

FERVENZAS 27

REVISTA
GALEGA DE
TRABALLO
SOCIAL



Colexio Oficial de
Traballo Social
de Galicia

DATA: DECEMBRO 2024

XUNTA DE GOBERNO

Presidencia: Miriam Rodríguez Sierra

Secretaría: Ana María Rodríguez Fernández

Vicepresidencia: Ana María Vilar Varela

Tesouraría: Antonio Doval Canabal

Vogal: María Rosario Capelo Casas

Vogal: Cristina Díaz Mira

Vogal: Elena Gómez Fenández

Vogal: María Isabel Fernández Lema

Vogal: Beatriz Vázquez Vázquez

Vogal: Laura Zapato 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 Traballo Social de Galicia

Rúa Dublín, 6, baixo, porta 3

15707 Santiago de Compostela

Teléfono: 981 56 81 00

E-mail: fervezas@traballosocial.gal

DATA DE PUBLICACIÓN

Decembro 2024

Deseña: Colexio oficial de Traballo Social de Galicia

ISSN: 1698 - 5087

ISSN electrónico: 2254 - 7657

Dep. Legal: C-1.8884/97

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

SUMARIO

NÚMERO 27

LIMIAR 5

ARTIGOS

O tabú da sexualidade na muller maior: unha investigación cualitativa

Santiago Aller García 8

Non hai Traballo Social se non hai planeta

Marta Pernas Rodríguez 42

O Traballo Social no sistema educativo vasco, unha aposta social e política

Edurne Aranguren Vigo

Kristina Jausoro Alzola 74

O Traballo Social en educación, unha aposta de futuro: Decálogo da intervención profesional

Laura Zapata Criado

Ana María Vilar Varela 98

Saúde Mental, malestar social e capitalismo tardío: Achegas para o Traballo Social

Antía González Devesa 118

Aproximación ao servizo de rehabilitación do hospital Meixoeiro no Chuvi. Perfil dos pacientes e intervención dende o servizo de Traballo Social Sanitario

Alejandro Guerra Rivas 148

PREMIOS DÍA MUNDIAL DO TRABALLO SOCIAL 2024

- **Modalidade Boas Prácticas**

Anhelos exposición fotográfica sobre a deconstrución da masculinidade tradicional

Patricia Vidal González

Ana de la Torre Alvaredo 174

- **Modalidade Investigación**

Traballo Social e educación afectivo-sexual en Galicia: Unha análise dos materiais elaborados polos centros de información e asesoramento para o alumnado de educación secundaria

Lucía Carballeira Vieites

Ana Sánchez Bello 198

- **Modalidade TFG/TFM**

A mellora da satisfacción laboral en profesionais en centros de día: Unha proposta de intervención

Susana Seoane Veiras230

EN REDE

Previr o suicidio xuvenil: O programa YAM

Beatriz Gómez Gómez

Alexandre García Caballero265

ENTREVISTA

Ana Pardo Fernández – Presidenta EAPN Galicia e directiva Provivienda en Galicia

Mesa de redacción 271

RECENSIÓN DE PUBLICACIÓN

Para que servimos as traballadoras sociais?

Ángela Rial Fernández..... 276

FICHAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL

Diversidade Familiar en América do sur e España

Leidi Viviana Moreno Parra 281

Práctica política e proceso decisional na profesionalización do Traballo Social en España (1968-1988). Un análise do discurso

Xoán Lombardero Posada287

ESPAZO ABERTO

Aspectos sociais das Ostimías

Luz María Vázquez Macías

Ana María Goberna Comesaña291

LIMIAR

Prezadas compañeiras/os:

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

Comprácenos abrir este número da revista da man de Santiago Aller García, co seu artigo *O tabú da sexualidade na muller maior: Unha investigación cualitativa*, unha investigación que pretende dar visibilidade e coñecer as experiencias e vivencias persoais das mulleres que se atopan na terceira idade no tocante á súa sexualidade.

Continúa a revista co artigo *Non hai Traballo Social se non hai planeta* ca autoría de Marta Pernas Rodríguez no cal aborda a emerxencia climática e sistémica como un escenario de intervención prioritario no Traballo Social, introducindo o mundo do Traballo Social Eco-social, verde, eco-crítico e sostible, repasando novos paradigmas emerxentes como son a permacultura ou ecofeminismo decolonial.

