,3 % non o fai.

Con respecto ao concepto que teñen do seu físico, o 60,9 % afirma que non lle gusta todo o que ve cando se mira a un espello, o 28 % gústalle todo o que ve e o 9,8% non lle gusta nada o que ve. Indo máis alá, o 71,8 % fai unha visión xeral do que lle gusta e do que non cando se mira a este obxecto, o 20,3 % sempre mira os seus defectos e menos do 10 % só mira o que lle gusta. Con respecto a cando manteñen relacións sexuais, o 56,5 % non teñen problema en expoñer o seu corpo, o 20,9 % intenta que non se vexan certas partes do seu corpo e o 14,3 % apaga a luz





para que non se expoña o seu corpo. Centrándonos no peso das mulleres, o 45,1 % das mulleres que participaron non están conformes con el, desexando estar máis delgadas ou máis gordas, o 34,2 % están conformes pero non lles importaría modificalo e o 19,5 % está contenta con el.

Centrándonos máis na autoestima das 409 mulleres, na cuestión “como te sentes co teu corpo?”, o 59 % di que “máis ou menos, en ocasións síntome cómoda con el, mentres que, noutras ocasións, non me gusta”, o 28,5 %, gústalle o seu corpo e acéptase e o 11,3 % síntese mal e non está nada a gusto con el. O 44,5 % acéptase tal e como é, o 44,2 % faino a veces e o 10,3 % non o fai. Continuando por esta vía, o 16,2 % cambiaría moitas cousas do seu físico, o 65,4 % cambiaría pequenas cousas e o 16 % non cambiarían nada. Con respecto ás devanditas modificacións, a maioría fan alusión ao peso, perdendo así certos quilos. Algunhas das respostas, máis características, son:

- Abdome máis plano, pernas máis tonificadas.
- Velo corporal, a miña cor de pel e o meu peso actual.
- Baixar de peso.
- A miña flaccidez na zona do abdome.
- Eliminar estrías das pernas e aumentar o peito.
- Quitaríame graxa das coxas, dos brazos e poñería recto o nariz.
- Zonas nas que teño celulite, como a barriga.
- A barriga que quedou despois do embarazo.
- Creo que é imposible non verse condicionada polos canons de beleza que existen na sociedade. Eu evito que me condicionen na miña vida, pero recoñezo que é inevitable para min que non provoquen o desexo de mellorar o meu corpo. Cando penso en cambiar algo do meu físico penso nas miñas pernas porque son anchas e fortes e xa foron criticadas máis dunha vez (se foran as dun home serían valoradas para ben, sen dúbida).
- Etc.

Por último, con respecto á pregunta de se consideran que as mulleres teñen unha maior presión con respecto ao seu físico cós homes, a maior parte das mulleres consideran que si (88,7 %), mentres que menos do 10 % cren que é igual e menos do 5 % cren que non. E facendo referencia ao canon de beleza, o 44,5 % afirma non seguilo, o 42,3 % faino en ocasións e o 12,5 % si o segue.

Unha vez expostos os resultados da enquisa sobre a autoestima feminina, manifestaremos os do resto do proxecto.

Así pois, con respecto a estes, a exposición fotográfica obtivo resultados moi positivos e obsérvase na gran cantidade de organismos nos que estivo presente e no elevado número de persoas que acudiron a velo. A retroalimentación cos devanditos organismos e con todos e todas os e as visitantes foi moi positiva, trasladándonos a importancia do proxecto, a meditación que experimentaron o ver o conxunto de fotografías e a beleza que percibiron nela. No caso das charlas educativas, a sensación foi similar a esta última.

Polo tanto, e, en conclusión, o proxecto de Inmarcesibles cumpriu co seu cometido, que a po-boación reflexiónase sobre o canon de beleza e sobre o prexudicial que é a súa existencia.





Non obstante, a pesar diso, é interesante mostrar as debilidades que presentou, así como as fortalezas.

9. DEBILIDADES E FORTALEZAS

Ao longo da elaboración deste proxecto, atopámonos fronte a situacións moi óptimas, pero, tamén, moi complexas. É evidente que todo supón unha aprendizaxe e das ameazas sempre se poden obter oportunidades. Así, de forma resumida, podemos nomear as seguintes debilidades e fortalezas do proxecto Inmarcesibles:

A. Debilidades:

- Longo proceso para a busca de participantes –máis de dous meses–.
- Rexeitamento de moitas das mulleres que mostraron interese ao coñecer que era necesario mostrar a cara –se non a ensinabamos enviábonos unha mensaxe de non aceptación–.
- Non se amosaron todos os complexos femininos que se pretendían, debido á falta de perfís.
- Traslado constante do proxecto, o que ocasiona inversión de tempo e diñeiro.
- Falta de respostas por parte de moitos organismos aos cales lles ofrecemos a oportunidade de contar coa exposición.
- Descoñecemento do número total de persoas que visitaron a exposición nos diferentes puntos nos que estivo aloxada.
- Descoñecemento das sensacións totais que ocasionou a exposición en todas as persoas visitantes.
- Certa retroalimentación negativa, facendo alusión a comentarios patriarcais. Os máis habituais fixeron alusión á ausencia de homes nas fotografías, alegando a presión que teñen eles tamén.
- A enquisa sobre a beleza feminina é de elaboración propia, polo que pode presentar diversos nesgos.
- A enquisa non fai diferenciación por idade, e isto é interesante para coñecer en que grupos existe unha maior preocupación do corpo.

B. Fortalezas:

- Amplo abano de participantes que amosan calidades que a sociedade lle sinalou como indesexables.
- Elevado número de mulleres que amosaron o seu corpo real.
- Respostas moi óptimas e interese evidente de moitos organismos para contar coa exposición fotográfica.
- Elevada participación na enquisa sobre a beleza real feminina.
- Ampla participación de visitantes.
- Retroalimentación, maioritariamente, positiva.
- Obtención dunha participación moi positiva nas charlas educativas.
- Difusión publicitaria moi óptima nas diferentes redes sociais, tanto do concello como da poboación, en xeral.





- Difusión publicitaria positiva na radio e noutros medios de comunicación.
- Actividade non finalizada, senón aberta, pois pode empregarse continuamente e ao longo dos anos.

10. CONCLUSIÓNS

As conclusión que extraemos do proxecto que vimos a presentar, son as seguintes:

- O canon de beleza é un construto social e é cultural e temporal.
 - O canon de beleza feminino é prexudicial para as mulleres e aféctalles na súa saúde física e mental.
 - O canon de beleza é machista, racista, xerontófobo e gordófobo.
 - A enquisa pode presentar, ao ser de elaboración propia, nesgos, polo que os resultados poden estar distorsionados, sendo, igualmente, moi suxestivos.
 - As redes sociais inflúen na nosa autoestima e na percepción que temos de nós mesmas, comparándonos con outras mulleres e empregando “trucos” para vernos mellor e para gustar máis.
 - Moitos dos coidados persoais que realizamos levámoslos a cabo por presións sociais.
 - A maior parte das mulleres sentiron que o seu físico se tivo en conta en diversas relacións sociais e que lles afectou en certos logros e fracasos.
 - Unha alta porcentaxe de mulleres sufriu comentarios negativos sobre o seu corpo.
 - Son moitas as mulleres que non aceptan, de forma completa, o seu físico e desexan levar a cabo certos cambios.
 - A maioría dos complexos que presenten as mulleres teñen relación co seu peso e desexan reducir o número de quilos.
 - A maior parte das participantes senten que teñen maior presión que os homes.
 - Moitas mulleres seguen o canon de beleza estipulado.
 - Inmarcesibles é unha perfecta plataforma para reflexionar sobre o nocivo que é o canon de beleza.
 - Inmarcesibles mostra corpos reais e a verdadeira beleza feminina.
 - Inmarcesibles failles reflexionar a todas aquelas persoas que a observan sobre a importancia de quererse a unha mesma.
 - É necesario levar a cabo máis proxectos que loiten contra a violencia estética que sufrimos as mulleres.
 - É de vital importancia tomar medidas para que a sociedade acepte todo tipo de corpos, sen xulgar a ningún deles.
- É imprescindible quererse a unha mesma.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Pineda, E. (2020). *Bellas para morir: Estereotipos de Género y Violencia Estética contra la Mujer*. Prometeo Libros.





ANEXOS

ENQUISA SOBRE A AUTOESTIMA FÍSICA FEMININA

1. IDADE:

- Menor de 18 anos.
 - Entre 18 e 35 anos.
 - Entre 36 e 64 anos.
 - Maior de 65 anos.
 - Ns/Nc.
-

2. Intentas ou desexas parecer-te as influencers que observas nas redes sociais?

- Si. Encantaríame ser como elas, son unha icona de beleza.
 - A veces.
 - Nunca. Nunca. Acéptome a min mesma, sen querer asemellarme a ninguén.
 - Ns/Nc.
-

3. Nas redes sociais empregas as “filtros de beleza”?

- Sempre.
 - A veces.
 - Nunca.
 - Ns/Nc.
-

4. No caso de que a resposta anterior sexa “sempre” ou “a veces”...

- Fágoo porque me sinto máis guapa e para disimular os meus complexos.
 - Fágoo porque é algo que emprega todo o mundo.
 - O seu uso non esta relacionado coa miña autoestima.
 - Ns/Nc.
-

5. Cando decides subir unha fotografía as redes sociais...

- Dubido moito antes de subila e pregúntolle a outras persoas en busca da súa aprobación.
 - Dubido, pero finalizo subindo aquela fotografía que me gusta.
 - Subo aquelas imaxes que me gusta sen dúbida algunha.
 - Ns/Nc.
-

6. Cando subes unha imaxe túa as túas redes sociais, con que finalidade o fas?

- Busco a aprobación e aceptación das persoas.
 - A interacción con outras persoas.
 - Fágoo sen intención de xerar algo noutras persoas. É algo meu.
 - Ns/Nc.
-



**7. Aféctanche o número de likes nas túas imaxes?**

- Si.
 - A veces. Depende do momento anímico e persoal no que me atope.
 - Non.
 - Ns/Nc.
-

8. Con que frecuencia empregas a maquillaxe?

- Todos os días.
 - En ocasións, especialmente en días especiais.
 - Nunca me maquillo.
 - Ns/Nc.
-

9. Levas a cabo a depilación?

- Si.
 - Si, pero non en todas as partes do meu corpo.
 - Non.
 - Ns/Nc.
-

10. No caso de que a resposta anterior fose “si” ou “si, pero non en todas as partes do meu corpo”, por que motivo o fas?

- Por presión social. Sei que está mal visto non facelo e que me van a xulgar.
 - Síntome máis guapa no caso de facelo.
 - Por comodidade e/ou hixiene. Non o fago en relación a miña autoestima.
 - Ns/Nc.
-

11. Con respecto a vestimenta que empregas...

- Uso roupa que oculte o meu corpo.
- Intento usar roupa que oculte aquelas partes do meu corpo que non me gustan.
- Vou coa roupa que me apetece.
- Ns/Nc.

12. Canto tempo tardas en arranxarte?

- Máis de 2 horas.
 - Entre 1 e 2 horas.
 - Menos dunha hora.
 - Ns/Nc.
-



**13. Que opinión tes acerca das operacións de cirurxía estética?**

- Boa. Faríame diversos retoques estéticos.
 - Teño unha opinión boa, pero non sei si eu as chegaría a facer.
 - Non me faría ningunha.
 - Ns/Nc.
-

14. Cres que as mulleres teñen unha maior presión social con respecto a súa imaxe?

- Si.
 - Creo que a presión é igual para mulleres e homes.
 - Non. Creo que non existe tal presión.
 - Ns/Nc.
-

15. Xulgas as persoas en base a súa imaxe e baseas os teus comportamentos con elas en relación a iso?

- Si.
 - A veces. Depende da súa imaxe e da miña concepción acerca dos “defectos” que eu percibo nelas.
 - Non.
 - Ns/Nc.
-

16. Sentes que a xente se comporta contigo en base a túa imaxe?

- Si.
 - En ocasións sintome e/ou sentinme xulgada por iso.
 - Nunca me sentín xulgada por elo.
 - Ns/Nc.
-

17. Como cres que inflúe o teu aspecto físico nos teus éxitos e fracasos?

- O físico inflúe moito neles.
 - Afecta en moitas partes da miña vida, pero non en todas.
 - Non afecta en nada.
 - Ns/Nc.
-

18. Preocúpate moito a imaxe que as outras persoas teñen do teu físico?

- Si. Angústíame moito o que outras/os pensen do meu físico.
 - Só a veces e non con todas as persoas.
 - Non me preocupa.
 - Ns/Nc.
-



**19. Sentícheste ferida polo que alguén dixo algunha vez do teu físico?**

- Si, en moitas ocasións.
 - Intento que non me afecte, pero, en ocasións, xérame molestia.
 - Non me afecta.
 - Ns/Nc.
-

20. Comparas moito o teu físico co dos demais?

- Si. De forma habitual.
 - En poucas ocasións.
 - Non.
 - Ns/Nc.
-

21. Cando me miro a un espello...

- Non me gusta en absoluto.
 - Non me gusta todo o que vexo.
 - Gústame o que vexo.
 - Ns/Nc.
-

22. Cando me miro ao espello...

- Sempre miro os meus defectos.
 - Fago unha visión xeral do que me gusta e do que non.
 - Só miro aquilo que máis me gusta.
 - Ns/Nc.
-

23. Estás conforme co teu peso?

- No. Gustaríame estar máis gorda/delgada.
 - Si, pero non me importaría estar máis gorda/delgada.
 - Si.
 - Ns/Nc.
-

24. Cando manteño relacións íntimas...

- Apago a luz e/ou uso escusas para non expoñer o meu corpo.
 - Intento que non se vexan certas partes do meu corpo.
 - Non teño problema en expoñer o meu corpo.
 - Ns/Nc.
-



**25. Como te sentes co teu corpo?**

- Mal, non me sinto nada a gusto con el.
 - Máis ou menos. En ocasións síntome cómoda con el, mentres que, noutras, non me gusta.
 - Ben, gústame o meu corpo e acéptome como son.
 - Ns/Nc.
-

26. Acéptaste tal e como es?

- No.
 - Ás veces, non sempre.
 - Si que o fago.
 - Ns/Nc.
-

27. Intentas seguir o canon de beleza estipulado?

- Si.
 - En ocasións.
 - Non.
 - Ns/Nc.
-

28. Se puideses cambiar algo do teu aspecto físico que non che gusta...

- Cambiaría moitas cousas para así sentirme mellor e máis aceptada socialmente.
 - No me importaría cambiar pequenas cousas.
 - Non creo que necesite cambiar nada de min.
 - Ns/Nc.
-

29. No caso de que si cambiases algo, que modificarías?

GRAZAS POLA TÚA PARTICIPACIÓN!





A MEDIACIÓN ESCOLAR NA EDUCACIÓN PRIMARIA NOS CEIP DA COMARCA DE ALLARIZ-MACEDA

Xesús Martínez Fernández - Traballador Social

xesus.mtz@gmail.com

Premio Día Mundial do Traballo Social 2023

Modalidade TFG/TFM

RESUMO

Neste traballo de fin de mestrado propoñémonos facer unha aproximación á realidade da mediación e da convivencia escolar na etapa da educación primaria nun contexto territorial determinado. Para isto, o obxectivo desta investigación é analizar os conflitos existentes na educación primaria nos colexios de educación infantil e primaria (CEIP) da comarca Allariz-Maceda (Ourense), así como as estratexias para a súa prevención e resolución. En primeiro lugar, desenvolvemos un proceso de revisión documental sobre a parte normativa e teórica da temática obxecto de estudo, que nos serviu para crear as bases tanto conceptuais como metodolóxicas para elaborar a nosa investigación. Estudo que se desenvolve cunha metodoloxía cualitativa, e no cal participan os CEIP da comarca, así como as asociacións de familias do alumnado que hai nestes centros educativos. Unha vez elaborado un proceso de análise de datos, os principais resultados e conclusións mostran: que as persoas participantes perciben os conflitos nos centros educativos como fundamentalmente de carácter leve; percíbese unha escasa presenza de accións de mediación escolar; considérase necesario o deseño e implementación de programas de mediación, así como a creación de escolas de familias do alumnado; tamén resulta necesario a incorporación de profesionais da acción social nos equipos de orientación, entre outros aspectos para abordar a prevención e xestión de conflitos.

PALABRAS CLAVE

Conflito, convivencia, mediación, escolar, educación



RESUMEN

En este Trabajo de Fin de Máster nos proponemos hacer una aproximación a la realidad de la mediación y de la convivencia escolar en la etapa de la Educación Primaria en un contexto territorial determinado. Para esto, el objetivo de esta investigación es analizar los conflictos existentes en la Educación Primaria en los Colegios de Educación Infantil y Primaria (CEIP) de la comarca Allariz-Maceda (Ourense), así como las estrategias para su prevención y resolución. En primer lugar, desarrollamos un proceso de revisión documental sobre la parte normativa y teórica de la temática objeto de estudio, que nos sirvió para crear las bases tanto conceptuales como metodológicas para elaborar nuestra investigación. Estudio que se desarrolla con una metodología cualitativa, y en el cual participan los CEIP de la comarca, así como las asociaciones de familias del alumnado que hay en estos centros educativos. Una vez elaborado un proceso de análisis de datos, los principales resultados y conclusiones muestran: que las personas participantes perciben los conflictos en los centros educativos como fundamentalmente de carácter leve; se percibe una escasa presencia de acciones de mediación escolar; se considera necesario el diseño e implementación de programas de mediación, así como la creación de escuelas de familias del alumnado; también resulta necesario la incorporación de profesionales de la acción social en los equipos de orientación, entre otros aspectos para abordar la prevención y gestión de conflictos.

PALABRAS CLAVE

Conflicto, convivencia, mediación, escolar, educación

ABSTRACT

With this Master's Dissertation we propose an approach to the reality of mediation and of school coexistence in the stage of Primary Education in a particular territorial context. In order to do so, the aim of this research is to analyse the existing conflicts in the stage of Primary Education in the Pre-Schools and Primary Education Schools (CEIPs) of the Allariz-Maceda region (Ourense), as well as the strategies for their prevention and resolution. Firstly, we developed a process of documentary revision about the normative and theoretical part of the subject object of study, which served us to create the basis both conceptual and methodological to elaborate our investigation. Study that is developed by a qualitative methodology, and in which participated the CEIPs of the region, as well as the students' family associations that exist in these educational centres. Once elaborated a data analysis process, the main results and conclusions show: that the participants perceive conflicts at school as fundamentally of a mild nature; a low presence of school mediation actions is perceived; it is considered necessary the design and implementation of mediation programs, as well as the creation of Parenting Workshops; it is also considered necessary the incorporation of social action professionals in the guidance teams, among other aspects to address conflict prevention and management.

KEYWORDS

Dispute, coexistence, mediation, school, education



INTRODUCCIÓN

Este traballo de investigación ten como finalidade analizar os conflitos existentes na etapa de educación primaria nos colexios de educación infantil e primaria (CEIP) da comarca Allariz-Maceda, así como as estratexias para a súa prevención e resolución. Trátase dunha investigación que se desenvolve con metodoloxía cualitativa na que ademais dun proceso de revisión e de análise de normativa e bibliografía sobre a materia obxecto de estudo, tamén se levaron a cabo entrevistas semiestruturadas con persoal docente dos CEIP e con representantes das asociacións de familias do alumnado para aproximarnos ao contexto da realidade estudada. Compartimos con Pérez Serrano (2011) cando sinala que a investigación cualitativa “axúdanos a situarnos no contexto no que ocorre o acontecemento e permítenos rexistrar situacións, marcos de referencia, e aqueles eventos sen descompoñelos da realidade na que teñen lugar” (p. 634).

A elección da temática deste estudo de investigación en gran medida nace motivada pola formación académica do investigador no ámbito da acción social, fundamentalmente nas disciplinas da educación social e do traballo social. Tamén está determinada pola experiencia profesional do investigador con adolescentes en situación de conflito social, feito que motiva o interese de estudar os conflitos na etapa previa á adolescencia, debido a que consideramos que a adolescencia debe ser atendida e acompañada dende a infancia. Esta atención á infancia comeza por intentar descubrir e comprender que lles está pasando e para isto é necesario ser e estar con accións como poden ser: observar, escoitar e preguntar. Tamén nos resulta de importancia a mirada que temos e poñemos na infancia, así como estar presentes e dispoñibles para escoitar, acompañar e validar as súas emocións. Consideramos que os aspectos mencionados poden ser traballados dende espazos como os centros educativos, entre outros.

Tendo en conta o exposto no parágrafo anterior, este traballo de investigación desenvólvese dende a mirada da educación social como profesión que é de carácter pedagóxico, xeradora de contextos educativos e accións mediadoras e formativas (Asociación Estatal de Educación Social e Consello Xeral de Colexios Oficiais de Educadoras e Educadores Sociais, 2008); e tamén dende a perspectiva do traballo social como profesión que promove o cambio e o desenvolvemento social, a cohesión social e o fortalecemento e liberación das persoas, involucrando as persoas e estruturas para aumentar o benestar (Consello Xeral de Traballo Social, 2022).

Finalmente, queremos mencionar que na redacción do presente traballo se pretende utilizar unha linguaxe inclusiva, como compromiso cunha sociedade máis xusta e igualitaria, sendo conscientes da importancia da visibilización e construción de realidades que crea a linguaxe, e polo tanto entendendo esta como un instrumento favorecedor do cambio social.