No ámbito da educación contamos, en primeiro lugar, unha tradución ao galego do artigo *O Traballo Social no sistema educativo vasco, unha aposta social e política* da man de Edurne Aranguren Vigo e Kristina Jausoro Alzola. E en segundo lugar *Traballo Social educativo, unha aposta de futuro: Decálogo da intervención profesional* ca autoría de Laura Zapata Criado e Ana María Vilar Varela que presentan un decálogo para a intervención no exercicio profesional do Traballo Social en educación.

Tamén no ámbito da saúde mental presentamos o artigo de Antía González Devesa *Saúde Mental, malestar social e capitalismo tardío: Achegas para o Traballo Social* un artigo no que aborda o malestar social que produce o capitalismo tardío e que ten como resultado problemáticas de saúde mental, dende un enfoque de dereitos para apostar por un Traballo Social Crítico e Antiopresivo.

Ademais, no ámbito da saúde contamos coa investigación *Aproximación ao servizo de rehabilitación do hospital Meixoeiro no Chuvi. Perfil dos pacientes e intervención dende o servizo de Traballo Social Sanitario* de Alejandro Guerra

Rivas, neste artigo analízase o perfil das/os pacientes hospitalizadas/os no servizo de rehabilitación, así como coñecer a intervención do Traballo Social dentro do equipo asistencial.

Destacar así mesmo os artigos premiados no ano 2024, na modalidade de boas prácticas o artigo *Anhelos: Exposición fotográfica sobre a deconstrución da masculinidade tradicional* de Patricia Vidal González e Ana de la Torre Alvaredo, na modalidade de investigación *Traballo Social e educación afectivo-sexual en Galicia: Unha análise dos materiais elaborados polos centros de información e asesoramento para o alumnado de educación secundaria* elaborado por Lucía Carballeira Vieites e Ana Sánchez Bello e por último na modalidade de TFG/TFM temos o artigo de Susana Seoane Veiras *A mellora da satisfacción laboral en profesionais en centros de día: Unha proposta de intervención*.

Na sección En Rede dáse a coñecer o *Programa Yam: Previr o suicidio xuvenil* por Beatriz Gómez Gómez e Alexandre García Caballero

Seguidamente na sección entrevista a Mesa de Redacción realiza unha entrevista a Ana Pardo, unha traballadora social referente no ámbito do terceiro sector e en materia de vivenda.

Na sección de Recensión de Publicación, atoparedes a realizada por Ángela Rial Fernández sobre o libro *Para que servimos as traballadoras sociais?* escrito por Esteban Sánchez Moreno e Lorena Gallardo Peralta.

Pechamos este número con dúas fichas das teses de doutoramento. En primeiro lugar Leidi Viviana Moreno Parra coa súa tese *Diversidade familiar en América do sur e España*. E en segundo lugar a ficha da tese de Xoán Lombardero Posada *Práctica política e proceso decisional na profesionalización do Traballo Social en España (1968-1988): Unha análise do discurso*

Agardamos que este novo número da revista sexa do voso interese, e damos as grazas a todas as persoas que colaboraran na súa realización. Finalmente, alentámosvos a publicar nos próximos número de Fervenzas para contribuír á visibilidade do labor profesional.

A mesa de redacción

ARTIGOS



O TABÚ DA SEXUALIDADE NA MULLER MAIOR: UNHA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.

EL TABÚ DE LA SEXUALIDAD EN LA MUJER MAYOR: UNA
INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.

THE TABOO OF SEXUALITY IN ELDERLY WOMEN: A QUALITATIVE
RESEARCH.

Santiago Aller García – Traballador social en ALCER Lugo

santialler@gmail.com

RESUMO

Introdución: a sexualidade da muller maior é un aspecto fundamental da súa existencia que está presente durante todo o seu proceso vital. Esta supuxo ao longo dos tempos un tema tabú. **Obxectivo xeral:** coñecer e analizar as experiencias e vivencias persoais das mulleres que se atopan na terceira idade, no tocante á súa sexualidade. **Metodoloxía:** investigación cualitativa. **Técnica de recollida de datos:** entrevista semiestruturada ás mulleres participantes, ata cumprir criterio de saturación. **Resultados:** as mulleres presentan visións heteroxéneas sobre a sexualidade. Gran parte delas concíbea como un aspecto íntimo da vida ligado ao amor entre home e muller, así como ao acto reprodutivo co fin de procrear. A maioría valora satisfactoriamente as súas experiencias sexuais ao longo da vida, pero na actualidade, indican que estas non son tan positivas e son menos frecuentes. Estas experiencias foron influenciadas por factores predominantemente sociais. O estereotipo máis localizado foi o da invisibilidade sexual. **Conclusións:** os principais desafíos dende o traballo social inclúen xerar máis ferramentas para a abordaxe da sexualidade das mulleres maiores, así como darlle visibilidade, co fin de mellorar a calidade de vida deste colectivo.



PALABRAS CHAVE

Tabú, sexualidade, muller maior, envelhecimento, experiencias.

RESUMEN

Introducción: La sexualidad de la mujer mayor es un aspecto fundamental de su existencia que está presente durante todo su proceso vital. Esta supuso a lo largo de los tiempos un tema tabú. **Objetivo general:** Conocer y analizar las experiencias y vivencias personales de las mujeres que se encuentren en la tercera edad, en lo tocante a su sexualidad. **Metodología:** Investigación cualitativa. **Técnica de recogida de datos:** Entrevista semiestructurada a las mujeres participantes, hasta cumplir criterio de saturación. **Resultados:** Las mujeres presentan visiones heterogéneas sobre la sexualidad. Gran parte de ellas la concibe como un aspecto íntimo de la vida ligado al amor entre hombre y mujer, así como al acto reproductivo con el fin de engendrar. La mayoría valora satisfactoriamente sus experiencias sexuales a lo largo de la vida, pero en la actualidad, indican que estas no son tan positivas y son menos frecuentes. Estas experiencias fueron influenciadas por factores predominantemente sociales. El estereotipo más localizado fue el de la invisibilidad sexual. **Conclusiones:** Los principales desafíos desde el Trabajo Social incluyen generar más herramientas para el abordaje de la sexualidad de las mujeres mayores, así como visibilizarla, con el fin de mejorar la calidad de vida de este colectivo.

PALABRAS CLAVE

Tabú, sexualidad, mujer mayor, envejecimiento, experiencias.

ABSTRACT

Introduction: The sexuality of older women is a fundamental aspect of their existence that is present throughout their life process. This was a taboo subject throughout the ages. **General objective:** Know and analyze the experiences and personal experiences of women who are in the elderly, regarding their sexuality. **Methodology:** Qualitative research. **Data collection technique:** Semi-structured interview with participating women, until saturation criteria are met. **Results:** Women present heterogeneous views on sexuality. A large part of them conceive it as an intimate aspect of life linked to the love between man and woman, as well as the reproductive act with the aim of engendering. The majority



value their sexual experiences throughout their lives satisfactorily, but currently, they indicate that these are not as positive and are less frequent. These experiences were influenced by predominantly social factors. The most localized stereotype was that of sexual invisibility. **Conclusions:** The main challenges for Social Work include generating more tools to address the sexuality of older women, as well as making it visible, in order to improve the quality of life of this group.

KEYWORDS

Taboo, sexuality, older woman, aging, experiences.

INTRODUCCIÓN E XUSTIFICACIÓN

Tal e como establece a Organización Mundial da Saúde (2006), a sexualidade trátase dun aspecto fundamental e vital do ser humano que persiste durante todo o seu procesovital. Ademais do sexo ou o acto reprodutivo, a sexualidade tamén engloba as diversas identidades, así como os roles de xénero, o pracer, o erotismo, a intimidade ou a orientación sexual. A devandita sexualidade experimentase e maniféstase por medio de desexos, fantasías, crenzas, actitudes, valores ou comportamentos.

Non obstante, tal e como recollen Cerquera et al. (2013) nun estudo sobre a sexualidade feminina na terceira idade, esta supuxo ao longo dos tempos, un tema tabúno ámbito científico, así como no social.

Dende o traballo social do ámbito xerontolóxico búscase dar nome, abordar e darlles visibilidade a todos aqueles acontecementos que engloben o estudo do envellecemento, así como todos os problemas que poidan afectar o devandito colectivo, co fin de incrementar a calidade de vida deste (Universidad Internacional de Valencia, 2018). É por isto, que é pertinente abordar unha realidade que foi silenciada, estereotipada e mitificada: a sexualidade na muller maior.