1. MARCO NORMATIVO

1.1 Normativa internacional

Os dereitos da infancia están recollidos na Convención sobre os Dereitos do Neno (CDN), normativa na que se entende por nena ou neno toda persoa menor de dezoito anos, agás que





alcance antes a maioría de idade segundo a lei que lle sexa aplicable (Convention on the Rights of the Child, resolución 44/25, do 20 de novembro de 1989). Trátase dun tratado internacional de dereitos humanos aprobado o 20 de novembro de 1989 pola Asemblea Xeral das Nacións Unidas, e ratificado por todos os estados agás por Estados Unidos. No Estado español foi ratificada o 30 de novembro de 1990, entrando en vigor o 5 de xaneiro de 1991 (*Boletín Oficial del Estado* [BOE], 313, do 31 de decembro de 1990).

Este tratado está formado por 54 artigos nos que tal e como sinala a United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF] (UNICEF, 2015) se recoñece que as nenas e nenos son persoas con dereitos ao pleno desenvolvemento físico, mental e social, con dereito a expresar libremente as súas opinións, ademais a Convención representa un modelo para a saúde, a supervivencia e o progreso do conxunto da sociedade.

Na CDN recóllese un aspecto de especial consideración que é o interese superior da nena ou neno. No artigo 3 dispónse que todas as medidas, respecto das nenas e nenos, establecidas por institucións públicas ou privadas de benestar social, os tribunais, as autoridades administrativas ou órganos lexislativos, deben estar baseadas tendo en consideración fundamental que atenderán ao interese superior da nena ou neno. Correspóndelles aos Estados Parte asegurar unha axeitada protección e coidado, cando nais e pais, ou outras persoas responsables, non teñen capacidade para facelo (Convention on the Rights of the Child, resolución 44/25, do 20 de novembro de 1989).

No referido á educación, a CDN entre outros aspectos recolle que as nenas/os teñen dereito á educación, e é obriga do Estado asegurar polo menos a educación primaria gratuítas e obrigatoria. Ademais os Estados Parte adoptarán as medidas necesarias para garantir que a aplicación da disciplina escolar respecte a dignidade humana da nena ou neno e de conformidade coa CDN. (Convention on the Rights of the Child, resolución 44/25, do 20 de novembro de 1989).

No ámbito europeo é de importancia destacar o labor da Comisión Internacional sobre a Educación para o Século XXI, constituída en 1993 e financiada pola United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). Esta comisión publicou un informe para a UNESCO sobre a educación para o século XXI (Delors, 1996), no que considera a educación en e para a convivencia como un dos principios da educación e como unha das catro aprendizaxes fundamentais, e no que establece que a educación ao longo da vida baséase en catro piares: aprender a coñecer, aprender a facer, aprender a ser, e aprender a convivir. Neste último principio sinalase a importancia de desenvolver a comprensión da outra persoa e a percepción das relacións de interdependencia, facendo proxectos en común e preparándose para abordar os conflitos, respectando valores como: pluralidade, comprensión mutua e paz (Delors, 1996).

Respecto da mediación a nivel europeo, está publicado o Libro verde sobre as modalidades alternativas de solución de conflitos no ámbito do dereito civil e mercantil (Comisión das Comunidades Europeas, COM/2002/0196 final, do 19 de abril de 2002). Neste recóllese que as alternativas de solución de conflitos (*Alternative Dispute Resolution* [ADR]) teñen un interese renovado na Unión Europea por tres motivos: a) pola toma de conciencia da nova aparición das ADR no beneficio das persoas; b) porque as ADR son obxecto de especial atención por parte dos Estados Membros, interese e atención que se traduce en documentos de carácter lexislativo;





c) as ADR figuran unha prioridade política para as institucións da Unión Europea ás que lles corresponde promover estas ADR, pretendendo o mellor contexto posible para o seu desenvolvemento e garantir a calidade destas. Este documento representa unha oportunidade para dar a coñecer as ADR e permite facer máis accesibles as iniciativas adoptadas a nivel comunitario polos Estados Membros.

A nivel europeo tamén está aprobada a Directiva 2008/52/CE do Parlamento Europeo e do Consello sobre certos aspectos da mediación en asuntos civís e mercantís (*Diario Oficial da Unión Europea* [DO] L 136/3-L 136/8, do 24 de maio de 2008). Esta normativa entende a mediación como un procedemento estruturado, no que dúas ou máis partes en conflito procuran de forma voluntaria acadar por si mesmas un acordo sobre a solución do seu conflito coa axuda dunha mediadora ou mediador. Un dos aspectos de especial importancia que recolle esta Directiva é a incorporación ao ordenamento xurídico dos Estados Membros, establecendo que estes porán en vigor as disposicións legais, regulamentarias e administrativas necesarias para dar cumprimento á mencionada directiva.

1.2 Normativa estatal

A norma suprema do ordenamento xurídico español é a Constitución española (BOE, 311, do 29 de decembro de 1978). No referido á educación, este texto normativo establece que: todas as persoas teñen dereito á educación, recoñécese a liberdade de ensinanza, regúlase que a ensinanza básica é obrigatoria e gratuíta, e dispón que “a educación terá por obxecto o pleno desenvolvemento da personalidade humana no respecto aos principios democráticos de convivencia e aos dereitos e liberdades fundamentais” (Artigo 27.2).

No Estado español o sistema educativo conta con diversas reformas lexislativas. As primeiras leis que declararon a educación como servizo público foron a Lei 14/1970 xeral de educación e de financiamento da reforma educativa (BOE, 187, do 6 de agosto de 1970), e a Lei orgánica (LO) 8/1985 reguladora do dereito á educación (BOE, 159, do 4 de xullo de 1985). A lexislación vixente actualmente en materia educativa é a LO 3/2020 pola que se modifica a LO 2/2006 de educación [LOMLOE] (BOE, 340, do 30 de decembro de 2020). Esta lei dispón que o sistema educativo español inspírase en diferentes principios, no referido á convivencia sinala como principios: a educación para a convivencia, a prevención de conflitos e a resolución pacífica destes, e tamén para a non violencia en todas as áreas da vida persoal, familiar e social, e especialmente na do acoso escolar e ciberacoso coa finalidade de lle axudar ao alumnado a recoñecer calquera forma de maltrato, abuso sexual, violencia ou discriminación e responder fronte a ela.

A educación primaria está formada por tres ciclos de dous anos académicos e a súa organización establécese por áreas tal e como recolle a LOMLOE, orientadas a desenvolver as competencias do alumnado. Destacar que ademais das áreas de coñecemento básicas tamén se inclúe nalgún dos cursos do 3.º ciclo a Educación en Valores cívicos e éticos, nesta área inclúense contidos como: o coñecemento e respecto dos dereitos humanos e da infancia, a educación para o desenvolvemento sostible e a cidadanía mundial, a igualdade entre mulleres e homes, o valor do respecto á diversidade, o fomento do espírito crítico e a cultura da paz e non violencia (BOE, 340, do 30 de decembro de 2020).





Resúltanos de importancia facer mención neste apartado do seguinte decreto legislativo: o Real decreto 275/2007, do 23 de febreiro, polo que se crea o que asesora sobre cuestións referidas á aprendizaxe da convivencia escolar. Entre as súas funcións tamén está a de fomentar accións que faciliten melloras do ambiente escolar, e a prevención de: violencia nos centros educativos, acoso escolar e *ciberbullying*.

No referido á lexislación sobre mediación, no Estado español esta está regulada pola Lei 5/2012, do 6 de xullo, de mediación en asuntos civís e mercantís (BOE, 162, do 7 de xullo de 2012), que foi elaborada para dar cumprimento á normativa europea da Directiva 2008/52/CE (DO L 136/3-L 136/8, do 24 de maio de 2008); e tamén pola norma que desenvolve a mencionada lei, o Real decreto 980/2013, do 13 de decembro (BOE, 310, do 27 de decembro de 2013).

Por último, resúltanos de importancia facer referencia á Lei orgánica 8/2021, do 4 de xuño, de protección integral á infancia e a adolescencia fronte á violencia (BOE, 134, do 5 de xuño de 2021). Unha lei que ten como obxecto:

garantir os dereitos fundamentais dos nenos, nenas e adolescentes a súa integridade física, psíquica, psicolóxica e moral fronte a calquera forma de violencia, asegurando o libre desenvolvemento da súa personalidade e establecendo medidas de protección integral, que inclúan a sensibilización, a prevención, a detección precoz, a protección e a reparación do dano en todos os ámbitos nos que se desenvolve a súa vida. (Artigo 1.1)

Este texto normativo incorpora unha nova figura profesional para todos os centros educativos nos que cursen estudos persoas menores de idade: a coordinadora ou coordinador de benestar e protección. Este perfil profesional deberá actuar baixo a supervisión da persoa que teña a dirección ou titularidade do centro educativo.

1.3 Normativa autonómica

En Galicia creouse o Observatorio Galego da Convivencia Escolar que está regulado polo Decreto 85/2007, do 12 de abril, (*Diario Oficial de Galicia* [DOG], 88, do 8 de maio de 2007), e que ten como finalidade analizar e propor actuacións de investigación, prevención e intervención en relación coa mellora do clima escolar, e tamén ser canle de participación do conxunto de sectores con responsabilidades no ámbito da convivencia.

Ademais do decreto mencionado, a convivencia escolar en Galicia está regulada pola Lei 4/2011, do 30 de xuño, de convivencia e participación da comunidade educativa (DOG, 136, do 15 de xullo de 2011), que regula as normas básicas de convivencia nos centros educativos e a participación directa das familias así como do resto da comunidade educativa no ensino e no proceso educativo; e polo decreto que a desenvolve, Decreto 8/2015, do 8 de xaneiro (DOG, 17, do 27 de xaneiro de 2015), que entre outros aspectos dispón os fins das normas de convivencia nos centros docentes.





En canto a documentos e recursos complementarios sobre a convivencia escolar, no Decreto 8/2015 (DOG, 17, do 27 de xaneiro de 2015) regúlase o plan de convivencia (PC), e este é un documento no que se articula a convivencia escolar, a prevención de conflitos e a súa resolución pacífica, incluída a mediación na xestión dos conflitos. O PC integrará o principio de igualdade entre mulleres e homes, e establecerá as liñas xerais do modelo de convivencia que se pretende implantar, os obxectivos específicos que cómpre acadar, as normas que a regulan e as accións que se deben desenvolver para a consecución dos obxectivos proxectados.

Para coñecer o estado da convivencia no centro, e de ser o caso, a conflitividade detectada neste, a análise ou o diagnóstico da situación é o punto de partida; o Decreto 8/2015 (DOG, 17, do 27 de xaneiro de 2015) regula que recollerá, como mínimo, os seguintes aspectos: características do centro e do seu contorno que contextualizan a intervención educativa; aspectos da xestión e organización do centro que inflúen na convivencia; estado das relacións e da participación na vida do centro por parte do profesorado, do alumnado, das familias e do persoal de administración e servizos e de atención educativa complementaria, así como doutras institucións e entidades do contorno; conflitividade detectada no centro, indicando o tipo e número de conflitos que se producen e os sectores implicados nestes; e as actuacións desenvolvidas no ámbito da convivencia e efectividade destas.

O Decreto 8/2015 (DOG, 17, do 27 de xaneiro de 2015) tamén recolle as actuacións, as medidas ou os programas que se poden desenvolver para favorecer unha convivencia de calidade, e enuméranse as seguintes: actuacións organizativas, curriculares e de coordinación; actuacións dirixidas a garantir a participación da comunidade educativa; actuacións dirixidas á prevención de condutas contrarias ás normas de convivencia, incluído un protocolo para a prevención, a detección e o tratamento das situacións de acoso escolar; medidas que poden aplicar no centro para previr, detectar, mediar e resolver os conflitos que poidan xurdir; e medidas ou programas específicos para promover a convivencia no centro, que fomenten o diálogo, a corresponsabilidade e a cultura de paz. Ademais destas actuacións, recóllense as seguintes: actuacións preventivas para a detección da conflitividade; actuacións formativas en materia de convivencia escolar; programas relacionados coa mellora da convivencia nos centros e recursos educativos; medidas complementarias para a mellora da convivencia; aula de convivencia inclusiva; mediación escolar; escola de nais e pais; protocolos de actuación e documentos; e outras actuacións complementarias. Tamén recolle a importancia da difusión, seguimento e avaliación que se fagan destas actuacións, programas e medidas para a mellora da convivencia escolar.

As normas de organización e funcionamento (NOF), e as normas de convivencia, regúlanse no Decreto 8/2015 (DOG, 17, do 27 de xaneiro de 2015). As NOF son un documento institucional independente nos centros educativos e fundamentado no seu Proxecto educativo de centro, trátase dun conxunto de normas referidas á organización e funcionamento do centro e elabóranse coa participación e consenso de toda a comunidade escolar (alumnado e as súas familias, profesorado, persoal de administración e servizos), regúlanse aspectos como: a organización dos espazos e dos tempos, a distribución dos recursos, os procedementos de comunicación coas familias. As normas de convivencia son elaboradas polos centros educativos e teñen como obxectivo fundamental desenvolver unhas relacións positivas entre os diferentes membros da comunidade educativa. As normas de convivencia de cada centro concretarán os dereitos e deberes do alumnado, establecerán as condutas contrarias á convivencia e as correccións que





correspondan polo seu incumprimento, seguindo o previsto na Lei 4/2011 e no Decreto 8/2015. Estas normas, unha vez aprobadas, son de obrigado cumprimento por toda a comunidade educativa e estarán recollidas no plan de convivencia do centro; velarán polo seu cumprimento: o equipo directivo do centro, o claustro e o consello escolar, a través da comisión de convivencia.

No referido á mediación en Galicia, esta regúlase nos seguintes textos normativos. A Lei 4/2001, do 31 de maio, reguladora da mediación familiar (DOG, 117, do 18 de xuño de 2001), normativa que regula a institución da mediación familiar en Galicia. O Decreto 159/2003, do 31 de xaneiro, polo que se regula a figura do mediador familiar, o Rexistro de Mediadores Familiares de Galicia e o recoñecemento da mediación gratuíta (DOG, 34, do 18 de febreiro de 2003). E a Lei 3/2011, do 30 de xuño, de apoio á familia e á convivencia de Galicia (DOG, 134, do 13 de xullo de 2011), que dispón que ten como finalidade o recoñecemento da familia como estrutura básica da sociedade e ámbito natural de desenvolvemento da persoa, para isto regula a obriga que os poderes públicos da Comunidade Autónoma de Galicia teñen de apoiar e protexer as familias e as persoas que a forman, especialmente as nenas/os e as persoas adolescentes.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 O conflito

2.1.1 Aproximación ao concepto de conflito

Trátase dun concepto definido dende unha gran diversidade de realidades sociais, polo tanto non hai consensuada unha definición do conflito de carácter único e universal, non obstante existe un importante consenso en colocar ao conflito no contexto natural das relacións humanas (de Diego e Guillén, 2010).

Seguindo a Torrego (2017) os conflitos poden ser definidos como situacións nas que entran en desacordo ou oposición dúas ou máis persoas debido a que son consideradas incompatibles as súas necesidades, intereses, posicións, valores ou desexos, nos que teñen un importante papel as emocións e os sentimentos, e sitúase nun contexto social e normativo que o implica e o condiciona. O autor tamén sinala que, do conflito, a relación entre as partes implicadas pode resultar fortalecida ou deteriorada, dependendo de como se desenvolva o proceso de resolución deste.

Tendo en consideración o conflito interpersonal, é dicir, aquel que aparece como resultado da convivencia con outras persoas, Salinas, Posada e Isaza (2002) salientan que este conflito:

aliméntase das diferenzas, dos puntos de vista diverxentes, dos intereses múltiples. Manifesta un rango de complexidade crecente, na medida en que se amplían os ámbitos de relación entre os individuos, coa familia próxima, cos amigos, cos veciños do barrio, os compañeiros de escola, os membros da comunidade. Implica un e outros, supón o intrapersonal e o interpersonal en tensións conxuntas e conciliacións diversas. (p. 246)





Casamayor (1998) sinala que “un conflito se produce cando hai un enfrontamento dos intereses ou as necesidades dunha persoa cos de outra, ou cos dun grupo ou cos de quen ten a autoridade lexítima” (p. 18).

Unha das definicións con maior aceptación entre as persoas que estudan este fenómeno, tal e como indica Laca (2006), é a que define o conflito como a “diverxencia percibida de intereses, ou a crenza de que as aspiracións actuais das partes non poden lograrse simultaneamente” (Rubin, Pruitt e Kim, 1994, p. 5). Laca (2006) sinala que tendo en conta esta definición e tomando en consideración a frecuencia na que temos a percepción de que os nosos intereses resultánnos incompatibles cos de outras persoas ou grupos, collemos conciencia inmediata de que urxe abordar de forma construtiva un fenómeno tan habitual como doloroso na vida de todas as persoas.

O conflito é inherente á vida das persoas, un fenómeno natural. Neste sentido Vinyamata (2003) define o conflito como “sinónimo de loita, desacordo, incompatibilidade aparente, confrontación de intereses, crise, percepcións ou actitudes hostís entre dúas ou máis partes, o conflito é conatural coa vida mesma, está en relación directa co esforzo por vivir” (p. 97). Na mesma liña, Boqué (2005) entende que o conflito “é un feito cotián, xa que forma parte da vida das persoas e que se produce nos diferentes ámbitos nos que nos movemos, xa sexa persoal, familiar, escolar, laboral, veciñal, social etc.” (p. 20).

En ocasións, e dende unha visión tradicional, os conflitos asóciáanse a conceptos negativos como hostilidade, guerra, loita e violencia. Non obstante, entendendo os conflitos como feitos naturais, estes non os podemos catalogar como positivos ou negativos senón que depende da nosa resposta ante estes (Boqué, 2003).

Alzate (2017) tamén defende que os conflitos de por si non son negativos nin positivos. Sinala que algúns dos nosos significados negativos sobre os conflitos recibímolos a través de axentes de socialización como a familia, o profesorado, os medios de comunicación, compañeiras/os, e tamén das nosas propias vivencias. Na mesma liña Vinyamata (1999) entende o conflito como unha “confrontación de intereses, percepcións ou actitudes entre dúas ou máis partes. Esta confrontación non debería interpretarse de maneira negativa, xa que os conflitos posen aspectos positivos que permiten un desenvolvemento que beneficie a todas as partes implicadas” (p. 137). Tal e como indica del Campo (2002):

outorgar papeis de bos e malos ou entrar nunha lóxica de perdedores e gañadores, supuxo entender o conflito como unha situación negativa e rexeitable, que impide aproveitar as potencialidades que este pode presentar se se lle atribúe un sentido positivo, vinculado ao desenvolvemento e enriquecemento persoal. (p. 165)

Dende unha perspectiva positiva e transformadora, o conflito pode ser considerado como xerador de cambio, tal e como sinala Boqué (2003) “como a enerxía, os conflitos non se crean nin se destrúen, só se transforman” (p. 117). Seguindo a Pérez Serrano e Pérez de Guzmán (2011), se o conflito se resolve de forma favorable supón unha oportunidade de aprendizaxe e fai crecer as persoas.





Tendo en conta as achegas, das diferentes autoras e autores, sobre o conflito expostas neste apartado do traballo, entendemos o conflito como un proceso natural e inherente na vida das persoas, proceso que abordado de forma adecuada pode supor unha oportunidade de aprendizaxe e crecemento persoal e social.

2.1.2 Fases do conflito

Ao analizar o conflito como proceso, Suares (1996) propón cambiar o concepto conflito polo de proceso conflictivo, por tratarse dun fenómeno con entidade propia que se crea, medra e se desenvolve, e poderá ser solucionado ou perpetuarse. O conflito entendido como proceso presenta diferentes fases. A continuación presentamos dous modelos de fases do conflito. Un deles é o que propón Alzate (2017), no que refire que o ciclo do conflito semella que presenta unha serie de fases que fan que se perpetúe este ciclo. O autor sinala catro fases no ciclo do conflito: fase 1, actitudes e crenzas; fase 2, o conflito; fase 3, a resposta; e fase 4, o resultado. Na fase 1 refire que o ciclo do conflito comeza por nós mesmas, e polas nosas crenzas e actitudes con relación ao conflito que lle afectan á maneira na que damos resposta cando xurde un conflito. Na fase 2 prodúcese o conflito. Na fase 3 comezamos a actuar dando unha resposta ante o conflito con base no noso sistema de actitudes e crenzas persoal. Por último, na fase 4 a resposta conduce en moitas ocasións ao mesmo resultado, en gran medida o resultado do ciclo do conflito serve de reforzo ao noso sistema de crenzas e tradúcese na perpetuación dun mesmo patrón. Outro dos modelos de fases do conflito é o que nos propoñen as autoras Pérez Serrano e Pérez de Guzmán (2011):

- A. **O conflito está latente:** percíbense situacións de incomodidade.
- B. **O conflito comeza a manifestarse:** os implicados toman conciencia da situación e comprométese emocionalmente.
- C. **Aparecen síntomas de tensión:** comezan a aparecer cambios nos contidos e formas de comunicación.
- D. **Posicionamento das partes:** poden comezar a xurdir hostilidades entre os implicados.
- E. **Maniféstanse condutas esteoreotipadas:** comezan a aparecer mensaxes ocultas, sentimentos de superioridade/inferioridade e malos entendidos. Trátase de ferir os puntos máis vulnerables do outro.
- F. **Aparición de novos roles:** o perseguidor acosa a vítima e esta manifesta resentimento.
- G. **Deterioración da comunicación:** comezan a debilitarse e, incluso, chegan a romperse, as canles de comunicación.
- H. **Comprensión inadecuada dos feitos:** distorsión do que aconteceu realmente.
- I. **Subestímanse coincidencias e magnifícanse discrepancias.**
- J. **Xorden actitudes que dificultan os vínculos:** autoritarismo, descualificación e discriminación. (pp. 25-26)

2.1.3 Elementos do conflito

Seguindo a Lederach (2000), cando facemos unha análise dos elementos dos conflitos ou cando intervimos neles, é importante distinguir tres aspectos presentes en todos: as persoas





implicadas no conflito, o proceso do propio conflito, e o problema que se presenta. O elemento *persoa(s)* está relacionado coas persoas que participan do conflito e que están implicadas de forma directa ou indirecta, tanto no propio conflito como na súa resolución, neste elemento están en relación aspectos como: poder, percepcións, emocións e sentimentos, posicións, intereses e necesidades, e valores e principios. O elemento *proceso* é de importancia para coñecer detalles do conflito: a súa dinámica, a súa historia, o seu desenvolvemento. O elemento *problema(s)* aporta información sobre a esencia e fundamento do conflito.