Debido ao mencionado con anterioridade, decidiuse levar a cabo unha investigación cualitativa como traballo de fin de mestrado (TFM) correspondente ao Máster Universitario en Xerontoloxía (USC), co fin de analizar en profundidade as experiencias vivenciadas pola poboación obxecto de estudo, e



dar voz mediante elas.

Este estudo ten como premisa dar resposta á seguinte pregunta de investigación: “*Cal é a realidade ou cales foron as vivencias da muller maior no ámbito da sexualidade?*”. Polo tanto, pódese afirmar que o obxectivo xeral consiste en coñecer e analizar as experiencias, vivencias persoais e sentimentos das mulleres que se encontren na terceira idade, no tocante á súa sexualidade.

No tocante á estrutura deste traballo, esta abrangue 4 puntos fundamentais: na primeira parte, abórdase e desenvólvese o marco teórico da investigación, no que, a través da contextualización de conceptos específicos necesarios para a comprensión da realidade tratada, se encadra o devandito estudo. Na segunda epígrafe preséntase a metodoloxía e o proceso metodolóxico. O terceiro apartado ten que ver coa análise dos resultados obtidos a través das entrevistas realizadas. Finalmente, na última parte, trátase a discusión e as principais conclusións recompiladas, onde se comparan os resultados obtidos cos doutras investigación existentes, así como a literatura empregada.

1. MARCO TEÓRICO E REFERENCIAL

1.1. Concepto de sexualidade na muller: evolución histórica

A sexualidade feminina foi un tema controvertido para os seres humanos ao longo da historia. Dende a antigüidade ata a actualidade, a concepción acerca da sexualidade foi evolucionando e variando, e viuse influenciada por diversos factores sociais, culturais, políticos e científicos, pasando por diferentes interpretacións.

A sexualidade feminina na antigüidade era concibida como algo perigoso e ameazante que desafiaba a estabilidade da sociedade. Na Grecia antiga, esta estaba controlada e limitada polos homes, e considerábase que as mulleres eran seres cunha incapacidade para controlar os seus propios desexos ou impulsos sexuais (Morgan, 1988). As mulleres da Roma antiga estaban obrigadas a casar e a ter fillos/as, e a sexualidade era vista como un medio para lograr este fin, é dicir, o da procreación ou o de crear unha descendencia (Foucault, 1978).

Ao longo da Idade Media, a Igrexa católica tivo unha grande influencia na



concepción da sexualidade feminina. A muller era considerada un ser inferior, cuxo obxectivo fundamental na vida debía ser o de procrear (D'Emilio & Freedman, 1988). Avirxindade considerábase un valor esencial para as mulleres e eran concibidas a castidade e a “pureza” como virtudes (Rousselle, 1988). Ademais, as mulleres que se consideraban sexualmente activas eran estigmatizadas e marxinadas pola sociedade.

Durante o Renacemento e a Idade Moderna, este aspecto vital das mulleres comezou a ser máis aceptado e explorado. Cómpre destacar, a obra do médico italiano Gabrielle Fallopio, a cal, no século XVI foi pioneira na descrición do clítoris e outros aspectos da anatomía feminina (Jordanova, 1989).

No marco dos séculos XIX e XX, empezou a ser máis examinada e estudada na sociedade occidental. O psicanalista austríaco Sigmund Freud publicou a súa obra "A interpretación dos soños", na que exploraba a sexualidade feminina e a relación entre o desexo sexual e a neurose (Gay, 1988).

Na segunda metade do século XX, tanto a revolución sexual como o movemento feminista tiveron un impacto relevante e significativo. O xurdimento dos anticonceptivos, a legalización do aborto e a educación sexual aberta permitiu que as mulleres tivesen acceso a un maior control sobre as súas propias vidas e sobre a súa propia sexualidade (Levin et al., 2016). Así mesmo, manifestouse un impacto no estudo e a aceptación da diversidade sexual feminina, incluídas a homosexualidade, a bisexualidade e a transexualidade. Os diversos movementos de liberación da muller promovidos nesta etapa, así como os estudos de xénero e da teoría *queer*, contribuíron e seguen contribuíndo na actualidade á comprensión da sexualidade feminina como algo diverso e complexo (D'Emilio & Freedman, 1988).

A pesar dos avances mencionados previamente, aínda seguen persistindo barreiras sociais e culturais. A violencia sexual e a discriminación cara ás mulleres continúan sendo un problema en todo o mundo, e a educación sexual segue sendo limitada en moitas partes deste (Levin et al., 2016). Ademais, as mulleres seguen enfrontándose a estigmas e prexuízos cando se trata deste aspecto. Un exemplo disto é a idea de que as mulleres non deben ter relacións sexuais previas ao matrimonio.



1.2. Cambios ou factores que inflúen na sexualidade da muller maior

Primeiramente, é importante destacar que a sexualidade na muller maior non é homoxénea, senón que varía en función de diversos factores e en función de cada persoa. Esta pode estar influenciada por diversos factores biolóxicos, psicolóxicos e sociais (Torres Mencía & Rodríguez Martín, 2019)

Hernando Ibeas (2005) elaborou unha lista sobre aqueles cambios fisiolóxicos ou físicos máis significativos que condicionaban a sexualidade da muller na vellez:

- Diminución dos estróxenos: é crucial lembrar que os estróxenos son a hormona sexual responsable do desenvolvemento das características sexuais secundarias femininas, tales como o comezo da menstruación ou o crecemento dos seos.
- Acurtamento, estreitamento, perda da elasticidade e da lubricación vaxinal.
- Redución da conxestión vascular (inchazón debido ao aumento do fluxo sanguíneo) na área xenital durante a resposta sexual.
- Cambios xeneralizados na forma do corpo feminino, que consisten en diferenzas na distribución de graxa e redución de tamaño, cambios nos seos relacionados coa resposta sexual e inchazón.
- Retárdase a etapa de excitación sexual.
- Redución da intensidade e frecuencia das contraccións no corpo feminino.

Scavello et al. (2019) descubriron que a medida que o estado da menopausa avanza, obsérvase unha diminución na función sexual. Os síntomas máis comuntemencionados polas mulleres foron a falta de desexo sexual (40-55 %), a escasa lubricación vaxinal (25-30 %) e a dor durante as relacións sexuais, tamén denominada dispareunia (12-45 %). Os diferentes cambios na función sexual tamén poden estar asociados con problemas de saúde crónicos, como enfermidades cardiovasculares, diabetes ou depresión, que son comúns nas mulleres maiores (Gott et al., 2004). A seca vaxinal é un problema común nas mulleres maiores e pode deberse a esta diminución da produción de estróxenos que ten lugar durante a menopausa (Sturdee et al., 2010). Outra investigación sobre o impacto do envellecemento na función ou disfunción sexual das mulleres (Hayes & Dennerstein, 2005) conclúe que existen indicios de que



os cambios na angustia persoal en relación co sexo asociados á idade poden ser unha explicación do porqué a prevalencia de disfuncións sexuais mantense constante, mentres que a función sexual diminúe.

Nusbaum et al. (2003) salientan a importancia de que os provedores de atención médica sexan conscientes destes cambios fisiolóxicos e, que, por tanto, traballen con mulleres maiores para abordar estes problemas de saúde sexual. As opcións de tratamento poden incluír terapia hormonal para a seca vaginal, terapia sexual para a disfunción sexual e cambios na medicación para minimizar os efectos secundarios na función.

Segundo Hernando Ibeas (2005), unhas satisfactorias actitudes e condutas sexuais, así como un coñecemento elevado ao redor desta temática, garantirían unha vida sexual frecuente e de calidade.

Con todo, no caso español, se nos remitimos aos diferentes antecedentes educativos, sociais e laborais da muller maior na actualidade, estes non resultan demasiado positivos. En España vivenciáronse ao longo de diversas xeracións patróns de condutas sexuais moi represivos que propiciaron e promocionaron actividades sexuais escasas, esporádicas e pouco satisfactorias o que levou a que tanto as capacidades fisiolóxicas como as psicolóxicas da muller maior, ou do maior en xeral, se visen menos cabadas.

Noutro estudo elaborado por Fernández et al., (2006, p. 505) faise referencia á existencia duns factores sociais que se relacionan directamente coa perda da actividade sexual da muller na terceira idade, tales como: “residir nunha residencia; non ter parella; presentar un baixo nivel cultural; ou, ter unha mala capacidade funcional”. É dicir, cando se compreen algún destes factores, o declive é máis propenso nesta esfera vital co pasodo tempo. Así mesmo, a sexualidade da muller sempre se viu desde a óptica dunha función reprodutiva, o que dificulta o desenvolvemento da muller maior no tocante á súa sexualidade na terceira idade.