2.1.4 O conflito no ámbito escolar

Tendo en conta todo o exposto sobre o conflito neste traballo, no referido aos conflitos nos centros educativos, entendemos que son inevitables, neste sentido compartimos a achega de Viñas (2004), entendendo os conflitos como “un fenómeno natural de todas as organizacións. Polo tanto, é normal que nas aulas e nos centros educativos se produzan de forma continua” (p. 13). Ademais de inevitables, e tal e como sinalan Ortega e del Rey (2004), son necesarios. Favorecen unha oportunidade de crear contextos de aprendizaxe, no que poñer en práctica habilidades sociais e estratexias de resolución de conflitos. Dende unha visión similar Novella e Puig (2003) refiren que soamente cando temos unha percepción dos conflitos escolares como algo anómalo e difícil de abordar, perdemos unha boa oportunidade para educar e facer da abordaxe ao conflito un recurso pedagóxico. Seguindo a Vinyamata (2005):

educar para o conflito é coñecer as súas orixes e causas, saber explicar tamén aquelas habilidades prácticas e concretas que permitan aceptar o outro, a un mesmo, a diferenza, que ensinen a convivir coa incerteza, a superar crises, máis que a tolerar, a verse reflectidos no outro. (p. 15)

No referido as causas dos conflitos escolares, consideramos que estas son múltiples, tal e como sinalan Pérez Serrano e Pérez de Guzmán (2011). Estas autoras fan referencia ás seguintes causas: a organización escolar e estrutura do centro; o profesorado autoritario; o currículo escolar; a influencia familiar; as características evolutivas que presenta o alumnado; a crise de valores; o contorno social. Este último ten unha influencia importante, xa que na escola reproducense comportamentos que se dan noutros ámbitos. Outro autor que sinala as causas dos conflitos na institución escolar é Jares (1993), que indica que a conflitividade nas escolas soamente cabe entendela “dende a dialéctica do sistema educativo e as políticas xerais cara el orientadas e os procesos micropolíticos que no seo de cada centro escolar ten lugar” (p. 123). Tendo en conta o anterior, o autor categoriza a orixe dos conflitos no contexto escolar en catro categorías relacionadas entre si: ideolóxico-científicas, relacionadas co poder, relacionadas coa estrutura, relacionadas con cuestións persoais e de relación interpersonal.

Con respecto á tipoloxía dos conflitos, Viñas (2004) sinala que existen diferentes tipos de conflitos e categorízalos en catro grandes categorías: *conflitos de poder*, que son aqueles que se dan en relación coas normas; *conflitos de relación*, nestes unha das partes implicadas é superior á outra, xerarquicamente ou emocionalmente, son os casos de acoso escolar ou *bullying*; *conflitos de rendemento*, son os conflitos relacionados co currículo, que se presentan cando existe un





desequilibrio entre as aprendizaxes académicas que debe acadar o alumnado e o que ofrece o centro educativo; e *conflictos interpersoais*, aqueles que se dan na relación entre as persoas da comunidade escolar.

Tras facer unha revisión de diferentes autoras e autores como: Fernández (1999), Olweus (2004), Martín et al. (2005), Torrego (2006), e Pérez Serrano e Pérez de Gúzman (2011); entendemos que os conflitos que se producen no ámbito escolar tamén se poden agrupar nos seguintes tipos: comportamentos disruptivos, comportamentos inapropiados de alumnado a profesorado ou de profesorado a alumnado, maltrato aos medios escolares, e acoso e intimidación entre iguais no medio escolar.

2.2 A mediación

Entre os métodos de resolución de conflitos alternativos ao proceso xudicial, neste apartado abordamos a mediación. Nesta non hai persoas vencedoras nin vencidas, e favorece a participación cidadá e as formas non adversariais de xestión de conflitos (Boqué, 2003), motivo polo que tamén é un proceso idóneo para os conflitos nos que as partes implicadas deban ou queiran continuar coa súa relación (Holaday, 2002). Resúltanos de interese destacar que a mediación representa unha importante achega no ámbito educativo (Pérez Serrano e Pérez de Guzmán, 2011). Tal e como xa sinalaba Moore (1997) “a mediación estase volvendo cada vez máis popular como medio para a resolución de disputas porque as persoas estiman que é o camiño preferible que pode levarnos a vivir en mellores comunidades” (pp. 265-266).

2.2.1 Aproximación ao concepto de mediación

Tras revisar bibliografía sobre a materia, observamos que se trata dun concepto definido dende diferentes perspectivas, e respondendo a esa diversidade a mediación é considerada un método, un proceso ou unha estratexia. Seguindo a Boqué (2003), cando se refire a intentar definir a mediación, “non é, en modo ningún, unha pretensión trivial; implica entrar nun discurso teórico complexo, en tanto en canto proveñen de ámbitos disciplinarios discordantes e vese engrosado por un cúmulo de prácticas, se cabe, aínda máis inconexas” (p. 21).

Para Kressel e Pruitt (1985) a mediación é a intervención dunha terceira parte neutral, nun proceso de negociación para que as partes implicadas acaden un acordo satisfactorio. Achega unha definición similar de Armas (2003) referindo que se trata dun proceso de resolución de conflitos, no que se atopan dúas partes implicadas que acoden de forma voluntaria a unha terceira persoa que mediará entre ambas para que intenten chegar a un acordo que satisfaga a ambas as partes. Para este último autor mencionado, unha característica da mediación é que se trata dunha negociación cooperativa, debido a que promove unha solución na que ambas as partes conseguen algún aspecto favorable.

Pérez Serrano e Pérez de Gúzman (2011) sinalan que a mediación é unha estratexia esóxena, na que as partes implicadas no conflito acoden de forma voluntaria. Estas autoras tamén definen





a mediación como “un método para resolver conflitos e disputas, baseado na confidencialidade, na que as partes están asistidas por unha terceira persoa neutral, que facilita a comunicación e o diálogo” (p. 32).

Seguindo a Jares (2001) a mediación pode definirse como un procedemento de resolución de conflitos, trátase da intervención dunha terceira persoa: imparcial, allea ao conflito, aceptada polas partes, e sen poder de decisión; que ten como obxectivo facilitar que as partes acaden por si mesmas un acordo a través do diálogo. Na mesma liña, considerando a mediación como proceso de intervención, Moore (1995) defínea como “a intervención nunha disputa ou negociación, dun terceiro aceptable, imparcial e neutral que carece dun poder autorizado de decisión para axudar as partes en disputa a acadar voluntariamente o seu propio arranxo mutuamente aceptable” (p. 44).

Para Munné e Mac-Cragh (2006) a mediación é un proceso de comunicación que se inicia coa voluntariedade das partes e que é facilitado por unha terceira persoa que é profesional da mediación, a cal non pode decidir os acordos resultados do proceso, considerando que son as partes as que, no caso de estímalo apropiado, cheguen a acordos e definan as características destes. Binaburo e Muñoz (2007) consideran a mediación como un proceso de:

comunicación entre partes en conflito coa axuda dunha ou varias persoas imparciais que procuran que as partes se escoiten nun espazo de liberdade e seguridade para que comprendan o conflito que viven e poidan chegar por elas mesmas a un acordo que lles permita recompoñer unha boa relación, non necesariamente a mesma relación previa ao conflito, encarar o conflito dende actitudes construtivas e actuar preventivamente de cara a mellorar as relacións cos demais e á busca da xestión positiva dos conflitos que poidan xurdir no futuro. (p. 139)

Tendo en conta as anteriores definicións, entendemos a mediación como: un método, proceso ou estratexia de xestión de conflitos; de carácter voluntario para as partes implicadas; baseado na confidencialidade e na negociación cooperativa; no que unha terceira parte, imparcial e neutral, que é experta en mediación e aceptada e escollida polas partes, facilita a comunicación e o diálogo entre as partes implicadas no conflito para que estas poidan acadar unha solución de mutuo acordo.

2.2.2 A mediación escolar

2.2.2.1 Aproximación ao concepto

Munné e Mac-Gragh (2006) sinalan que ante a realidade complexa da escola, que é un reflexo da convivencia na nosa sociedade, é necesario unha apertura nos momentos de conflito, e por isto amosan diferentes procedementos que poden convivir co obxectivo de acadar unha mellora da convivencia e das relacións na comunidade educativa. As formas de proceder que propoñen estas autoras son:





- **A sanción escolar:** é a pena que o regulamento do centro establece para aqueles que o incumpren. Sen posibilidade de diálogo. O poder recae na persoa que con autoridade fai respectar as normas preestablecidas do centro educativo.
- **A arbitrase escolar:** é un proceso de diálogo que se realiza entre as partes implicadas coa presenza dun terceiro que decide a resolución do conflito baseándose nos intereses dos implicados e na súa autoridade e coñecemento. O poder recae na terceira persoa con autoridade e competencia a cuxa decisión ambas as partes deben someterse.
- **A conciliación escolar:** é un proceso de diálogo que se realiza entre as partes implicadas, coa presenza dun terceiro, que lles axuda ás partes a decidir sobre a base dos seus intereses e necesidades. A diferenza do mediador, o conciliador pode realizar propostas de solución que as partes poden aceptar ou non. O poder segue a recaer nas partes, aínda que a solución veña do terceiro.
- **A mediación escolar:** é un proceso de diálogo que se realiza entre as partes implicadas coa presenza dun terceiro imparcial que non debe influír na resolución do conflito, pero que facilita o entendemento entre as partes. O poder recae no diálogo entre as partes. Non obstante, e dada a situación, este diálogo non podería darse sen un facilitador da comunicación.
- **A negociación escolar:** é un proceso de diálogo enfocado ao entendemento dun conflito entre as partes implicadas. Non existe a presenza dun terceiro e a resolución, se chega, realízase baseándose na vontade de todos os implicados. Todo o poder recae no diálogo entre as partes. (pp. 12-14)

Ortega e del Rey (2004) consideran que a mediación é o tipo de intervención máis empregada nos centros educativos para abordar os conflitos. Estas autoras citadas formulan a mediación escolar como unha proposta para construír a convivencia e previr a violencia. Na mesma liña, Binaburo e Muñoz (2007), consideran que a mediación escolar é unha ferramenta máis para favorecer un modelo de convivencia positivo e pacífico, que debe encadrarse nun programa de convivencia de maior amplitude e cun carácter educativo e preventivo.

Para Castellano (2005) a mediación escolar presenta un elemento educativo importante, debido a que favorece a xestión de conflitos de forma que as partes implicadas no conflito resulten beneficiadas. Ademais dunha solución construtiva ao conflito, tal e como sinala Boqué (2005), a mediación escolar tamén favorece o crecemento persoal, a mellora do clima social do centro; o aproveitamento das propostas de ensinanza-aprendizaxe; a innovación da cultura do centro, o traballo en equipo da comunidade educativa, a participación activa e responsable, a cohesión nun mundo diverso e o desenvolvemento activo da paz.

2.2.2.2 Orixe da mediación escolar

Tal e como sinalan Binaburo e Muñoz (2007), a historia da resolución de conflitos no ámbito escolar é relativamente recente, non obstante deuse un importante desenvolvemento de programas de resolución de conflitos e un gran crecemento destes por diferentes países.

Viana-Orta (2019) sinala que a orixe da mediación escolar no estado español pódese dicir que se produce arredor do 1994 en Euskadi, en 1996 en Cataluña, e en 1997 en Madrid. Seguindo a esta





autora, no estado español nace de experiencias illadas desenvolvidas por profesorado pioneiro con coñecementos doutras linguas ou de experiencias educativas noutros países, ou por grupos que xa comezaran a traballar en conflitos non escolares. Neste último caso está o exemplo do Centro de Resolución de Conflitos Gernika Gogoratuz.

Tal e como sinala Viana-Orta (2019): “debido ao éxito obtido polas experiencias de mediación escolar, dende o comezo dos anos 2000, as diferentes CCAA ao regular as súas normas de convivencia foron incluíndo de forma expresa a mediación escolar” (p. 13). A primeira comunidade autónoma en incorporar a mediación escolar na súa normativa foi Cataluña no 2003 coa Lei 21/2003, do 4 de xullo, de fomento da paz.

No caso de Galicia, tal e como se recolle no apartado *Marco Normativo* deste traballo, a convivencia escolar en Galicia está regulada pola Lei 4/2011, do 30 de xuño, de convivencia e participación da comunidade educativa, e polo decreto que a desenvolve, Decreto 8/2015, do 8 de xaneiro (*Diario Oficial de Galicia*, 17, 27 de xaneiro de 2015) que establece que os plans de convivencia dos centros deberán incorporar a mediación escolar.

2.2.2.3 Principios

Comezando os anos oitenta houbo programas de mediación comunitaria que procuraron trasladar o seu modelo á escola, co obxectivo de ensinarlle ao alumnado a mediar nos conflitos escolares (Binaburo e Muñoz, 2007). A transmisión do modelo comunitario aos centros escolares desenvolveuse con base en catro principios (Cohen, 2005): *o conflito é inherente á vida das persoas*, que pode ser utilizado por parte da comunidade educativa como unha oportunidade de aprendizaxe e crecemento persoal; *o conflito é inevitable*, tendo en conta isto, a aprendizaxe das habilidades para a resolución de conflitos é un factor esencial e educativo, tal como son outras materias do currículo escolar; *na meirande parte dos casos, o alumnado pode resolver os seus conflitos entre iguais* coa colaboración doutras/os alumnas ou alumnos, de forma tan favorable como coa axuda dunha persoa adulta; *alentar o alumnado a resolver os conflitos dende a cooperación en lugar de establecer castigos*, abordar as causas do conflito dende unha perspectiva cooperativa desenvolve a responsabilidade do alumnado e facilita a prevención de futuros conflitos.

Para Torrego (2017) o marco de referencia da mediación baséase nestes principios: concepción positiva do conflito; a mediación como técnica para resolver conflitos; emprego do diálogo para abordar os conflitos como alternativa a reaccións de carácter menos construtivo; a promoción de contextos de cooperación nas relacións interpersoais; o desenvolvemento de habilidades de autorregulación e autocontrol (para favorecer a toma de decisións); a práctica da participación democrática (para experimentar a importancia das súas opinións, sentimentos, desexos e necesidades, e contribuír a mellorar situacións inxustas); o desenvolvemento de actitudes de comprensión e empatía; que as partes implicadas sexan protagonistas ao abordar os seus conflitos (colaborando na busca dunha solución que beneficie a ambas as partes, o cal favorece que o acordo sexa asumido e respectado polas persoas implicadas no conflito).





Munné e Mac-Cragh (2006) defenden que a mediación, dende as súas potencialidades, crea un movemento que é o da cultura da mediación, o cal implica unha maneira renovada de relacionarse dende a docencia e un carácter de transformación no alumnado. As autoras citadas sinalan que a cultura de mediación recóllese nos seguintes principios:

- A. A humildade de admitir que moitas veces se necesita axuda externa para poder solucionar as propias dificultades.
- B. A responsabilización dos propios actos e das súas consecuencias.
- C. A procura dos propios desexos, necesidades e valores. O respecto por un mesmo.
- D. O respecto polos demais. A comprensión dos desexos, necesidades e valores do outro.
- E. A necesidade de privacidade nos momentos difíciles.
- F. O recoñecemento dos momentos de crises e dos conflitos como algo inherente á persoa.
- G. A comprensión do sufrimento que producen os conflitos.
- H. A crenza nas propias posibilidades e nas do outro.
- I. A potenciación da creatividade sobre unha base de realidade.
- J. A capacidade para aprender dos momentos críticos. A aposta por un avance que non sempre pode ser a través dun camiño chaira. (p. 85)

2.2.2.4 A persoa mediadora

A persoa profesional da mediación escolar é a terceira parte imparcial nun conflito que se intenta atender dende a mediación. Esta figura profesional facilítalles, ás partes implicadas no conflito, a abordaxe deste. Ademais de coñecer as técnicas de mediación e resolución de conflitos, tamén debe ser coñecedora da cultura da institución do contexto no que se produce e aborda o conflito (Pérez Serrano e Pérez de Gúzman, 2011). As autoras Munné e Mac Cragh (2006) propoñen que a persoa mediadora teña durante todo o proceso de mediación estas catro actitudes: *humildade*, a súa opinión ou criterio non debe interferir na mediación; *imparcialidade*, ten que gardar distancias fronte ás posicións e ás necesidades das partes implicadas no conflito; *independencia ante o conflito*, non forzará ningún tipo de acordo; e *paciencia*, actitude de importancia porque o proceso de mediación pode producir estrés e fatiga na persoa mediadora.

Para Vinyamata (2003) a persoa mediadora facilita que as partes implicadas no conflito cheguen por elas mesmas a acordos que se adapten aos seus intereses e expectativas mediante unha mellora da comunicación. Polo tanto esta figura profesional nin xulga, nin sanciona comportamentos, nin ten por obxectivo algunha solución. As súas funcións e competencias deben diferenciarse das de terapeutas, profesorado, profesionais da Educación Social, Traballo Social ou da Avogacía, a pesar de que moitas destas profesións teñan dentro das súas funcións a mediación.

Tendo en conta o exposto neste apartado, consideramos que a mediadora ou mediador é unha persoa especialista en mediación, que ten por finalidade facilitar unha mellora da comunicación e da forma de abordar os conflitos entre as partes implicadas nel, promovendo deste xeito que sexan as partes as que cheguen a un acordo mutuo por si mesmas.





3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Obxectivos

A. O obxectivo xeral deste traballo de investigación é:

- Analizar os conflitos existentes na etapa de educación primaria nos CEIP da comarca Allariz-Maceda, así como as estratexias para a súa prevención e resolución.

B. Os obxectivos específicos son:

- Describir a existencia ou non de conflitividade na etapa de educación primaria nos CEIP da comarca Allariz-Maceda.
- Coñecer as accións, estratexias, medidas ou programas de mediación escolar e de mellora da convivencia que se desenvolven nos CEIP participantes no estudo.
- Analizar dificultades, necesidades e propostas de mellora no ámbito da convivencia e prevención/resolución de conflitos.

3.2 Metodoloxía da investigación

Este estudo está delimitado no marco cualitativo. Seguindo a Flick (2014) a investigación cualitativa pretende aproximarse á situación dende o interior da mesma realidade para entendela, describila e en ocasións poder explicar os fenómenos sociais. Na mesma liña, Ruiz Olabuénaga (2012) sinala que “os métodos cualitativos son os que salientan coñecer a realidade dende unha perspectiva *insider*, de captar o *significado particular* que cada feito atribúe o seu propio protagonista, e de contemplar estes elementos como *pezas dun conxunto sistemático*” (p. 17). Este último autor citado tamén refire que a investigación cualitativa representa a un propósito de comprensión global, entendendo o tema abordado sempre na súa totalidade e non de forma fragmentada ou illada, este tipo de investigación promove a proximidade e polo tanto implica non perder o contacto coa realidade inmediata.

O presente traballo desenvólvese a través da información recollida con entrevistas semiestructuradas a persoas participantes que forman parte da realidade obxecto do estudo. Seguindo a Flick (2004) a realidade estudada por este tipo de estudos de investigación non é dada, é construída por diferentes persoas.

Por último, destacar que esta investigación presenta entre outras as seguintes características que son consideradas por Pérez Serrano (2011) como principios do paradigma cualitativo: utilización de métodos cualitativos; perspectiva holística; non é xeneralizable; explora, describe e interpreta a realidade obxecto de estudo.

3.2.1 Participantes

O ámbito territorial no que se desenvolve o estudo é a comarca Allariz-Maceda. Unha comarca rural da provincia de Ourense que ten unha superficie de 382,15 km² e no período 2021





presentaba unha poboación de 14 123 habitantes (Instituto Galego de Estatística [IGE], 2022), e está composta polos seguintes concellos: Allariz, Baños de Molgas, Maceda, Paderne de Allariz, Xunqueira de Ambía e Xunqueira de Espadañedo.

A investigación desenvolveuse nos centros educativos de educación primaria existentes na comarca e nas súas respectivas asociacións de familias do alumnado: CEIP Padre Feijóo de Allariz e ANPA (Asociación de Nais e Pais do Alumnado) Airiña; CEIP de Baños de Molgas e ANPA do CEIP de Baños de Molgas; CEIP Plurilingüe de Maceda e ANPA CEIP Maceda; e CEIP Padre Crespo de Xunqueira de Ambía e AMPA Padre Crespo e AFA (Asociación de Familias do Alumnado) Arnoia. Segundo datos do IGE (2022) no período 2021 o número total de alumnado matriculado nestes centros era de 744, correspondendo 501 a primaria. E segundo datos facilitados polas respectivas direccións dos CEIP, os colexios da comarca presentan as seguintes cifras: o número total de alumnado é de 745, dos que corresponden 500 á etapa de primaria; o total de grupos de clase é de 42, dos que 27 son de primaria; o persoal docente na comarca representa un total de 79 profesionais; no total dos equipos de orientación hai 16 profesionais; e no referido ao persoal non docente son 22.

Na investigación participaron un total de quince persoas sete profesionais do persoal docente dos CEIP (dúas persoas por centro agás nun que participou unha; e ocupan os seguintes postos: catro son directora ou director do centro e tres forman parte de equipos de orientación), tres refiren identificarse como mulleres e catro como homes; e oito persoas representantes das asociacións de familias do alumnado (dúas representantes de cada centro), expresan todas elas identificarse como mulleres. O criterio establecido para participar no estudo foi o seguinte: para o persoal docente, a directora ou director do CEIP e unha persoa do equipo de orientación; para as representantes das familias do alumnado, que formasen parte da directiva da asociación.

Segundo os datos facilitados polas persoas participantes expoñemos o seguinte: no referido ao persoal docente participante, presenta unha media de experiencia profesional como docente de 14 anos; a idade media é de 45 anos, cun intervalo de idade que vai dende os 28 aos 58; seis das sete persoas participantes do persoal docente refiren ter algún tipo formación específica en mediación e resolución de conflitos, en gran medida expresan que se trata de algún curso de formación continúa dirixido ao profesorado. No referido ás persoas representantes das asociacións de familias do alumnado participantes, presentan unha media de 5,5 anos formando parte da asociación; e unha media de 4,25 anos na directiva da asociación; a idade media é de 39 anos, cun rango que vai dende os 31 aos 46; todas estas participantes refiren non ter formación específica en mediación e resolución de conflitos.

Por motivos de rigor científico, de confidencialidade e para garantir o anonimato das persoas participantes, no presente estudo para facer referencia a estas utilizaranse os seguintes códigos: *P1, P2, P3, P4, P5, P6* e *P7* (persoal docente, Dirección e Orientación); *A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7* e *A8* (persoas representantes das familias do alumnado).

3.2.2 Instrumentos de recollida de información

As entrevistas semiestruturadas son os instrumentos que se empregaron para a recollida de información. Esta técnica de investigación cualitativa é un espazo de construción de coñecemento





a partir da interacción entre a persoa entrevistada e a entrevistadora (Kvale, 2011), e foi implementada co persoal docente dos CEIP e coas persoas representantes das asociacións de familias do alumnado.

Para Ruiz Olabuénaga (2012) a entrevista é unha técnica para facilitar que unha persoa participante transmita de forma oral á persoa entrevistadora a súa definición e descrición da situación obxecto de estudo. Nesta mesma liña Kvale (2011) sinala que nas entrevistas se intentan recoller descrições da realidade da persoa entrevistada para a posterior interpretación con precisión e rigorosidade do significado dos fenómenos que se describen. Tamén no mesmo sentido, Taylor e Bogdan (1987) entenden as entrevistas cualitativas como “reiterados encontros cara a cara entre o investigador e os informantes, encontros estes dirixidos cara á comprensión das perspectivas que teñen os informantes respecto das súas vidas, experiencias ou situacións, tal como as expresan coas súas propias palabras” (p. 101).

3.2.3 Procedemento

Unha vez realizada a revisión documental e normativa sobre a materia obxecto de estudo e deseñada a investigación, procedeuse a solicitar a colaboración das persoas participantes. Contactouse coa dirección de cada un dos CEIP da comarca Allariz-Maceda, así como con representantes das asociacións das familias do alumnado dos respectivos centros. Nestes contactos convidáronse a participar na investigación, solicitóuselle ao CEIP poder entrevistar a directora ou director do centro así como a unha persoa do equipo de orientación, e ás asociacións de familias do alumnado solicitóuselles a participación de dúas persoas da súa directiva. A colaboración na investigación consistiu en participar nunha entrevista. As entrevistas desenvolvéronse nos meses de maio e xuño de 2022. No referido ao lugar no que se fixeron, do total de quince entrevistas realizadas, dez leváronse a cabo en espazos dos centros educativos de educación primaria, tres en espazos externos aos centros e dúas a través de salas de reunión en liña. A duración media das entrevistas foi dunha hora aproximadamente.

Antes das entrevistas coas persoas participantes asinouse con cada unha delas un acordo de consentimento informado. Documento no cal se informa sobre o estudo que se desenvolve, sobre a técnica de recollida de datos e a finalidade desta, e acórdanse as condicións de participación na investigación garantindo a confidencialidade e informando de que os datos recollidos só se empregarán con fins científicos. As persoas participantes, mediante o acordo, fixeron constar a súa conformidade coa participación na investigación logo de comprender as explicacións sobre a técnica de recollida de datos e a finalidade desta, e outorgaron consentimento para ser entrevistadas e para que fose gravada a sesión. Para a execución das entrevistas prestouse atención en crear un espazo que facilitase a participación.

3.2.4 Análise de datos

Unha vez desenvolvidas as entrevistas procedeuse a transcribir a gravación destas de forma literal para facilitar o proceso de análise da información recollida. Posteriormente fixéronse repetidas lecturas acompañadas de anotacións que permitiron familiarizarse coa información recadada e codificala. Tal e como sinala Soneira (2006) “codificar supón ler e reler os nosos





datos para descubrir relacións, e en tal sentido codificalas é xa comezar a interpretar” (p. 156). Seguindo a Chernobilsky (2006) a codificación consiste en asignar códigos a fragmentos de textos, para poder identificar e diferenciar desta maneira unidades de significado.

Para poder organizar e analizar a gran cantidade de información que se recolle nunha investigación cualitativa, o mellor método para facelo é codificar a información de forma adecuada reducíndoa a categorías (Ruiz Olabuénaga, 2012). Nesta investigación establecéronse categorías e subcategorías mediante un proceso de codificación supervisado por dúas persoas investigadoras, a profesora que titoriza e dirixe a investigación e o alumno investigador que a desenvolve. Ao participar dúas persoas na investigación permite detectar ou minimizar desviacións que poidan ser provocadas pola persoa investigadora (Flick, 2004). Tras realizar diferentes revisións estableceuse a categorización.

4. RESULTADOS

Tras elaborar un proceso de análise da información recollida, identificamos tres categorías primarias: i) existencia de conflitos nos centros; ii) accións preventivas e de resolución de conflitos dende os CEIP; e iii) dificultades, necesidades e propostas. Nalgunhas das diferentes categorías identificamos subcategorías ou categorías de segundo, terceiro e cuarto nivel de concreción, recollidas na seguinte táboa.

Táboa 1.

Categorías e subcategorías resultantes da análise de datos.

Existencia de conflitos nos centros	
Percepción dos conflitos	1.3 Características
Elementos dos conflitos	1.3.1 Frecuencia
1.2.1 Participantes	1.3.2 Espazos
1.2.2 Tipos de conflitos	1.4 Convivencia escolar e Covid-19
Accións preventivas e de resolución de conflitos dende os CEIP	
2.1 Medidas e accións que se desenvolven	2.1.7 Resultados
2.1.1 Actividades de carácter preventivo	2.1.8 Participación de elementos da comunidade educativa
2.1.2 Accións de resolución de conflitos	2.1.8.1 Familias
2.1.3 Accións de mediación escolar	2.1.8.2 Persoal non docente
2.1.4 Recursos e espazos	2.1.8.3 Alumnado
2.1.5 Profesionais que facilitan as accións	2.2 Escolas de familias do alumnado
2.1.6 Persoas destinatarias	





Dificultades, necesidades e propostas	
3.1 Dificultades para a mellora da convivencia	3.3 Propostas para a mellora da convivencia
3.1.1 Dificultades organizativo-administrativas	3.3.1 Escola de familias
3.1.2 Dificultades no profesorado	3.3.2 Mediación
3.1.3 Dificultades nas familias	3.3.3 Accións favorecedoras da convivencia
3.2 Necesidades non cubertas	3.3.4 Profesionais
3.2.1 Accións	3.3.4.1 Equipo de Orientación
3.2.2 Formación	3.3.4.2 Coordinadora ou Coordinador de benestar e protección
3.2.3 Recursos	

4.1 Existencia de conflitos nos centros

Nesta categoría observamos catro categorías de segundo nivel: i) percepción dos conflitos, ii) elementos dos conflitos, iii) características, e iv) convivencia escolar e Covid-19.

4.1.1 Percepción dos conflitos

Na presente subcategoría as persoas participantes describen o significado que lles dan aos conflitos que se producen nos centros educativos. Non describen conflitos que consideren graves, falan máis dende unha idea de conflitos de carácter leve. O profesorado participante maiormente percibe estes conflitos como unha situación que non é nin positiva nin negativa, e que en gran medida o seu resultado depende de como se xestionen e da solución á que se chegue, e en ocasións poden ser unha oportunidade de aprendizaxe. En menor medida, dúas participantes representantes das familias do alumnado, sinalan que consideran negativos os conflitos que se producen no centro e que existen moitos conflitos que consideran que non se abordan dunha forma adecuada. Un participante do profesorado refire que non ver grandes conflitos faille desconfiar porque considera que é probable que existan.

Eu a miña visión que teño sobre os conflitos neste centro... eu creo que é a punta do iceberg, coma sempre, e non vexo grandes conflitos, cousa que me fai desconfiar porque teñen que existir, entón non o estamos vendo, e os conflitos que vemos, desde o meu punto de vista, non son moi potentes. É dicir, a típica discusión dun neno nun patio, que me insultou, pero ten que haber conflitos moito máis profundos e moito máis potentes. (P4, liñas 1531-1536)





4.1.2 Elementos dos conflitos

Nesta subcategoría identificamos dúas categorías de segundo nivel:

- A. Participantes
- B. Tipos de conflitos

No referido a **participantes** nos conflitos que se producen nos CEIP, todas as persoas participantes refiren que maioritariamente os conflitos nese contexto son entre o alumnado. Describen, en maior medida, que non presentan un perfil determinado, non obstante, diferentes participantes dos catro centros sinalan que se dá máis entre nenos que entre nenas, e participantes de tres centros destacan que se presentan máis conflitos entre o alumnado do último ciclo de primaria. Participantes de tres CEIP tamén consideran que as familias e o profesorado tamén participan de conflitos aínda que en menor medida, e fundamentalmente trátase de conflitos entre familias ou entre familias e profesorado.

As persoas participantes no estudo perciben que os **tipos de conflitos** que en maior medida se presentan son entre alumnado, entre iguais, e son de relación e comunicación, e preséntanse agresións de tipo verbal e, en menos ocasións, tamén físicas. Describen que o alumnado tamén presenta comportamentos que definen como disruptivos, comportamentos inapropiados entre alumnado e tamén do alumnado co profesorado ou co persoal que colabora no comedor. Refiren tamén casos de intimidación entre iguais sen chegar a considerarse acoso escolar, estes últimos preséntanse de forma presencial e tamén a través das redes sociais. As persoas participantes tamén describen, en menor medida, a presenza de comportamentos inapropiados das familias co profesorado e incluso algún caso de comportamentos inapropiados de profesorado co alumnado. Definen que estes conflitos nos que participan familias e/ou profesorado, en gran medida, son causados por problemas na comunicación entre as partes.

4.1.3 Características

Dentro desta subcategoría detectamos dúas categorías de terceiro nivel: i) frecuencia, e ii) espazos.

A **frecuencia** na que se presentan os conflitos é percibida de forma diferente polas persoas participantes. En dous centros tanto o persoal docente participante como as persoas que representan as asociacións de familias, describen que se presentan conflitos diariamente debido á interacción natural entre diferentes persoas e refiren que a gran maioría son de carácter leve. Nos outros dous centros sinalan que os conflitos se dan de forma moi puntual, incluso os máis leves, e describen que se presentan nun intervalo que vai dende un á semana a oito ou dez veces en todo o curso.

No referido aos **espazos** nos que acontecen os conflitos, as persoas participantes describen que en maior medida son producidos no patio escolar, durante o xogo non organizado, e refiren que se trata dun lugar no que é máis difícil detectar a situación que causa o conflito. En tres centros tamén sinalan que outro dos lugares, ademais do patio, nos que máis conflitos se presentan é o comedor escolar; describen que é un momento máis sensible para o alumnado polo





número de horas que levan de actividade escolar estruturada, e pasan a un espazo menos estruturado. Sinalan en dous dos centros que quen se encarga de colaborar durante o xantar son familias que non necesariamente teñen unha formación específica para acompañar o alumnado neste espazo. Tamén está presente, en tres dos centros, o espazo virtual como lugar no que se orixinan diferentes conflitos entre o alumnado, as persoas participantes refiren que identifican casos puntuais pola dificultade que existe en detectar este tipo de conflitos dende o centro, debido a que habitualmente se producen fóra do centro escolar. En menor medida identifícase a aula como lugar no que se producen conflitos, non obstante sinalan que ao ser un contorno máis estruturado non son tan frecuentes; e tamén nos espazos comúns cando fan algún tipo de traslado polo centro para ir ao patio ou para ir a outra aula, por exemplo.

4.1.4 Convivencia escolar e Covid-19

Nesta subcategoría as persoas participantes describen que non se observaron diferenzas, como consecuencia da situación producida pola Covid-19, que consideren de importancia no referido á convivencia no centro por parte do alumnado e destacan que este amosou unha gran resiliencia. Tamén se destaca que a pesar de non notar diferenzas no referido á convivencia e conflitos, si que se describen algúns efectos da pandemia no alumnado que agora xa non están presentes: parte do alumnado amosouse máis sensible a nivel emocional, presentou dificultades pola falta de socialización que pronto se regularon, e casos de ansiedade e nerviosismo, en ocasións causados polo acompañamento de persoas adultas no que se transmitía certa inseguridade pola situación crítica do momento. Sinalar que catro participantes de tres centros diferentes refiren que se detectaron máis dificultades nas persoas adultas (profesorado e familias) que no alumnado, e que se viu afectada nalgúns dos casos a comunicación familias-centro, e tamén entre as propias familias, situación que baixou de intensidade segundo foi mellorando a situación da Covid-19. A participante A7 afirma que “a comunicación entre familias e o cole si que se viu afectada, non a comunicación en si senón todo o que xorde, parece que se magnificou todo, que por calquera cousiña que tal as familias estaban que saltaban” (liñas 5481-5484).

4.2 Accións preventivas e de resolución de conflitos dende os CEIP

Nesta categoría descríbense as accións, medidas e programas que se desenvolven dende os centros educativos para a prevención e a resolución de conflitos; e detectamos dúas subcategorías: i) medidas e accións que se desenvolven, e ii) escolas de familias do alumnado.

4.2.1 Medidas e accións que se desenvolven

Dentro desta subcategoría identificamos oito de terceiro nivel: i) actividades de carácter preventivo, ii) accións de resolución de conflitos, iii) accións de mediación escolar, iv) recursos e espazos, v) profesionais, vi) persoas destinatarias, vii) resultados, e viii) participación de elementos da comunidade educativa.





As persoas participantes sobre todo describen como **actividades de carácter preventivo** charlas de diferentes temáticas e accións dende as que se traballa transversalmente a prevención de conflitos e a mellora da convivencia. En menor medida desenvólvense programas específicos, cómpre destacar que estes están máis dirixidos aos cursos do último ciclo.

Entre as actividades que se describen están as seguintes: charlas para concienciar sobre o uso de Internet; contacontos; obradoiros; conmemoración de días internacionais; actividades co alumnado do instituto; actividades interxeracionais con persoas maiores; dinámicas nos propios patios; sesións de habilidades sociais; programas de igualdade e de concienciación sobre a violencia de xénero; programa de educación sexual; programa de educación emocional; programa de inclusión; formación permanente tanto do profesorado como do alumnado en materia de conflitos e convivencia; programa de prevención do acoso escolar.

As participantes que representan as asociacións de familias maiormente refiren certo descoñecemento das actividades de carácter preventivo e de mellora da convivencia que se levan a cabo dende os CEIP. A participante A4 sinala “non nos consta, igual internamente fan pero non nos consta” (liña 4312).

No referido ás **accións de resolución de conflitos** que se executan nos CEIP, as persoas participantes describen que, en maior medida, o profesorado dialoga coas partes implicadas para escoitalas e poder darlle unha solución ao conflito. Tamén é significativa a resolución de conflitos entre o propio alumnado. Neste sentido, nun dos CEIP esta negociación entre iguais desenvólvese a través dun programa de mediación entre iguais. En menor medida, as accións que se levan a cabo son: o uso da aula de convivencia; a participación da dirección do centro; intervención coas familias; participación do Consello Escolar ou da Comisión de Convivencia. As participantes das asociacións de familias sobre todo expresan certo descoñecemento do tipo de accións de resolución de conflitos que se executan. Nesta liña, a participante A2 expresa que “niso xa che digo é bastante opaco... a ver... si que o profesor fala cos pais... ese tipo de cousas si, pero como medidas que realmente se tomen para ter un esquema para cando nos pasen este tipo de cousas... eu non teño constancia do que se fai” (liñas 3778-3780).

En canto ás **accións de mediación escolar**, cómpre sinalar que soamente se desenvolven nun dos CEIP, no cal teñen en funcionamento un programa de mediación entre iguais, con alumnado mediador nas diferentes aulas. Describen que contan cun decálogo de actuación cando xorde un conflito e as accións de mediación do alumnado son supervisadas polo profesorado. Noutro centro describen que contan co programa, pero que non foi necesario poñelo en funcionamento.

Os **recursos e espazos** que se utilizan en gran medida para abordar a conflitividade son a aula e tamén o propio lugar no que se produce o conflito, ben sexa no patio, no comedor ou noutro espazo do centro. Outros recursos e espazos que se describen son: a Comisión de Convivencia, a biblioteca, recursos sociocomunitarios do contorno, entidades sen ánimo de lucro.

No referido a **profesionais que facilitan as accións** de prevención e resolución de conflitos, identificamos en maior medida: profesorado, titor/a do grupo, orientador/a e dirección. En menor medida, tamén participan profesionais externos ao centro como: a traballadora social que





desenvolve o programa de mediación nun dos CEIP, educadoras sociais que implementan programas de educación sexual nun dos colexios, profesionais da Psicoloxía e da Educación Social que desenvolven programas de acoso escolar nun dos centros educativos.

As **persoas destinatarias** das accións de prevención e de resolución de conflitos son maiormente o alumnado. En menor frecuencia hainas dirixidas ao profesorado e ás familias.

As persoas participantes sobre todo indican que os **resultados** que se obteñen coas accións e programas que se desenvolven para favorecer a convivencia escolar non son inmediatos senón que se van vendo a medio prazo, e que a frecuencia e a intensidade dos conflitos que se presentan indican que as medidas funcionan. En menor medida hai participantes que refiren que os resultados deberían ser diferentes para acadar unha mellora na convivencia.

A **participación de elementos da comunidade educativa** conforma unha categoría de terceiro nivel na que identificamos tres de cuarto nivel. Identificamos *familias*, na que se describe a importancia do papel das familias no proceso educativo do alumnado, comezando esa educación dende as propias familias e tamén a importancia de que estas colaboren no traballo feito dende os centros educativos. No referido ao *persoal non docente*, sinalan que cumpre o papel que lle corresponde, e tamén son un elemento que intenta mellorar a convivencia. A participante A1 indica “si que ten moito que ver, si, si que é verdade que aínda que non lle corresponda moitas veces porque non entra dentro do seu labor, pero entran igual” (liñas 3388-3389). En relación co papel do *alumnado* na mellora da convivencia, descríbese que en ocasións intentan chegar eles mesmos a acordos e solucionar entre eles os seus conflitos.

4.2.2 Escolas de familias do alumnado

As persoas participantes describen en gran medida que a existencia dunha escola de familias é moi necesaria para as familias, para o alumnado e incluso para o propio centro educativo. As participantes que representan ás asociacións de familias, maiormente describen que a pesar de considerar este tipo de escolas unha ferramenta de grande utilidade para a mellora da convivencia, así como para dotar de recursos educativos ás familias, consideran que tendo en conta a implicación das familias en actividades escolares, a participación sería moi baixa, polo que en menor medida algunhas participantes dubidan do seu posible funcionamento, neste sentido a participante A5 refire “creo que si que sería necesaria, o que non creo é que tivera suficiente afluencia de pais e nais para chegar a algo” (liñas 4721-4722).

De cinco asociacións de familias do alumnado existentes na comarca Allariz-Maceda, hai unha escola de familias creada por unha das asociacións, funciona en colaboración co CEIP, e está en funcionamento dende o presente curso académico. Dende esta escola de familias describen que se convoca ás familias cada dúas ou tres semanas, segundo as posibilidades que teñen. Para as sesións que desenvolven contratan a unha traballadora social e abordan temas como os seguintes: educación sexual, resolución de conflitos, algúns orientados máis á infancia e/ou adolescencia, integración da muller no rural, educación emocional. As actividades que levan a cabo están dirixidas algunhas delas soamente ás persoas adultas responsables da alumna/o (nai, pai, titor/a) e outras fanse coa participación tamén do alumnado. No referido á participación nesta escola, sinalan que maiormente son nais as que participan e valoran como positivo o número





de familias que participan por sesión. Nun dos centros refiren que teñen planificado crear unha escola de familias que lles gustaría implementar para o vindeiro curso académico, proxecto que nace da directiva do CEIP e contando coa colaboración da ANPA.

4.3 Dificultades, necesidades e propostas

Nesta categoría identificamos tres categorías de segundo nivel: i) dificultades para a mellora da convivencia, ii) necesidades non cubertas, e iii) propostas para a mellora da convivencia.

4.3.1 Dificultades para a mellora da convivencia

Dentro desta subcategoría observamos tres categorías de terceiro nivel: i) dificultades organizativo-administrativas, ii) dificultades no profesorado, e iii) dificultades nas familias.

As **dificultades organizativo-administrativas** que o persoal docente participante describe especialmente son a falta, en ocasións, de recursos económicos para poder desenvolver máis programas e actividades para a mellora da convivencia; e tamén a falta de tempos, por cuestións da propia organización escolar, que en moitas ocasións repercute en non poder abordar de forma adecuada os conflitos que presenta o alumnado, e moitas veces esa falta de tempo incluso afecta a coordinación do profesorado para atender a cuestións de convivencia. En menor medida describen: dificultades de temporalidade no posto, que dificulta a implementación e seguimento de programas por parte da persoa responsable de facelo; falta de espazos específicos para a convivencia como unha aula de convivencia; e a sobrecarga que presenta o profesorado a nivel curricular, burocrático e de expectativas. A participante P7 sinala que “principalmente falta de tempo porque hai unha sobrecarga de traballo no profesorado, a nivel burocrático, a nivel de traballo curricular, de expectativas e demais” (liñas 3097-3099).

As participantes que representan as asociacións de familias do alumnado sobre todo refiren que existen escasas axudas económicas para desenvolver programas e accións para a mellora da convivencia. En menor medida describen dificultades para programar actividades no centro educativo debido a que o centro xa ten a súa propia programación, aulas masificadas que dificultan a atención ao alumnado, escasa oferta de actividades extraescolares, e tamén se sinalan as dificultades que en ocasións se poñen dende a Consellería de Educación para o desenvolvemento de certas actividades das familias no centro.

O persoal docente participante describe como **dificultades no profesorado** a falta de formación específica sobre conflitos (tanto prevención, como detección, ou resolución) e sobre mediación, que en moitas ocasións leva a descoñecer o que está acontecendo ante un problema por dificultade de detección de indicadores. Incluso unha participante refire que percibe certo medo nalgunhas persoas do equipo ante casos de maior gravidade, medo a como xestionalo e ás posibles consecuencias coa familia e coa Administración; tamén se describe como dificultade a falta de traballo en equipo.

As **dificultades nas familias** que describen as participantes que representan ás familias son fundamentalmente a escasa participación e implicación das familias do alumnado na dinámica





escolar no referido a organizar e participar de actividades que fomenten a convivencia, así como para participar de forma activa na vida asociativa das asociacións de familias. Tamén se describe a existencia de conflitos e diferenzas entre familias, que no caso dun centro en concreto leva a que existan dúas AFA no mesmo CEIP funcionando de forma non coordinada.

4.3.2 Necesidades non cubertas

Nesta subcategoría detectamos tres categorías de terceiro nivel: i) accións, ii) formación, e iii) recursos.

As **accións** que o persoal docente considera necesarias son: desenvolver máis actividades que favorezan a convivencia como medida preventiva de conflitos; incrementar o traballo que se realiza respecto da mellora da convivencia e a mediación; crear e fortalecer unha rede de traballo entre o persoal docente, e encher de contido aqueles tempos do equipo de traballo que teñen escaso contido; así como máis educación emocional, tal e como indica o participante P5 a “educación emocional ten que estar presente e é unha materia pendente nos centros educativos, educación emocional se non hai un benestar claro emocionalmente non pode haber un bo rendemento” (liñas 2478-2480). Algunhas das representantes das familias refiren que é necesario mellorar a comunicación centro-alumnado e centro-familias. No referido á comunicación centro-alumnado, a participante A6 expresa “que se implicaran nisto, falar cos nenos, explicarlles, dialogar, para min falta moito diálogo cos nenos” (liñas 5229-5230).

Na **formación**, o profesorado participante destaca a necesidade de formación específica en materia de xestión de conflitos e de mediación, así como doutros temas que favorezan unha mellor convivencia. Unha persoa participante do persoal docente refire que esta formación debería ser de carácter obrigatorio, para que chegasen os coñecementos sobre unha realidade tan importante a todo o equipo de profesionais. As participantes representantes das familias sinalan a necesidade de formación no profesorado e nas familias sobre conflitos e mediación.

Entre os **recursos** que o profesorado participante consideran necesarios e que non están cubertos están: programa de mediación entre iguais, equipo de mediación, e a incorporación nos CEIP de profesionais especializados en conflitos e mediación. As participantes que representan as familias describen como necesidades non cubertas a existencia dunha escola de familias e tamén a incorporación nos CEIP de profesionais formados en mediación.

4.3.3 Propostas para a mellora da convivencia

Dentro desta subcategoría identificamos catro categorías de terceiro nivel: i) escola de familias, ii) mediación, iii) accións favorecedoras da convivencia, e iv) profesionais.

Na totalidade dos centros educativos, atopamos como proposta a creación e importancia da **escola de familias** como recurso formativo e de acompañamento ás familias no proceso educativo das súas fillas e fillos.

No referido á **mediación** propónse dende os diferentes CEIP a creación ou continuidade de programas de mediación. Dentro destas propostas recóllense: crear equipos de mediación;





implementar programas de mediación entre iguais; incorporar profesionais para abordar a prevención e xestión de conflitos; e aplicar instrumentos para mediar entre as familias e o centro educativo, fomentando unha mellora na comunicación que facilite a mellora da convivencia.

Tamén se fan diferentes propostas de **accións favorecedoras da convivencia**, por parte do profesorado e das familias participantes. Entre as propostas que describe o persoal docente están: promover máis actividades que faciliten unha mellora da convivencia; actividades formativas para o profesorado sobre conflitos e convivencia; mellorar a comunicación e coordinación cos servizos sociais comunitarios; establecer canles de coordinación docente, creando un foro con tempo e espazo para abordar asuntos de interese para a mellora da convivencia; incorporar as prácticas restaurativas e a linguaxe positiva; e traballar máis co alumnado cuestións como a educación emocional, a promoción da igualdade e a educación en valores. As participantes que representan as familias describen as seguintes propostas: mellorar a comunicación centro-familias; fomentar a convivencia coas familias; educar en positivo; aulas con menos alumnado; actividades para potenciar a convivencia; formación para o profesorado en resolución de conflitos e mediación; programas que favorezan a inclusión do alumnado.

Na subcategoría de terceiro nivel **profesionais** identificamos dúas de cuarto nivel. No referido a *equipos de orientación* tanto o profesorado como as familias participantes propoñen a incorporación de profesionais da acción social nestes equipos, en maior medida refiren que consideran que deberían ser profesionais da educación social, neste sentido a participante P3 sinala: “penso que polo menos un educador social especializado en mediación ou con coñecementos en, vai enriquecer os centros educativos e a acción da... ben da resolución de conflitos, mediación, neles” (líñas 1464-1466). En menor medida sinalan que poderían ser profesionais da psicología ou do traballo social, ou un equipo interdisciplinar que estea formado por profesionais da educación social e do traballo social. Respecto da *coordinadora ou coordinador de benestar e protección*, as persoas participantes maioritariamente propoñen que esta figura sexa cuberta por profesionais da educación social; en menor medida propoñen que sexa dende as disciplinas da Psicología, da Psicopedagogía ou do Traballo Social. A participante A8 propón que se trate dun equipo interdisciplinar a nivel comarcal, de forma que en cada centro houbera unha disciplina diferente e se coordinasen.

Non vexo que ese coordinador... saia dunha profesión soa, porque cada un pois iso, que igual non sei imaxina comarca Allariz-Maceda, por pór un exemplo, os coordinadores, pois que en Maceda houbera un educador social, en Xunqueira un psicólogo e en Allariz outro, e entre os tres axudan a coordinar. (líñas 6291-6294)

5. CONCLUSIONES

Os resultados indican que as persoas participantes perciben os conflitos nos centros educativos como fundamentalmente de carácter leve. O profesorado percibe que os conflitos non son nin positivos nin negativos, e que o seu resultado depende de como sexan xestionados, e en ocasións poden ser unha oportunidade de aprendizaxe, na mesma liña que o recollido no marco teórico do presente traballo.





A maioría dos conflitos que se producen nos CEIP son entre alumnado, sen presentarse un perfil definido no referido a participantes do conflito, e trátase maiormente de conflitos de relación e comunicación, preséntanse agresións de tipo verbal e, en menos ocasións, físicas. Non obstante, tamén se describen como conflitos que presenta o alumnado: comportamentos de tipo disruptivo; comportamentos inapropiados entre alumnado e tamén do alumnado co profesorado ou co persoal do comedor; tamén casos de intimidación entre iguais sen chegar a considerarse acoso escolar, que se dan de forma presencial e a través das redes sociais. Con menor frecuencia preséntanse conflitos entre familias ou entre familias e profesorado, causados habitualmente por problemas de comunicación entre as partes.

A frecuencia coa que se presentan os conflitos percíbese de diferente forma segundo os centros, considerando nuns casos, que se producen diariamente de carácter leve e, noutros CEIP, refírense que de forma moi esporádica. Os espazos nos que se presentan son fundamentalmente o patio escolar, o comedor e o espazo virtual, porque son contextos non organizados e non estruturados, e ademais nos que é máis difícil detectar o conflito e polo tanto abordalo.

No referido á relación entre convivencia e Covid-19, non se identifican diferenzas en canto a conflitos e convivencia en relación co alumnado. Si que se presentaron consecuencias no plano emocional do alumnado, que non afectaron á convivencia e que pronto foi regulada polo propio alumnado, mostrando este unha gran resiliencia. Detectáronse máis dificultades nas persoas adultas, concretamente nas familias e profesorado, presentándose nalgúns casos problemas de comunicación familias-centro e tamén entre a propias familias, situación que tendeu a regularse segundo melloraba a situación da Covid-19.

Os resultados amosan que as accións de prevención que se desenvolven dende os CEIP son principalmente charlas de diferentes temáticas e accións dende as que se traballa, de forma transversal, a prevención de conflitos e a mellora da convivencia.

Dende os centros educativos execútanse accións de resolución de conflitos e as máis frecuentes son o profesorado dialoga coas partes implicadas para escoitalas e poder dar unha solución ao conflito; a resolución do conflito entre o propio alumnado, entre as persoas implicadas. Obsérvase unha falta de estrutura no procedemento de resolución dos conflitos entre o alumnado; esta negociación entre iguais desenvólvese a través dun programa de mediación entre iguais soamente nun dos centros.

Detéctase que, por parte das familias, existe certo descoñecemento tanto das accións de prevención como das de resolución de conflitos que se levan a cabo dende os CEIP.

Percíbese unha escasa presenza de accións de mediación escolar, soamente un dos centros ten implementado un programa de mediación entre iguais que está en funcionamento.

Obsérvanse poucos tempos e espazos específicos para abordar a prevención e resolución de conflitos. Sobre todo se xestionan os conflitos na aula ou no propio lugar no que se producen.





As persoas profesionais que facilitan as accións de prevención e resolución de conflitos son habitualmente: profesorado, titor/a do grupo, orientador/a e dirección. Nalgúns centros participan profesionais externos con formación específica en temas como mediación, educación sexual e acoso escolar. Non obstante, obsérvase unha escasa presenza deste tipo de profesionais nos centros, e os casos que hai son fundamentalmente colaboracións esporádicas.

O destinatario das accións de prevención e resolución de conflitos é principalmente o alumnado. Detéctanse escasas accións deste tipo dirixidas a familias ou profesorado.

Os resultados que se conseguen con estas accións (de prevención e resolución de conflitos) non son inmediatos, senón que se van vendo a medio prazo. Obsérvase que a frecuencia e a intensidade dos conflitos que se presentan nos centros indican que as medidas funcionan.

Detéctase un importante papel das familias no proceso educativo do alumnado. Tamén a importancia de que estas colaboren no traballo feito dende os centros educativos cunha participación na vida escolar.

Identifícase que tanto o profesorado como as familias consideran necesaria a existencia de escolas de familias, sendo a súa función de importancia para as familias, para o alumnado e tamén para o propio centro educativo. Non obstante, das cinco asociacións de familias do alumnado existentes na comarca, hai unha soa escola de familias creada por unha das asociacións, dende a que valoran a participación como positiva, e dende a que se detecta interese e implicación en traballar temas que lles facilite un mellor acompañamento ás súas fillas e fillos.

Os resultados indican que as principais dificultades que se identifican para a mellora da convivencia son, fundamentalmente, de tres tipos: *organizativo-administrativas*, como son a falta de recursos económicos para poder desenvolver máis accións para fomentar a convivencia, a falta de tempos por cuestión da propia organización escolar que en ocasións dificulta poder atender de forma adecuada os conflitos que se presentan, a falta de tempo moitas veces tamén afecta a coordinación do profesorado para atender a cuestións de convivencia; *dificultades no profesorado*, fundamentalmente falta de formación específica sobre conflitos e mediación; e *dificultades nas familias*, unha escasa participación e implicación das familias na dinámica escolar no referido a organizar e participar de actividades que fomenten a convivencia, así como para participar de forma activa nas dinámicas das asociacións de familias.

As principais necesidades non cubertas que se detectan están relacionadas con accións, formación, e con recursos. No referido a *accións*: desenvolver máis actividades que favorezan a convivencia como medida preventiva de conflitos; accións de mediación; crear e fortalecer unha rede de traballo entre o persoal docente; dar contido a aqueles tempos do equipo de traballo que teñen escaso contido; e máis educación emocional. Respecto das necesidades de *formación*: necesidade de formación específica para o profesorado e as familias en materia de xestión de conflitos e de mediación. No referido a *recursos* que se consideran necesarios e non están cubertos, identifícanse: programa de mediación entre iguais; equipo de mediación; incorporación nos CEIP de profesionais especializados en conflitos e mediación; e escolas de familias do alumnado.





Nos resultados identificamos diferentes propostas de mellora formuladas, entre as que podemos destacar a creación de escolas de familias; a creación ou continuidade de programas de mediación; promover máis actividades que faciliten unha mellora da convivencia; actividades formativas para o profesorado sobre conflitos e convivencia; mellorar a comunicación e coordinación cos servizos sociais comunitarios; mellorar a comunicación centro-familias; establecer canles de coordinación entre docentes, creando un foro con tempo e espazo para abordar cuestións de convivencia; a incorporación de profesionais da acción social nos equipos de orientación, entre outros aspectos para abordar a prevención e xestión de conflitos; e que a figura da coordinadora ou coordinador de benestar sexa cuberta por profesionais da educación social.

Unha vez finalizada a investigación, e tendo en conta a información recollida e os resultados obtidos, facemos as seguintes **propostas de mellora**:

- Fomentar iniciativas entre centros, especialmente aqueles que están adscritos ao mesmo instituto de educación secundaria, co fin de favorecer a comunicación e relación entre alumnado que posteriormente compartirá centro educativo, facilitando desta forma a transición á secundaria e favorecendo a convivencia.
- Crear espazos nos que o alumnado teña a oportunidade de participar na elaboración e construción de propostas para a mellora da convivencia. Para isto propoñemos fomentar unha cultura asemblearia e crear asembleas por aulas, e incluso grupos máis grandes, para favorecer que o alumnado poida expresar as súas opinións nun espazo construtivo que lle favoreza a autonomía e responsabilidade.
- Implementar talleres continuados no tempo sobre educación emocional, habilidades sociais, educación sexual, educación medioambiental, educación en igualdade, e educación en diversidades.
- Crear espazos de encontro e de reflexión entre profesionais de diferentes CEIP para favorecer sinerxías que faciliten o intercambio de aprendizaxes e boas prácticas.
- Formación en xestión de conflitos para todos os elementos da comunidade educativa.
- Facilitar propostas que fomenten a participación das familias.
- Deseño e implementación de patios máis inclusivos, para darlles máis espazo a elementos da natureza, fomentando dinámicas cooperativas e creando diferentes espazos dentro do mesmo patio.
- Cambiar cara a un enfoque restaurativo, un modelo de xestión que lle facilita ao alumnado asumir as súas responsabilidades, reparar os danos que causan e posteriormente reincorporarse ao grupo. A través de prácticas restaurativas como os círculos, que seguindo a Boqué (2020) estes “adoitan ser ‘proactivos’, especialmente no ámbito escolar onde o seu obxectivo é construír lazos de convivencia e comunidades fortes coa participación do grupo enteiro” (p. 18). Dende unha perspectiva socioeducativa, estes círculos resúltannos de interese porque se centran nas persoas e non nos seus actos.
- Fortalecer canles de comunicación coas familias, facilitándolles máis información sobre a dinámica do centro, de forma que poidan ter un maior coñecemento da realidade do centro e se promova unha maior implicación das familias na dinámica do CEIP.





- Crear unha escola de familias do alumnado en cada centro.
- Fomentar unha cultura da mediación nos centros educativos e implementar programas de mediación.
- Incorporar, nos CEIP, profesionais da educación social e do traballo social para garantir un acompañamento socioeducativo de calidade á infancia e unha atención social de proximidade dende o propio centro educativo.

Tendo en conta as conclusións expostas, e en relación cos **obxectivos** que nos formulamos neste estudo, consideramos que estes **se cumpriron**.

No referido a **futuras liñas de traballo**, consideramos que esta liña de investigación debe continuar desenvolvéndose, porque a xestión de conflitos e a mellora da convivencia repercute favorablemente en todos os elementos da comunidade educativa e todos eles están implicados, polo que require tamén da súa participación e implicación (*Estratexia galega de convivencia escolar 2015-2020*, 2017).

O presente estudo pretendía facer unha aproximación aos conflitos existentes na etapa de educación primaria nos CEIP da comarca Allariz-Maceda, así como as estratexias para a súa prevención e resolución. Pode ser de interese continuar abordando esta realidade cunha mostra máis ampla e contando tamén coa participación do alumnado, de forma que se poida ter un maior coñecemento da realidade obxecto de estudo.

Consideramos que resulta interesante desenvolver máis investigacións de carácter práctico nesta liña, para poder analizar a realidade dos centros e así adoptar medidas segundo a casuística e singularidade de cada centro. E así favorecer a elaboración de programas específicos sobre mediación e resolución de conflitos, e desta forma darlles resposta ás necesidades detectadas dende unha perspectiva integral e holística, para conseguir unha mellora da convivencia e, como consecuencia, un mellor acompañamento á infancia.

Tendo en conta as necesidades identificadas, o presente estudo podería ter **continuidade** coa elaboración dun proxecto mediante o cal se deseñe un programa de mediación para os CEIP, e un programa de atención e acompañamento ás familias mediante unha escola de familias.

Finalizado este traballo de investigación, queremos salientar que **un dos obxectivos que se formula** é compartir os resultados cos CEIP e coas asociacións de familias do alumnado participante, facendo desta forma unha devolución por se pode ser de utilidade de cara a deseñar e implementar programas e accións para a mellora da convivencia.

Por último, traemos de novo unha cita que incluímos no marco teórico e que resume a nosa mirada sobre a transformación dos conflitos: “como a enerxía, os conflitos non se crean nin se destrúen, só se transforman” (Boqué, 2003, p. 117).





6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alzate, R. (2017). La dinámica del conflicto. En H. Sotelo (Dir.^ª), *Mediación y resolución de conflictos: Técnicas y ámbitos* (pp. 179-190). (3^ª ed.). Tecnos.
- Alzate, R., Merino Ortiz, C. e Méndez Valdivia, M. (2017). Generando opciones en mediación. En H. Sotelo (Dir.^ª), *Mediación y resolución de conflictos: Técnicas y ámbitos* (pp. 326-336). (3^ª ed.). Tecnos.
- de Armas, M. (2003). La mediación en la resolución de conflictos. *Educación*, (32), 125-136. <https://raco.cat/index.php/Educación/article/view/20783>
- Asociación Estatal de Educación Social e Consejo General de Colegios de Educadoras y Educadores Sociales (2008). *Documentos profesionalizadores*. Colexio de Educadoras e Educadores Sociais de Galicia.
- Binaburo, J. A. e Muñoz, B. (2007). *Educación desde el conflicto: Guía para la mediación escolar*. CEAC.
- Boqué, M. C. (2003). *Cultura de mediación y cambio social*. Gedisa.
- Boqué, M. C. (2005). *Tiempo de mediación: Taller de formación de mediadores y mediadoras en el ámbito educativo*. CEAC.
- Boqué, M. C. (2020). *Prácticas restaurativas para la prevención y gestión de los conflictos: 20 círculos de la palabra y una asamblea en el aula*. Narcea.
- del Campo, J. (2002). La gestión positiva del conflicto: Un camino para la convivencia intercultural. En M. Bartolomé (Coord.^ª), *Identidad y ciudadanía: Un reto a la educación intercultural* (pp. 163-182). Narcea.
- Casamayor, G. (Dir.). (1998). *Cómo dar respuestas a los conflictos: La disciplina en la enseñanza secundaria*. Graó.
- Castellano, E. (2005). Prevención de la violencia en los centros escolares: el mediador escolar como recurso. En F. López (Dir.), *La mediación escolar: Una estrategia para abordar el conflicto* (pp. 17-23). Graó.
- Chernobilsky, L. B. (2006). El uso de la computadora como auxiliar en el análisis de datos cualitativos. En I. Vasilachis de Gialdino (Coord.^ª), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 239-274). Gedisa.
- Cohen, R. (2005). *Students Resolving Conflict: Peer Mediation in Schools*. Good Year Books.
- Consejo General de Trabajo Social (2022). *Definición Internacional de Trabajo Social*. Consejo General de Trabajo Social.
<https://www.cgtrabajosocial.es/DefinicionTrabajoSocial>
- Constitución Española. BOE, 311, de 29 de diciembre de 1978.
- Convention on the Rights of the Child Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly, resolution 44/25, of 20 November 1989.
- Decreto 159/2003, do 31 de xaneiro, polo que se regula a figura do mediador familiar, o Rexistro de Mediadores Familiares de Galicia e o recoñecemento da mediación gratuíta. DOG, 34, do 18 de febreiro de 2003.
- Decreto 85/2007, do 12 de abril, polo que se crea e se regula o Observatorio Galego da Convivencia Escolar. DOG, 88, do 8 de maio de 2007.
- Decreto 8/2015, do 8 de xaneiro, polo que se desenvolve a Lei 4/2011, do 30 de xuño, de convivencia e participación da comunidade educativa en materia de convivencia escolar. DOG, 17, do 27 de xaneiro de 2015.





- Delors, J. (Coord.). (1996). *La educación encierra un tesoro: Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI*. UNESCO.
- de Diego, R. e Guillén, C. (2010). *Mediación: Procesos tácticos y técnicos*. (3ª ed.). Pirámide.
- Directiva 2008/52/CE do Parlamento Europeo e do Consello de 21 de maio de 2008 sobre certos aspectos da mediación en asuntos civís e mercantís. Diario Oficial da Unión Europea L 136/3-L136/8, do 24 de maio de 2008.
- Estratexia galega de convivencia escolar 2015-2020* (2017). Consellería de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria. Xunta de Galicia.
http://www.edu.xunta.gal/portal/sites/web/files/estratexia_galega_de_convivencia_escolar_galego_definitivo.pdf
- Fernández, I. (1999). *Prevención de la violencia y resolución de conflictos: El clima escolar como factor de calidad*. (2ª ed.). Narcea.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Morata e Fundación Paideia Galiza.
- Flick, U. (2014). *La gestión de la calidad en la Investigación Cualitativa*. Morata.
- Holaday, L. C. (2002). Stage development theory. A natural framework for understanding the mediation process. *Negotiation Journal*, 18(3), 191-210. <https://doi.org/10.1111/j.1571-9979.2002.tb00740.x>
- Instituto Galego de Estatística (2022). *Banco de datos comarcal. Comarca: Allariz-Maceda*. Xunta de Galicia.
<http://www.ige.eu/igebdt/esq.jsp?paxina=002003004&ruta=navcomarcal.jsp?ESP=3201&COMARCA=Allariz-Maceda>
- Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. BOE, 313, de 31 de diciembre de 1990.
- Jares, X. R. (1993). El lugar del conflicto en la organización escolar. *Revista de Educación*, (302), 113-128. <https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:f26a8313-9463-4134-9382-eadaae9043e6/re3020600490-pdf.pdf>
- Jares, X. R. (2001). *Educación y conflicto: Guía de educación para la convivencia*. Editorial Popular.
- Kressel, K. e Pruitt, D. G. (1985). The mediation of social conflict. *Journal of Social Issues*, 41(2), 179-198.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1985.tb00862.x>
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en Investigación Cualitativa*. Morata.
- Laca, F. A. (2006). Cultura de paz y psicología del conflicto. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, XII(24), 55-70. <https://www.redalyc.org/pdf/316/31602404.pdf>
- Lederach, J. P. (2000). *El abecé de la paz y los conflictos: Educación para la paz*. Los Libros de la Catarata.
- Lei 4/2001, de 31 de maio, reguladora da mediación familiar. DOG, 117, do 18 de xuño de 2001.
- Lei 3/2011, do 30 de xuño, de apoio á familia e á convivencia de Galicia. DOG, 134, do 13 de xullo de 2011.
- Lei 4/2011, do 30 de xuño, de convivencia e participación da comunidade educativa. DOG, 136, do 15 de xullo de 2011.
- Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y de Financiamiento de la Reforma Educativa. BOE, 187, de 6 de agosto de 1970.
- Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles. BOE, 162, de 7 de julio de 2012.





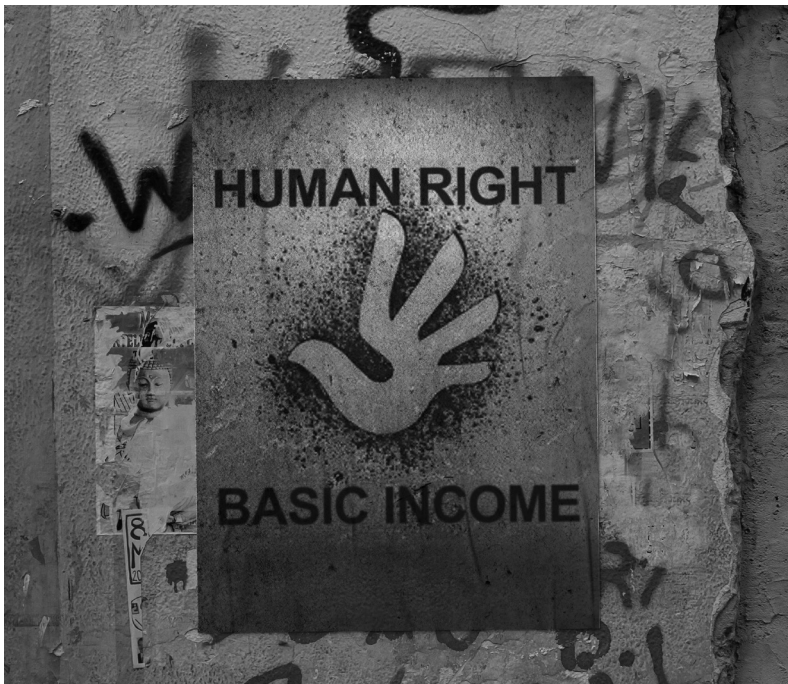
- Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, reguladora del Derecho a la Educación. BOE, 159, de 04 de julio de 1985.
- Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. BOE, 340, de 30 de diciembre de 2020.
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. BOE, 134, de 5 de junio de 2021.
- Libro Verde sobre las modalidades alternativas de solución de conflictos no ámbito del derecho civil e mercantil. Comisión de las Comunidades Europeas, COM/2002/0196 final, Bruselas, del 19 de abril de 2002.
- Martín, E., Rodríguez, V. e Marchesi, A.. (2005). *La opinión de los profesores sobre la convivencia en los centros*. Centro de Innovación Educativa (CIE-FUHEM) e Instituto de Evaluación y Asesoramiento Educativo (IDEA).
- Moore, C. M. (1997). ¿Por qué mediamos? En J. P. Folger e T. S. Jones (Coords.), *Nuevas direcciones en mediación: Investigación y perspectivas comunicacionales* (pp. 265-276). Paidós.
- Moore, C. (1995). *El Proceso de Mediación: Métodos prácticos para la resolución de conflictos*. Granica.
- Munné, M. e Mac-Cragh, P. (2006). *Los 10 principios de la cultura de mediación*. Graó.
- Novella, A. M. e Puig, J. M. (2003). Conflictos y mediación. *Cuadernos de pedagogía*, (325), 73-74.
- Olweus, D. (2004). *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. (2ª ed.). Morata.
- Ortega, R. e del Rey, R. (2004). *Construir la convivencia*. Edebé.
- Pérez Serrano, G. (2011). Investigación cualitativa: Aplicaciones a la educación. En G. Pérez Serrano (Coord.ª), *Intervención sociocomunitaria* (pp. 631-648). UNED.
- Pérez Serrano, G. e Pérez de Guzmán, M. V. (2011). *Aprender a convivir: El conflicto como oportunidad de crecimiento*. Narcea.
- Real Decreto 275/2007, de 23 de febrero, por el que se crea el Observatorio Estatal de la Convivencia Escolar. BOE, 64, de 15 de marzo de 2007.
- Real Decreto 980/2013, de 13 de diciembre, por el que se desarrollan determinados aspectos de la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles. BOE, 310, de 27 de diciembre de 2013.
- Rubin, J. Z., Pruitt, D. G. e Kim, S. H. (1994). *Social Conflict: Escalation, Stalemate, and Settlement*. (2ª ed.). McGraw-Hill.
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. (5ª ed.). Deusto.
- Salinas, M. L., Posada, D. M. e Isaza, L. E. (2002). A propósito del conflicto escolar. *Revista Educación y Pedagogía*, XIV(33), 245-273. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/revistaeypl/article/view/325110>
- Soneira, A. J. (2006). La «teoría fundamentada en los datos» (Grounded Theory) de Glaser y Strauss. En I. Vasilachis de Gialdino (Coord.ª), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 153-174). Gedisa.
- Suares, M. (1996). *Mediación: Conducción de disputas, comunicación y técnicas*. Paidós.
- Taylor, S. J. e Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.
- Torrego, J. C. (Coord.). (2006). *Modelo integrado de mejora de la convivencia: Estrategias de mediación y tratamiento de conflictos*. Graó.
- Torrego, J. C. (Coord.) (2017). *Mediación de conflictos en instituciones educativas: Manual para la formación de mediadores*. (8ª ed.). Narcea.
- UNICEF (2015). *Convención sobre los Derechos del Niño*. UNICEF Comité Español. https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/ConvencionsobrelosDerechosdelNino_0.pdf





- Viana-Orta, M. I. (2019). 25 años de mediación escolar en España: 1994-2019. Una cronología de su llegada. *Cuestiones Pedagógicas*, (27), 11-22. <http://dx.doi.org/10.12795/CP.2018.i27.01>
- Vinyamata, E. (1999). *Manual de prevención y resolución de conflictos: Conciliación, mediación, negación*. Ariel.
- Vinyamata, E. (2003). *Aprender mediación*. Paidós.
- Vinyamata, E. (2005). Educar para el conflicto. En F. López (Dir.), *La mediación escolar: Una estrategia para abordar el conflicto* (pp. 13-15). Graó.
- Viñas, J. (2004). *Conflictos en los centros educativos: Cultura organizativa y mediación para la convivencia*. Graó.
-





COLECTIVOS CIDADÁNS POLA RENDA BÁSICA UNIVERSAL (GALIZA)

Quen somos?

Os colectivos cidadáns a prol da renda básica somos unha organización galega que defende a implantación dunha renda básica universal, incondicional, individual e suficiente como un novo dereito humano.

O noso ámbito territorial é Galicia e existen colectivos na Coruña, Santiago e Betanzos. Calquera persoa tamén pode sumarse de xeito individual á nosa entidade.

Formamos parte dun movemento internacional a prol da instauración deste dereito e, como tal, incluímonos dentro de:

- **Rede Renda Básica do Reino de España (RRB):** <http://www.redrentabasica.org/rb/>
- **Unconditional Basic Income Europe (UBIE):** <https://www.ubie.org/>
- **Basic Income Earth Network (BIEN):** <https://basicincome.org/>





De que falamos cando falamos de renda básica universal?

A renda básica é unha prestación monetaria equivalente, polo menos, ao limiar da pobreza, pagada polos poderes públicos de acordo con tres principios. En primeiro lugar, a renda básica é universal e é percibida por todos os cidadáns e residentes acreditados, sen excepción. En segundo lugar, a renda básica é incondicional, é dicir, cóbrase téñanse ou non outros ingresos, trabállese ou non no mercado, séxase pobre ou non etc. Por tanto, non é un ingreso para pobres, senón independente das circunstancias na que te atopes.

Finalmente é individual, a renda básica percíbena as persoas, non as familias nin os fogares ou os núcleos de convivencia, cunha contía suficiente para cubrir as necesidades básicas da vida.

Que vimos facendo?

Dende o ano 2014 desenvolvemos diferentes actuacións de cara a difundir entre a sociedade galega o sentido e beneficios da implantación dunha renda básica universal.

Promoción de iniciativas legislativas populares, publicacións por parte de membros dos colectivos en medios de comunicación, organización de xornadas e simposios, información e recollida de sinaturas para a iniciativa cidadá europea do pasado ano, actuacións de apoio en defensa dos diferentes sistemas públicos de benestar social (sanidade, educación...) sen os cales a RB non sería posíbel etc.

Neste sentido quixeramos darvos a coñecer o video *RBU unha idea deste tempo, elaborado coa colaboración de diferentes persoeiros da cultura, a empresa, o ámbito académico, social etc.* e que podedes ver en https://www.youtube.com/watch?v=R8daSIKE8aE&list=PLN_Kqk-G-2IM5CcxRxqdO2OWMWq1J5LqIs&index=17&t=1035s

CONTACTO

- **Correo electrónico:** colectivosciudadansrbu@gmail.com
- **Blog:** <https://colectivosciudadansrbu.wordpress.com/>
- **Facebook:** <https://www.facebook.com/Colectivos-cidad%C3%A1ns-pola-Renda-B%C3%A1sica-Universal-251452571708259>
- **Youtube:** <https://www.youtube.com/channel/UCcruZkk9gdvYBUplAHW6fiw>
- **Mastodon:** https://mastodon.gal/@colectivos_pola_rbu
- **Instagram:** <https://www.instagram.com/colectivosciudadans/>





ENTREVISTA A ANA CANCELO BAQUERO. O SERVIZO DE AXUDA NO FOGAR, REPERCUSIÓN TRAS A COVID-19. NOVA PERSPECTIVA DO RECURSO DENDE OS SERVIZOS SOCIAIS MUNICIPAIS

Alejandro Guerra Rivas

Traballador social no Hospital Meixoeiro - Sergas

alejandrogueerrarivas@gmail.com

“O persoal dos servizos sociais ten unha forte vocación de servizo público e responsabilidade, e iso é o principal recurso co que contamos”





Nestes últimos anos o traballo social está sufrindo as consecuencias da pandemia provocada pola Covid-19. Un dos servizos esenciais dentro do ámbito profesional é o Servizo de Axuda no Fogar, que participa e favorece o apoio ás persoas na súa vida no domicilio intentando reducir as consecuencias da deterioración das persoas usuarias que teñen dependencia e precisan axuda de terceiras persoas dende un eido profesional.

Unha traballadora de referencia para este ámbito de intervención é Ana Cancelo Baquero, que ten unha dilatada experiencia no sector e temos a oportunidade de poder coñecela e saber máis sobre o papel do traballador social no Servizo de Axuda no Fogar.

Ana comezou a súa andaina no campo do traballo social no ano 1991, rematando os estudos de diplomatura en Traballo Social na Escola Universitaria de Traballo Social de Santiago de Compostela. Neste mesmo ano iniciou a súa actividade laboral como traballadora social no concello da Coruña.

A súa traxectoria laboral nestes anos levoulle a dirixir e coordinar diferentes áreas de carácter social que ten que abordar un concello desta entidade. Ana traballou inicialmente no programa de prevención de drogodependencia durante o ano 1991 e 1992. Dende xuño de 1992 ata novembro de 1994 é responsable dunha unidade de traballo social municipal (UTS).

A partir de decembro de 1994 ata abril do ano 2012, na casa de acollida para mulleres, como traballadora social e directora da unidade técnica. En abril do ano 2012 continúa a súa traxectoria laboral na Oficina Municipal de Dependencia, primeiro como directora da unidade técnica, e na actualidade, como coordinadora de centros e programas. Dende o 2010 é licenciada en Socioloxía pola Universidade da Coruña.

A súa dilatada experiencia é unha opinión autorizada e é un referente para que nos expoña os aspectos e matices profesionais e laborais aos que se enfronta unha traballadora social no exercicio da súa profesión nun gran concello como A Coruña. Esta opinión é esencial para coñecer como lle afectaron os tempos de pandemia ao traballo social no eido local, os retos e medidas que houbo que afrontar e os cambios que se introducen a partir deste traumático episodio.

P.- Que é o Servizo de Axuda no Fogar (máis adiante SAF) e cal é a importancia deste servizo para as persoas usuarias que necesitan e demandan estes apoios no día a día?

R.- O SAF é a prestación dun conxunto de atencións domiciliarias con carácter personalizado, encamiñadas a reducir as limitacións para as actividades básicas da vida diaria e a socialización facilitando o desenvolvemento persoal e a permanencia das persoas no seu medio habitual.

Pola súa propia natureza, o SAF, permite un contacto continuado coas persoas usuarias e co seu contorno, o que fai que sexa unha ferramenta moi efectiva de prevención e detección das necesidades e posibles situacións de risco.





O enorme incremento do envellecemento da poboación, sobre todo no grupo de idade de maiores de 80 anos pon de manifesto a importancia e a necesidade deste servizo, xa que o desexo das persoas que se encontran ou se encontrarán nun futuro en situación de dependencia é, sen dúbida, permanecer vivindo na súa propia casa e no seu contorno.

A crecente problemática da soidade non desexada tamén encontra no SAF un elemento de protección ante esta situación social de difícil abordaxe.

Tamén cabe destacar o papel relevante do SAF no apoio ás familias e persoas cuidadoras, tanto nas atencións e cuidados como na función pedagóxica sobre cuidados especializados que moitas veces se tornan de longa duración.

P.- Unha vez que coñecemos a funcionalidade do SAF, é importante profundar sobre as distintas modalidades do servizo e os perfís das persoas beneficiarias deste. Cales son as distintas tipoloxías de SAF e cal cres que é o perfil de persoa usuaria do servizo? Existen diferentes vías para poder acceder ao servizo?

R.- Existen diversos perfís de persoas usuarias do SAF. Nos concellos existen fundamentalmente dúas modalidades de SAF (O SAF dependencia e o SAF municipal ou de libre concorrência), no Concello da Coruña existe tamén unha terceira modalidade que é o SAF urxente na que se enmarca o Programa de atención domiciliaria socio sanitaria (Padss), unha modalidade que cómpre destacar como boas prácticas de coordinación sociosanitaria.

Na modalidade de SAF a través de dependencia accédese cunha valoración de grao recoñecida pola Xunta de Galicia, e cun Programa individual de atención (PIA) no que se estableza como recurso a prestación de axuda a domicilio.

Nesta modalidade o perfil de persoa atendida é fundamentalmente de gran dependente debido á normativa que lle dá prioridade o acceso por grao de dependencia e á limitación da súa capacidade económica, que non permite chegar a alcanzar aos graos máis baixos. Este perfil de persoa usuaria (gran dependente) non podería manterse no domicilio sen outros apoios alternativos ao propio SAF (familiares cuidadores ou cuidadores privados). As necesidades deste colectivo son fundamentalmente apoio aos seus familiares cuidadores en tarefas de aseo, desprazamentos, alimentación e cuidados complexos.

Ademais, nos últimos tempos detectamos que, dada a longa espera na resposta do sistema de dependencia, as familias con maior poder adquisitivo resollen a situación de cuidados contratando persoas cuidadoras privadas. A necesidade que formulan cando chegamos a ofertar o servizo é a cobertura dos tempos de libranza dos cuidadores privados, o que está desvirtuando o servizo que nace cunha vocación de atención especializada e profesionalizada dos cuidados e coa intención de garantir atencións básicas diarias.

Na modalidade de SAF municipal accédese por libre concorrência e está orientado a persoas que precisan apoio para a realización das actividades básicas da vida diaria nas seguintes situacións:





- Que non teñan recoñecemento de dependencia a través do Sistema de Autonomía e Atención á Dependencia.
- Que co recoñecemento non teñan aínda dereito efectivo.
- Que sexan titulares de unidades familiares cuxa problemática principal se encuentre asociada a aspectos convivenciais e socioeducativos.

O perfil de persoa usuaria que temos nesta modalidade está máis polarizado, desde persoas que viven soas ou cun par de iguais e presentan vulnerabilidade social debido á súa situación de soidade, falta de apoio e limitacións de saúde, ata persoas cunha dependencia importante pero non valorada polo Sistema de Dependencia que esperando resposta deste solicitaron esta modalidade de SAF para garantirilles algún apoio ás súas situacións familiares e sociais.

Este SAF debería ter un carácter máis preventivo, pero está sendo moi utilizado para conter as necesidades máis destacadas das persoas dependentes sen valorar.

En canto á modalidade de Padss poderíase dicir que é máis singular, pois non existe un servizo similar con tantas horas e dedicación en ningún outro concello de Galicia.

A atención domiciliaria socio-sanitaria solicítase dende o departamento de traballo social dos hospitais públicos e tramítase e xestiónase dende a Oficina municipal de atención a la dependencia e a autonomía persoal.

É unha modalidade do Servizo de Axuda a Domicilio, que proporciona cun carácter temporal e urxente, un conxunto de atencións domiciliarias para estabilizar situacións de urxencia sobrevivida, orientadas principalmente ao apoio da recuperación funcional de persoas que poden recuperar a autonomía tras ese período, pero tamén as situacións de enfermidade terminal.

P.- Por que sinalas esta modalidade como un exemplo de boas prácticas de coordinación socio sanitaria?

R.- Debido a que é unha modalidade que se fai en coordinación cos hospitais públicos, fomenta o coñecemento mutuo, o traballo, a intervención colaborativa e o establecemento de canles formais e informais de colaboración. De súpeto, é un claro exemplo de que a humanización da atención domiciliaria pasa pola coordinación entre os servizos sociais e os sanitarios ante situacións que requiren atencións de ambos os sistemas. As persoas viven situacións de maneira integral, por tanto requiren atencións integradas.

Esta tipoloxía de SAF conta con moitas potencialidades para todas as partes implicadas. Por un lado, ás persoas usuarias permíteselles a convalecencia ou a etapa de fin de vida no contorno domiciliario, que é un contorno máis próximo e acolledor. E por outro lado, ás persoas cuidadoras ofréceselles apoio e pautas de cuidados, soporte emocional, evítaselles tamén os desprazamentos ao hospital coa conseguinte diminución do estrés e o aforro de tempo e diñeiro. Para





o hospital, esta modalidade de SAF, permite ampliar a súa carteira de recursos e axustar a estancia do paciente ao indispensable en termos médicos polo que supón unha utilización racional dos recursos, debido á optimización da praza ou cama hospitalaria.

Tamén para os servizos sociais municipais ten moitas vantaxes xa que se reduce a atención da demanda urxente dende o servizo de atención inmediata, pois xa se canaliza polo hospital. Tamén se reducen as tarefas das técnicas e técnicos municipais, as do propio seguimento do caso e a valoración só en caso de non melloría.

P.- Estes derradeiros anos estiveron influenciados pola COVID-19 e as súas consecuencias xeradas tanto no eido social como sanitario.

¿Como se viviron estes últimos anos e cales cres que foron as principais dificultades xeradas polas limitacións da pandemia?

R.- Estes derradeiros anos foron moi convulsos para este servizo. A alta mortalidade das persoas maiores nas residencias e a insistencia mediática sobre a vulnerabilidade e fragilidade do colectivo de maiores xerou moito medo aos contaxios e moito estrés pola falta de EPI nos comezos da crise sanitaria.

Ademais o illamento xerou unha forte deterioración nas persoas maiores debido á falta de mobilidade e á angustia xerada, ademais, as secuelas poscovid das persoas contaxiadas produciron moitas dependencias derivadas da fatiga pandémica e da tensión que engadiu a posibilidade dos contaxios que aumentaron en gran medida o estrés das persoas cuidadoras.

Tamén cómpre destacar que a pandemia puxo de manifesto moitas situacións de persoas que vivían soas con escasos apoios e a importancia deste servizo para soste, conter e previr situacións de risco para estas persoas. Para solucionar todas estas necesidades detectadas houbo que aumentar os esforzos orzamentais e humanos para dar cobertura ás necesidades.

Con todos estes retos o SAF como prestación esencial, tivo que adaptarse ás continuas ondas de covid, que provocaron moitas fluctuacións de persoal nas empresas concesionarias do SAF e suspensións de servizos por hospitalizacións, contaxios e medo.

P.- Como reaccionou o equipo de SAF a este novo reto e consideras que se xeraron novas aprendizaxes que repercuten na metodoloxía de traballo?

R.- Tivemos a crise sanitaria máis importante dos últimos tempos, que está derivando noutra crise económica e social que volveu poñer a proba os servizos sociais e os seus profesionais.

Desta pandemia sacamos moitas experiencias e habilidades e eu, persoalmente, algunhas conclusións que nos poden dar pistas de como seguir avanzando.





Unha conclusión é que o persoal dos servizos sociais teñen unha forte vocación do servizo público e responsabilidade, e é o principal recurso co que contamos. Tamén presenciámos un forte compromiso cidadán, moitas persoas foron as que se achegaron como voluntarias a brindar o seu apoio.

Por outra parte, desenvolvemos habilidades e competencias dixitais e puxemos en práctica algunhas das posibilidades desta era dixital, que intuíamos, pero non experimentáramos no público (teletraballo, intensa comunicación telemática e telefónica coas persoas usuarias, videochamadas, reunións virtuais).

Outra importante conclusión, aínda que esta xa a sabíamos, é a importancia do traballo colaborativo e en rede, e da coordinación coas demais institucións e administracións, aínda que sexa unha coordinación informal. Fomos testemuñas da importancia da flexibilidade nas organizacións, pois adaptámonos rapidamente a unha realidade nova e descoñecida para dar saída ás necesidades das persoas.

P.- Especialmente durante o ano 2020 e 2021 percibiuse nos medios de comunicación a necesidade de invertir recursos materiais e humanos nos servizos sanitarios para manter un dos piares básicos como é a sanidade. ¿Cres que se percibiu esa sensación no eido do social e no labor realizado polos traballadores sociais?

R.- Creo que dende os servizos sociais se fixo un esforzo titánico de flexibilización e adaptación dos recursos e medios existentes. Considero que o colectivo de traballadores sociais estivo moi á altura das circunstancias, traballando arreo cunha maior dedicación que a remunerada e cun compromiso ético importante coa situación social vivida.

Porén, estas situacións non tiveron tanta repercusión social nin mediática como o labor doutros colectivos e ámbitos profesionais.

P.- Consideras que se necesita dispor de máis recursos para mellorar a calidade do SAF?

R.- Si, considero que o SAF cumpre un papel moi relevante na sociedade e é un instrumento fundamental de apoio ás persoas maiores e dependentes e as súas familias, e aínda que precisa un esforzo orzamentario considerable, é unha valiosa ferramenta de contención do gasto sociosanitario, posto que é unha opción máis integradora e económica que a institucionalización.

Por outro lado, mellorar a calidade do SAF é un reto que, na actualidade, non só pasa por dispor de máis recursos, que tamén, senón por repensar o modelo para facelo máis humano. Ademais nun SAF o importante é a persoa, a súa historia de vida e o seu proxecto, centrado na dignidade e o respecto ás persoas, na que na que a falta de autonomía non supoña a infantilización ou a falta de autodeterminación.





A calidade do SAF pasa por garantir a capacidade de elección das persoas, e aínda estamos lonxe dese modelo soñado. A organización do SAF é moi complexa e operan moitos factores tanto económicos, como laborais e sociais. En ocasións atópanse situacións contrapostas nos servizos: os dereitos laborais e a calidade asistencial aos usuarios. Esíxese como calidade a pouca rotación de auxiliares, non obstante, requírense tres franxas horarias diarias do servizo, que son os 365 días do ano, o cal é moi difícil de conxugar.

No Concello da Coruña estase a facer un grande esforzo para facer efectivas estas melloras cunha nova licitación, intentando facer un SAF máis próximo ás persoas e aos seus desexos, pero creo que facer o SAF desexado trascéndenos. O esforzo tería que ir máis aló, e é imprescindible que os responsables políticos e os actores sociais que operan no SAF pacten as estruturas necesarias para a mellora do SAF a todos niveis. Ademais precísase unha maior profesionalización, dignificación e remuneración do persoal de atención directa e ás auxiliares, que son o pilar fundamental deste servizo e sen a súa vocación, complicidade e compromiso, o SAF non acadaría os seus obxectivos. Tamén quero priorizar o valiosísimo traballo de coordinación, onde as traballadoras sociais das empresas adxudicatarias teñen un rol de intervención, supervisión e seguimento moi relevante, que está sendo substituído en gran medida polos labores administrativos e de xestión de recursos humanos, confección de cuadrantes e quendas, que dificultan a realización do seu traballo máis importante que é atender as persoas usuarias.

Tamén creo que sería fundamental para aumentar a calidade do SAF e fomentar a elección das persoas usuarias, a paulatina substitución dos actuais modelos de contratación polo concerto social coas entidades e empresas acreditadas.

P.- A propósito da campaña xerada a través do Colexio Oficial de Traballadores Sociais de Galicia “A nosa saúde tamén é esencial” na cal se destaca a relevancia do coidado da saúde mental e proporciónase información sobre o síndrome de burnout na nosa profesión.

Cres que este estado aumentou polas situacións vividas e comentadas anteriormente a raíz da COVID-19?

R.- Eu percibo esgotamento na sociedade e creo que si existe una clara fatiga pandémica e ás traballadoras sociais aféctanos por partida dobre, tanto a nivel persoal como nas condicións de traballo. Habitualmente servimos de soporte e contención emocional das persoas coas que traballamos, e por iso debemos encontrarnos fortes e enérxicos. Creo que é fundamental ter espazos de coidado persoal e no propio equipo para poder compartir sentimentos e preocupacións. Tamén é importante recibir formación sobre autocoidado para aprender estratexias destinadas a protexer a nosa integridade persoal. Deste modo, ademais de protexernos e coidarnos, garantimos unha correcta atención á cidadanía.

Grazas Ana por compartir este espazo de reflexión e análise dun servizo tan próximo e fundamental, o cal é o apoio vital para moitas persoas.





TÍTULO:

EL TRABAJO SOCIAL CLÍNICO ES LEGÍTIMO. ARGUMENTOS Y EVIDENCIAS QUE SUSTENTAN LA LEGITIMIDAD DE SU DESARROLLO EN ESPAÑA.

Autor: Regalado Piñeiro, Jonathan

Ano de referencia: 2022

ISBN: 978-84-1114-916-7

Número de páxinas: 163

Ángel Cidre Fernández, traballador social
angelcibrancidrefernandez@gmail.com

O traballo social clínico é unha especialidade da disciplina científica do traballo social, que no seu presente segue pelexando por conseguir a súa lexitimidade e recoñecemento profesional e legal en España, obxectivo que se propuxo alcanzar o autor de *El trabajo social clínico es legítimo*, Jonathan Regalado, que expón na súa obra toda a evidencia científica e xurídica para argumentar e defender esta premisa. No devandito libro, o autor comparte os inicios do traballo social clínico, as teorías argumentativas para apoiar a súa lexitimidade, os/as autores/as traballadores/as sociais que contribuíron cientificamente ao desenvolvemento desta especialidade e o momento expansivo no que se encontra este campo de traballo social na actualidade; combinado coas súas propias experiencias persoais nas que foi acusado de intrusismo por sectores ortodoxos da psicoloxía. El trabajo social clínico es legítimo pretende dar alento, forza e base científica a toda a profesión, para desenvolver as funcións que son propias da disciplina e protexer o que nos pertence.





O libro está composto por sete grandes capítulos. O primeiro divídese en dúas partes: na primeira define o concepto de traballo social clínico e na segunda comenta a orixe e a evolución desta especialidade. Empeza introducindo a área do traballo social clínico e fainos unha aproximación ao seu concepto, referenciando a diferentes autores/as, traballadores/as sociais, que o definiron; dende Pinkus, pasando pola Asociación Nacional de Traballo Social (NASW), ata chegar a unha das defensoras e referentes no traballo social clínico en España, Amaya Ituarte. O propio autor confecciona a súa propia definición, nas súas palabras, “no que respecta á práctica clínica do traballo social, concíboo como un proceso relacional, terapéutico, psicosocial e político, cuxo obxectivo é aumentar o benestar psicosocial e reducir as situacións perturbadoras deste”. Nesta parte do capítulo, tamén se fai fincapé nun tema clave: o traballo social clínico non se desenvolve só en contextos sanitarios, senón en multiplicidade de áreas do traballo social: centros educativos, xustiza, exercicio libre etc.; e afástase da posible dedución errónea dos/as traballadores/as sociais de conceptualizar indistintamente o traballo social sanitario co traballo social clínico (dedución que eu mesmo facía); xa que a definición de traballo social sanitario por autoras referentes neste campo como Dolores Colom, a expoñía como “especialidade do traballo social que se desenvolve e se exerce dentro do sistema sanitario: na atención primaria, na atención sociosanitaria ou na atención especializada”; e incluso a propia Amaya Ituarte no ano 2017, enmarcaba este “sempre dentro dun contexto xeral de tratamento e na orde de obxectivos de saúde para conseguir”. O traballo social clínico é lexítimo, acentúa e deixa claro a diferenza entre traballo social clínico e traballo social sanitario, paso importante para o progreso de ambas especialidades. Na segunda parte do capítulo, relata os inicios deste campo, situados nos anos 60 en Estados Unidos; e comenta as diferentes fases que foi atravesando esta práctica especializada: fase de xestación, de desenvolvemento e a actual fase de expansión.

O segundo capítulo fala dos roles, as funcións e os servizos de traballo social clínico. Neste capítulo pódese observar a estabilidade de traballo social clínico en Estados Unidos, en comparación con España, xa que esta especialidade se desenvolve en distintos ámbitos novidosos como colexios, programas de asistencia ao traballador, en tribunais ou en centros universitarios de *counselling*, entre moitos outros. A importancia deste capítulo radica no relato detallado das funcións de traballo social clínico, nas que destaca a psicoterapia, o punto que comporta máis polémica dentro desta área da profesión. Regalado afirma de forma clara que o/a traballador/a social clínico/a pode realizar terapia e psicoterapia, entendida como tal o “procedemento a través do cal se contribúe... a producir os cambios necesarios na experiencia subxectiva das persoas e a súa situación ambiental”. Outras funcións notables que o autor atribúelles aos especialistas é o adestramento en estratexias do afrontamento e en *mindfulness* (ambas incluídas dentro da función educativa do/a traballador/a social clínico/a) e a defensa de caso, composta pola defensa instrumental (a defensa que realiza o/a profesional polo cliente cando este non ten a capacidade de facelo), a defensa educativa (realizando accións de concienciación) e a defensa práctica (resaltando as funcións de acompañamento na intervención directa).

O terceiro capítulo céntrase no traballo social clínico en España. Fai un percorrido pola historia desta especialidade no noso país e fai mención ao legado que deixan os anos 80, coa chegada da democracia e o desenvolvemento do sistema público de servizos sociais; que permite unha expansión da profesión ao longo de todas as institucións, pero relegan, na súa meirande parte, o/a profesional do traballo social a unha posición burocrática-administrativa, deixando a parte psicosocial nun segundo plano. Narra multiplicidade de obras de traballo social clínico de





berce español e os diversos pasos dados por este campo, de entre os que se poden destacar a afirmación do Consello Xeral de Traballo Social en 2012, “dende unha perspectiva xurídica, o/a traballador/a social pode facer psicoterapia sempre que dispoña dunha titulación de traballo social e os estudos de posgrao necesarios que lle proporcionen as competencias técnicas para esas funcións”, a creación da Comunidade Internacional do Traballo Social Clínico (que a data de outubro de 2022 conta con 8.200 membros) ou a chegada do Instituto Español de Traballo Social Clínico en 2019. O autor indica que o 2020 e o 2021 foron os anos de maior formación e capacitación especializada de traballo social clínico, que xa conta co seu propio mestrado, ofertado pola Universidade Internacional de La Rioja (UNIR). Deste capítulo tamén me gustaría resaltar a alusión a Conde Megías e a súa teoría, o Traballo Social Experimental, achega por veces esquecida ou non suficientemente recoñecida, pero de magna importancia, por tratarse dunha teoría social con base científica, propia e orixinal do traballo social español (e de grande influencia para o traballo social clínico).

No cuarto capítulo trátase a opresión disciplinar que sofre o traballo social clínico e no quinto, contraargumentase e explícase a lexitimidade do traballo social para facer terapia, dende puntos de vista xurídicos, científicos e institucionais. Jonathan Regalado fala de experiencias persoais e conta como foi avisado polo Colexio de Psicoloxía de non seguir levando a cabo actividades propias da psicoloxía (escrito ao que el respondeu argumentando a lexitimidade do traballo social clínico para realizar terapia e a non comisión de intrusismo profesional pola súa parte) e como outros traballadores sociais acudiron a el, amedrentados por acusacións semellantes. A argumentación achegada polo traballador social clínico a nivel xurídico xira arredor da inexistente regulación da psicoterapia no noso país, polo que non se require de habilitación específica para exercela. A nivel científico, ao percorrido e historia do traballo social no campo da terapia, á produción científica achegada pola disciplina e as súas contribucións máis notables, como a terapia centrada en solucións, de Shazer e Berg ou a terapia narrativa, de White e Epston. A nivel institucional, no recoñecemento da función terapéutica como unha función propia da disciplina de traballo social pola Federación Internacional do Traballo Social, a Organización Mundial da Saúde ou a Organización Internacional do Traballo (entre outros); así como a plena instauración, recoñecemento e lexitimación do/a traballador/a social como psicoterapeuta en países como Austria, Finlandia, Francia, Países Baixos ou Suecia.

Nas conclusións de *El trabajo social clínico es legítimo*, o autor recórdalle ao/á traballador/a social que realice intervención clínica, non utilizar un enfoque puramente psicoloxizante ou puramente socioloxizante; a fortaleza desta área está na práctica integradora de ambas, tendo en conta os determinantes sociais e estruturais, xunto coa subxectividade e individualidade do suxeito. Ademais, inverte a negatividade e ameazas que rodea o traballo social clínico, nunha oportunidade para os/as colegas profesionais españois, aos/ás que alenta a construír esta especialidade acorde á realidade do noso pobo e cultura. A obra finaliza cun manifesto, no que o dedicado profesional invita os/as lectores/as a apoiar todo o relatado na autoría.

É un libro fácil de ler e dinámico, que brilla pola súa concreción e explicación da especialidade clínica en traballo social. O autor expón de forma clara en que consiste, resolve dúbidas entre a distinción do traballo social clínico e do traballo social sanitario, proporciona as ferramentas necesarias para que os/as propios/as profesionais de traballo social clínico crean na súa





capacidade e potestade para facer terapia e contribúe á profesión mediante a recompilación de todos os datos científicos e legais para defender a nosa postura profesional ante outros colectivos, que é de agradecemento.

Para concluír, cómpre recomendarlle a lectura a toda a profesión, teña ou non interese no traballo social clínico, para coñecer unha especialidade do traballo social que está loitando por facerse oco e que abre un campo laboral importante que moitos/as ansían e desexan; a apertura dunha consulta autónoma e independente como traballador social e terapeuta. Tamén animo os/as lectores/as a darlle unha oportunidade á lectura, polo cariz importante e base que ten a especialidade do traballo social clínico; o aspecto relacional e psicosocial, máis esquecido na actualidade, por costume dos demais profesionais a situarnos só como axentes burocráticos e procuradores de recursos, e ás veces por costume propio.





TÍTULO:

AUTONOMÍA, DEPENDENCIA Y SERVICIOS SOCIALES

Coordinado por: Carmen Alemán Bracho,
José M^a Alonso Seco, Rosa Peñasco Velasco

Editorial: Thomson Reuters Aranzadi

Año: 2021

Número de páxinas: 475

ISBN: 978-84-1390-896-0¹

Autor: Breogán Riobóo Lois,
traballador social e investigador de predoutoramento
FPU20/061201 arioboo@uvigo.es

¹ Financiado polo Ministerio de Universidades. Contacto: arioboo@uvigo.gal





Podemos considerar as autoras deste libro como clásicas da literatura sobre servizos sociais para o traballo social, con Carmen Alemán Bracho á súa cabeza. Dende este punto de vista, tiña moitos boletos para ser quen encabezase unha nova actualización, moi necesaria, da literatura sobre a temática. Sen dúbida, os cambios lexislativos e normativos son tan abundantes en materia de servizos sociais que ao engadir as situacións de dependencia e a autonomía persoal case invitaría a agardar uns cantos anos máis ata comprobar que todo vai asentando.

Non obstante, tanto a academia, como o exercicio da profesión no día a día precisan de traballos coma este, que nos faciliten unha información actualizada, relevante, pertinente e cunha cohesión interna que favoreza a súa lectura e comprensión. Iso foi o que conseguiron as oito autoras que participaron na súa redacción.

Polo tanto, *Autonomía, dependencia y servicios sociales* é unha obra colectiva que consta de doce capítulos e que parte dunha composición de lugar necesaria, na que Carmen Alemán Bracho e María del Mar Ramos Lorente recollen a construción social do concepto de dependencia no contexto español. Deste xeito, vai introducindo conceptos como os de discapacidade, deficiencia, dependencia, autonomía, actividades da vida diaria, accesibilidade, barreiras, coidados informais, coidados profesionais, coidados de longa duración ou atención integral, entre outros.

Avanza o libro, da man de Julia Ramiro Vázquez, presentando o proceso de emerxencia, construción e consolidación da dependencia como un problema social o que conecta co terceiro capítulo dende unha perspectiva do contexto europeo e do contexto estatal. De seguido, achéganos a integración da autonomía persoal e da atención á dependencia no sistema público de benestar social español, analizando as distintas posibilidades de integración no Sistema Nacional de Saúde, no Sistema da Seguridade Social e no Sistema de Servizos Sociais.

Cando as lectoras xa estamos situadas na temática e o seu contexto, José María Alonso Seco introdúcenos no Sistema para a Autonomía e Atención á Dependencia e a súa interacción cos servizos sociais dende un punto de vista global, a nivel do Estado, para, posteriormente afondar nas súas interaccións a nivel autonómico. Neste punto é salientable a revisión da normativa autonómica máis recente, expoñendo exemplos concretos sobre as diferenzas existentes entre o recoñecemento de dereitos subxectivos nunhas e noutras comunidades autónomas por riba do marco mínimo que establece a Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia. Unha lei, por certo, á que dende o traballo social cumpriría que asumiramos como Lei de promoción da autonomía ou LEPA, fronte á Lei de dependencia, LAAD ou LAPAD como se lle acostuma chamar.

Por outra banda, hai unha serie de capítulos da obra que poñen o foco nunha serie de temáticas ben importantes para a materia. A cargo de Jesús Fernández Rodríguez o coidado informal e a súa relevancia dende o prisma xurídico-social é un deles. Xunto a el, a reflexión sobre as luces e as sombras na promoción da autonomía persoal das persoas en situación de dependencia, así como o capítulo dedicado á análise da financiación, ou a falta dela, do sistema son imprescindibles para comprender a situación actual deste e os retos que, entre outros, o traballo social ten no presente e no futuro.





Por suposto, que se trate dun libro de recente publicación permite a incorporación neste de certos elementos que, ata o momento, non se viñan incorporando ao falar de servizos sociais, de autonomía e de dependencia. Uns por imposibles ou inesperados, como o impacto e a influencia da aparición da Covid-19 no sistema, e outros, en parte, pola desconexión dunha parte da academia, da profesión e dos ámbitos onde exercemos das novas tecnoloxías da información e a comunicación. Estas últimas moitas veces vistas como alleas e molestas e das que xustamente a pandemia veu amosar moito do seu potencial para a actuación social. Mais se hai que destacar un dos capítulos que incorpora información novidosa, é o de María Pilar Munuera Gómez sobre a xestión de conflitos e a mediación na atención á dependencia. Non só polo achegamento que fai á temática, senón polo procedemento de mediación que recolle para as situacións de dependencia e mesmo polas experiencias existentes que inclúe, de tal xeito que fai moi doado poder chegar a unha maior información de interese ao respecto.

En resumo, trátase dunha obra imprescindible para as novas xeracións de traballadoras sociais, ben daquelas que están cursando o Grao en Tráballo Social, ben daquelas que acaban de incorporarse recentemente ao exercicio profesional ou á academia. Mais tamén é un libro moi interesante para aquelas persoas que levan anos, ou mesmo décadas, exercendo a profesión, pois achega información importante, pertinente e actual, ademais de enlazar con outros recursos de grande relevancia entre as súas referencias bibliográficas e anotacións.





TÍTULO:

LIDERADO E APODERAMENTO DE MULLERES LÍDERES COMUNITARIAS: UN ESTUDO SOCIOEDUCATIVO NO MUNICIPIO DE YUMBO-COLOMBIA

Autora: Diana Morela Escobar Arias

Natureza do traballo: Traballo de doutoramento

Ano: 2021

Directoras: María Belén Caballo Villar e Rita Gradaílle Pernas

PALABRAS CLAVE

Liderado feminino, apoderamento, educación, desenvolvemento comunitario, Colombia.

OBXECTIVO

Analizar a importancia do liderado e do apoderamento feminino para a transformación das políticas sociocomunitarias en Colombia, e tamén, visualizar a experiencia das mulleres líderes comunitarias (MLC) do municipio Yumbo-Colombia e resaltar a importancia da educación nos seus procesos de apoderamento e liderado.

METODOLOXÍA

Recorreuse a unha estratexia metodolóxica de corte cualitativa que –a través do método socio-biográfico– permitiu indagar nas traxectorias de vida de 15 mulleres líderes comunitarias pertencentes a este municipio. Unha circunstancia que comportou unha interacción directa mediante a realización de entrevistas en profundidade, e que posibilitou o acceso os seus testemuños, así como coñecer as súas perspectivas respecto d.a temática estudada





RESULTADOS

Esta investigación atopou diferentes resultados enmarcados en planos que transitan desde o persoal ao colectivo. Neste caso, e como primeiro resultado, está o **Impacto do liderado a nivel persoal**, alí atopáronse testemuños que apuntan á xeración de autoconfianza, adquirir habilidades sociais, como mellorar a súa comunicación cos outros, e isto levounas a saber xestionar recursos, defender os seus dereitos, ser amorosas, responsables e respectar os demais. As habilidades sociais permitíronlles coñecer máis e mellor os outros, pois escoitan con atención e exprésanse con maior facilidade que antes.

As aprendizaxes a nivel persoal e relacional reforzan a autoconfianza das mulleres nas súas capacidades individuais e emocionais á hora de liderar procesos, o que simultaneamente favorece o seu recoñecemento por parte doutras persoas da comunidade. Recoñecer esas calidades a nivel persoal non as desvincula do colectivo; de feito, podería dicirse que –grazas aos seus labores de liderado comunitario– a conexión entre o que se sente como un logro a nivel persoal e aquilo que é un logro colectivo, estréitase tanto que, elas empezan a vincular os seus beneficios a nivel persoal cos logros e transformacións que se xeran nas persoas da súa comunidade.

Pola súa banda, algunhas destas líderes comunitarias recoñecen que a súa experiencia lles permitiu formarse a través do contacto coa comunidade, de talleres ou capacitacións, aínda que non puidesen acceder á educación regrada, con todo, hai outras mulleres que se interesan na educación superior, pensando que aquilo que poden aprender na universidade poida repercutir no benestar da súa comunidade.

En segundo lugar, está o **Impacto do liderado a nivel relacional**. Estes evidencian que, principalmente, nas vidas das mulleres o liderado favoreceu as súas familias a través do ensino e do empoderamento, pois, adquirir recursos, non necesariamente económicos, benefíciense as súas parellas, contorna familiar e a comunidade. Grazas ao que aprenderon como líderes, tamén se transforman algúns aspectos negativos na relación cos seus propios fillos, como os malos tratos infantís, e comparten esas aprendizaxes con outras nais e cos seus grupos familiares.

Un impacto rechamante é que as mulleres vinculan os seus fillos/as nas actividades e nos valores un liderado que elas mesmas levan a cabo na comunidade. Ademais, sinalan se hai territorios nos que o feito de liderar procesos na comunidade contén certos elementos de transferencia familiar, é dicir, que é moi probable que, no futuro, os/as fillos/as destas mulleres repliquen os valores comunitarios e colectivos que as súas nais lles inculcaron e continúen sendo líderes desta mesma comunidade ou outras.

En terceiro lugar, atópase o **Impacto do liderado a nivel colectivo/comunitario**. Neste apartado fan presenza, principalmente, as características dos liderados femininos no municipio de Yumbo, Colombia. Por exemplo, están o afecto e o compromiso pola comunidade, priorizar os intereses colectivos sobre os individuais; capacidade de mobilizar a comunidade; ademais de centrarse na organización comunitaria e os resultados. Con respecto a aquelas características con menor presenza nas entrevistas, atopáronse a resolución de conflitos de forma construtiva, o estímulo intelectual aos demais compañeiros/as de labor comunitario, a inspiración a outros e o feito de ser boa comunicadora social.





Finalmente, as líderes recoñecen que as accións na comunidade, a través de reunións e demandas ás entidades correspondentes (alcaldía, centros educativos, empresas etc.), sobre unha necesidade ou problemática vivida, representa unha das maneiras máis eficaces para a procura de solucións. Pola súa banda, as mulleres comentan que as súas contribucións a nivel colectivo se evidencian con forza na promoción do desenvolvemento social nos barrios de San Jorge, Panorama, Las Américas, Villa Esperanza e Puerto Isaac; uns barrios da Comuna Uno que, na cidade, son discriminados polas condicións de pobreza e inseguridade por mor da violencia e a falta de oportunidades que vivencian os seus habitantes. O obxectivo prioritario para as mulleres líderes nestes territorios son o cambio social desas realidades.

PRINCIPAIS CONCLUSIÓNS

Este traballo demostrou que hai mulleres líderes que contribúen ao cambio desde o seu escenario máis próximo, a pesar das brechas de desigualdade social ás que foron historicamente sometidas. Cabe sinalar que o municipio de Yumbo ten un alto potencial de liderado feminino nos barrios Comuna Uno, xa que estas mulleres participaron activamente durante máis de dez anos nos proxectos que promoven o desenvolvemento da súa comunidade.

Os resultados mostran, ademais, que os coñecementos adquiridos durante as súas vidas (en contornas familiares, escolares e comunitarias) son fundamentais para construír e consolidar o seu liderado comunitario e que o contexto familiar inflúe significativamente no interese e compromiso pola transformación social.

Doutra banda, as cuestións veciñais e a participación en proxectos comunitarios son os principais factores que motivan as mulleres para asumir funcións de liderado. En xeral, obsérvase un estilo de liderado carismático e transformador que ten un impacto positivo tanto a nivel persoal como comunitario.

Finalmente, un enfoque interseccional para dereitos humanos e un enfoque de xénero no deseño de estratexias deben aplicarse para demostrar as necesidades reais e recoñecer os dereitos da muller mediante programas destinados a promover políticas públicas. Do mesmo xeito, a vixilancia e o apoio é esencial para condenar e opoñerse ás violacións dos dereitos humanos en Colombia, especialmente as relacionadas co xénero.





TÍTULO:

INFLUENCIA DA SOCIALIZACIÓN NAS REDES SOCIAIS E DA AUTOESTIMA SOBRE OS TRASTORNOS DA CONDUCTA ALIMENTARIA NA ADOLESCENCIA. RESPOSTAS DENDE O TRABALLO SOCIAL.

Autora: Frieiro Padín, Paula

Natureza do traballo: Traballo de doutoramento

Ano de referencia: 2022

Director: Rubén González Rodríguez

Accesibilidade ao documento: Biblioteca da Escola Universitaria de Traballo Social de Santiago de Compostela. Repositorio Institucional da Universidade de Vigo: Investigo. Ficha TESEO.

PALABRAS CLAVE

Adolescencia; autoestima; redes sociais; Traballo social; Trastornos da conduta alimentaria.

OBXECTIVO

Analizar a influencia da autoestima e o uso das redes sociais sobre os trastornos da conduta alimentaria na etapa da adolescencia, así como afondar na atención a nivel social e familiar desde o Traballo Social.

RESUMO

A tese de doutoramento aborda os trastornos da conduta alimentaria (TCA) e as recentes dinámicas de socialización que se foron xerando dende a aparición e o uso xeneralizado das redes sociais por parte das persoas máis mozas. A través do compendio de publicacións científicas, e mediante análises cuantitativas e cualitativas, analizouse a influencia da autoestima e do uso das redes sociais sobre os TCA na adolescencia. Os resultados mostran que a socialización en redes, as variables persoais e familiares e a autoestima inciden no risco de padecer TCA. Ante estas situacións, e desde a óptica do Traballo Social, observouse que a profesión pode mellorar o impacto que os TCA provocan sobre o proxecto de vida da persoa afectada, así como no plano e na dinámica familiar. Ademais, no desenvolvemento da tese creouse unha ferramenta preventiva en formato de aplicación móbil para minimizar o impacto das condutas de risco derivadas da socialización en redes sociais.





METODOLOXÍA

Esta é unha tese de compendio de publicacións. De acordo coa normativa da Universidade de Vigo, esta tese está incluída dentro da modalidade “Tese que inclúe artigos de investigación”. Ademais, cumpre os requisitos para ser recoñecida como tese por compendio de publicacións. Xa que cumpre o requisito mínimo de presentar tres artigos de investigación, publicados ou aceptados nun índice internacional como JCR ou verificados por criterios da CNEAI. Neste caso, sete dos oito estudos presentados cumpren este requisito, o último estudo atópase actualmente en proceso de publicación.

A metodoloxía de investigación baseouse nunha perspectiva mixta, de xeito que se combinaron diferentes métodos de investigación: metodoloxías cualitativas; investigación cuantitativa e investigación aplicada mediante a creación e proposta dunha ferramenta tecnolóxica. A tese tamén se levou a cabo en catro fases de investigación que se pasan a especificar a continuación.

A primeira fase correspóndese coa das revisións sistemáticas, produto de esta publicáronse tres revisións sistemáticas internacionais. As tres revisións realizadas seguiron a lista de verificación e o protocolo PRISMA. Ademais, estas analizáronse a partir dun proceso de análise de contido indutivo.

Na segunda fase realizáronse tres traballos cuantitativos, nos que se plasmaron os datos recollidos a través dunha ampla mostra de alumnado de educación secundaria obrigatoria, matriculado durante o curso escolar 2019/2020 na Comunidade Autónoma de Galicia. Dita mostra contou con representación das catro provincias galegas. A recollida de datos realizouse entre setembro de 2019 e marzo de 2020, momento no que a recollida tivo que interromperse pola situación de pandemia. A mostra total alcanzada estivo formada por 790 alumnos/as, que cubriu os cuestionarios EAT-26, para medir actitudes e comportamentos relacionados cos TCA; o cuestionario Rosenberg, para medir a autoestima persoal, e a escala ESOC-39 para avaliar a socialización a través das redes sociais. A partir do proceso descrito elaboráronse tres artigos. A análise de datos destes estudos realizouse mediante análises descritivas, multivariantes (a través de manova), tamén mediante análises factoriais, exploratorias e confirmatorias.

A terceira fase da tese correspondeuse cun estudo cualitativo. Este traballo tratouse ao mesmo tempo dun estudo comparativo entre Suecia e España. Neste caso realizouse no marco dunha estadía de investigación realizada na Universidade de Lund (Suecia). En ambos os países, a especificidade do tema requiriu entrevistas en profundidade con profesionais do Traballo Social, psicólogos/as sociais, directores/as e presidentes/as de asociacións de TCA, así como tamén da perspectiva familiar. Deste xeito, tentouse recoller unha visión global das necesidades sociais destes trastornos. O número total de entrevistas realizadas foi de trece.

Para rematar o apartado metodolóxico preséntase a cuarta fase da investigación, que se corresponde coa investigación aplicada para a intervención. Esta investigación aplicada levouse a cabo mediante a creación dunha ferramenta socioeducativa, unha aplicación móbil en formato xogo. O desenvolvemento da aplicación móbil centrouse na gamificación, como ferramenta lúdica que favorece o coñecemento, a cohesión grupal e a reflexión. A poboación diana foron adolescentes de entre 12 e 17 anos da provincia de Ourense. No que respecta ao equipo de creación





da aplicación, este estivo formado por catro profesionais de Traballo Social, unha persoa de Psicoloxía Básica e cinco profesionais de Enxeñaría Informática. Para dar resposta á coordinación profesional utilizouse a metodoloxía *Scrum*, que consistiu en reunións áxiles que permitisen realizar cambios e intercambiar os resultados de cada un dos subgrupos de traballo.

RESULTADOS

Ao tratarse dunha tese por compendio, os resultados presentaranse tendo en conta os oito estudos realizados.

O primeiro dos artigos titulouse “Social media and eating disorder psychopathology: A systematic review”, e publicouse na revista *Cyberpsychology*. A revisión identificou 19 artigos dun total inicial de 257 referencias. Como principais resultados, obsérvase que os comentarios positivos e negativos producen autoobxectivación e autocontrol corporal. Tamén foron salientables os resultados obtidos a partir das persoas que tiñan un diagnóstico de TCA, xa que o 42% consideraba que as redes axudaban a perpetuar a súa enfermidade. Ao mesmo tempo púidose observar que a influencia do tempo adicado ás redes xera unha maior preocupación pola imaxe corporal e a delgadez. Ademais, a maior tempo empregado en redes sociais, menor era a autoestima física.

O segundo estudo versa sobre o capítulo de libro titulado “El papel de la autoestima sobre los trastornos de la conducta alimentaria durante la adolescencia: revisión sistemática internacional (2015-2020)”, capítulo que foi publicado en Aranzadi. Entre os 27 traballos seleccionados para o estudo, púidose observar unha falta de variedade sociodemográfica das mostras, xa que a maioría dos estudos centráronse en Europa e Norteamérica. A partir dos resultados deste traballo, conclúese que é necesario seguir incorporando o estudo da autoestima respecto da saúde mental na adolescencia, xa que pode afectar ou ser predictor de trastornos alimentarios durante esta etapa do ciclo vital.

Os resultados do terceiro artigo, titulado “Influencia de variables personales y familiares en los trastornos de conducta alimentaria” verificaron diferenzas en canto á idade, ao curso escolar, ao uso das redes sociais, ao nivel educativo da familia e ao grao de relación familiar sobre as actitudes asociadas a os TCA. Tamén se evidencia que é no inicio da adolescencia cando se manifesta maior preocupación sobre as condutas alimentarias, así se reflicte tamén na variable curso escolar, xa que o alumnado de primeiro e segundo da ESO mostra unha maior preocupación pola alimentación e un maior control oral que o alumnado de cuarto curso. Por último, no que respecta á dimensión bulimia, o alumnado de terceiro curso presenta valores superiores aos de cuarto curso. Os resultados máis significativos déronse nas variables de tipo familiar. Deste xeito, a mostra de estudantes de familias con estudos primarios e secundarios mostra unha maior preocupación pola alimentación que a das familias con estudos universitarios. Do mesmo xeito, as persoas de familias con estudos primarios presentaron un maior control oral que as familias con estudos secundarios. Considerando a relación familiar, unha relación moderada ou media xera unha maior preocupación pola alimentación que no caso de persoas con relación familiares boas e moi boas. O coñecemento detallado das variables individuais e familiares permite en consecuencia mellorar a intervención social e tamén o deseño de estratexias preventivas.





No que respecta ao artigo titulado “Autoestima en estudantes españoles de secundaria: dimensiones e influencia de variables personales y educativas” púidose observar que o xénero, a idade, o curso académico e o tipo de centro provocan diferenzas significativas nos niveis de autoestima da poboación adolescente. Máis concretamente presentan unha maior autoestima positiva se son homes, se cursan primeiro, segundo ou cuarto da ESO e se estudan en centros concertados. Coñecer estes datos é relevante para poder saber en que momentos, circunstancias e sobre que variables se debe promover unha mellor autoestima na adolescencia.

O quinto estudo da tese leva por título “Self-esteem and socialisation in social networks as determinants in adolescents’ eating disorders”. En canto aos principais resultados, pódese destacar que as puntuacións máis altas en canto ao risco de padecer un TCA identifícase cando a adolescencia ten baixa autoestima. En relación ás redes sociais, unha alta dependencia da socialización nas redes xera máis problemas nas condutas relacionadas coa alimentación. Ao mesmo tempo, a adolescencia mostra un maior incremento das condutas de TCA cando perciben situacións de violencia ou rexeitamento nas redes sociais.

A última revisión sistemática que se presenta é o primeiro artigo de revisión identificado que aborda o papel do Traballo Social ante os TCA. A partir da revisión, identificouse que o Traballo Social pode mellorar o impacto no proxecto de vida da persoa afectada, promover unha vida máis vivible e mellorar as dinámicas familiares que se viron afectadas pola enfermidade.

O penúltimo traballo trátase do estudo comparado entre Suecia e España. Neste senso, en España detéctase unha carencia de datos de prevalencia e informes que se centren nos trastornos alimentarios, tal e como sucede no caso de Suecia. Neste mesmo ámbito territorial tamén se puido observar a necesidade de abordar o trastorno por atracón dende o punto de vista da saúde mental, como xa sucede tamén no territorio de Suecia. En España, as limitacións no acceso á atención e aos recursos foron outra das demandas máis reiteradas, destacando as listas de espera, a necesidade de acudir a recursos privados ou de recorrer a outras comunidades autónomas para recibir atención especializada. Na actualidade en España identificouse como unha dificultade a rotación do persoal, que imposibilita a atención especializada con equipos de traballo estables. En Suecia cómpre mencionar que non hai respostas completamente privadas aos TCA. Cómpre tamén sinalar que en España a situación de pandemia por COVID-19 provocou un maior illamento social que en Suecia, onde as medidas restritivas foron máis laxas. Por outra banda as profesionais suecas destacaron a soidade e o illamento derivados dos TCA como unha das dificultades e necesidades a cubrir en maior medida. Ademais, a atención social que se presta neste territorio vai dirixida fundamentalmente á familia nuclear.

O último estudo do que se compón a tese trátase do desenvolvemento dunha investigación aplicada para a intervención. Tal e como xa se mencionou no apartado metodolóxico, este traballo consistiu na creación dunha aplicación móbil socioeducativa en formato xogo. A aplicación levou o nome de “DIXITOU”, xogo no que se desenvolveron gráficos e narracións adaptadas ao alumnado da ESO. A dinámica e o desenvolvemento do xogo centrouse en dar resposta a preguntas sobre o uso seguro e responsable das redes sociais, mediante o fomento da privacidade dos datos, a condena de condutas de acoso, a condena das burlas cara o físico e, en xeral, centrouse en fomentar o pensamento crítico. Dende a óptica do Traballo Social intentouse





introducir prácticas inclusivas de xeito transversal, tales como o fomento do xogo dende a “non violencia”, a accesibilidade ao xogo ou a linguaxe inclusiva. O resultado final foi rexistrado como programa informático no rexistro da propiedade intelectual.

PRINCIPAIS CONCLUSIÓNS

Neste apartado preséntanse as principais conclusións derivadas dos oito estudos. En primeiro lugar, conclúese que é necesario promover a prevención vinculada coas redes sociais, así como xerar habilidades sociais que favorezan a resistencia ao perfeccionismo corporal. Tamén se considera necesario seguir incorporando o estudo da autoestima en relación á saúde mental, xa que é un predictor de trastornos alimentarios na adolescencia. Polo citado e pola evidencia empírica, reflíctese a necesidade de continuar desenvolvendo estratexias de prevención que aborden a mellora da autoestima e a adecuada socialización a través das redes sociais. A influencia das variables persoais e familiares nos TCA sustenta a influencia de factores socioculturais, que deben ser considerados tanto para o diagnóstico como para a intervención social dos TCA. Así mesmo tamén se han de considerar as variables de xénero, idade e variables educativas como curso académico e tipo de centro, xa que motivan diferenzas significativas na autoestima da adolescencia.

Finalmente, e debido ao empeoramento que provocan os TCA no proxecto vital, a nivel familiar e na rede de apoio, estímase que o Traballo Social debe ter unha maior implicación profesional. Así mesmo, o Traballo Social debe ser unha profesión de referencia para atender as necesidades e cambios persoais e familiares. A partir dos resultados expostos, tamén se identifica oportuno continuar promovendo o desenvolvemento de ferramentas dixitais, tales como o xogo preventivo presentado.