1.3. Estereotipos e mitos da sexualidade da muller maior: unha forma de discriminación

A sexualidade das persoas en idade avanzada ou lonxeva, especialmente a das



mulleres, foi historicamente ignorada e estigmatizada pola sociedade, dando lugar a mitos e estereotipos infundados. Os estereotipos e mitos son unha forma de discriminación que pode afectar negativamente tanto á súa saúde sexual como psicolóxica. Estes foron abordados pola investigación e é importante abordalos para fomentar a saúde sexual e o benestar das mulleres maiores:

- A falta de interese sexual e a relación exclusiva da sexualidade coa mocidade: Un dos conceptos erróneos maiormente estendidos sobre a sexualidade das mulleres maiores é a crenza de que perden o interese pola actividade sexual. Isto pode deberse en parte á idea errónea de que a libido é exclusiva dos/as mozos e mozas e que a vellez se asocia coa diminución desta. Con todo, refutouse que moitas mulleres maiores seguen interesadas na actividade sexual e poden experimentar unha maior liberdade sexual despois da menopausa (Lindau et al., 2007). Tal como e como se pon de manifesto nun estudo elaborado por Baquedano et al. (2018), a sociedade relaciona o concepto de sexualidade coa mocidade, promovéndose estereotipos negativos desta naterceira idade, e, por tanto, converténdose nun tema tabú que non permite o seu total desenvolvemento ou unha plena satisfacción.

- A imposibilidade de gozar do sexo:

Outro mito común sobre a sexualidade das mulleres maiores é que son incapaces de gozar do sexo debido a cambios físicos vinculados ao envellecemento, como a seca vaginal e a diminución da sensibilidade sexual. Un estudo de 2007 de mulleres de 40 a 100 anos atopou que o 60 % das mulleres con idades superiores a 60 anos informaron ter actividade sexual, e o 71 % das mulleres informaron experimentar orgasmos no último ano (Lindau et al., 2007). Outro estudo de 2006 concluíu unha de cada 4 mulleres maiores de 64 anos segue mantendo relacións sexuais (Fernández et al., 2006).

- A invisibilidade sexual:

Outro estereotipo común é que as mulleres maiores non son consideradas sexualmente atractivas ou desexables, o que pode levar á invisibilidade sexual. A falta de representación destas mulleres nos diversos medios de comunicación e na cultura popular pode reforzar esta idea. Con todo, unha investigación demostrou que a maioría das mulleres maiores senten atractivas e sexualmente



desexables (Træen et al., 2017).

- A asexualidade despois da menopausa:

Outro mito común é que as mulleres maiores se volven asexuais despois da menopausa. Con todo, unha investigación contrastou que a actividade sexual continúa supoñendo un aspecto importante para moitas mulleres maiores, xa que algunhas mesmo informan unha maior satisfacción sexual despois da menopausa (Socarrás León et al., 2020). Aínda que é certo que a menopausa pode causar síntomas físicos que poden afectar a sexualidade, como secura vaginal, Valdés Vázquez et al., (2013) atoparon que estes síntomas poden ser tratados de maneira efectiva sen restrinxir a actividade sexual, confirmando que a comunicación e solidariedade coa parella é fundamental durante esta importante fase na que as mulleres continúan tendo desexo e relacións satisfactorias, é dicir, o foco está en crear relacións positivas e felices ao final da vida.

- A ausencia de risco de enfermidades de transmisión sexual:

Outro mito é que as mulleres da terceira idade non necesitan preocuparse polas enfermidades de transmisión sexual (ETS) porque xa non están en risco. Con todo, demostrouse que as ETS son unha preocupación importante para as persoas maiores que son sexualmente activas e que a incidencia de ETS aumentou entre este colectivo nas últimas décadas (Gott & Hinchliff, 2003). É importante que estean informadas sobre o risco de ETS e tomen medidas preventivas para protexer o seu benestar.

2. METODOLOXÍA

No referente ao carácter metodolóxico, esta configúrase como unha investigación cualitativa, non ten como premisa recoller ou avaliar datos non estandarizados, senón que ten como obxectivo investigar opinións, comportamentos, expectativas e actitudes dunha realidade (Qualtrics, 2022). Por esta razón, as mulleres entrevistadas poden presentar o seu propio punto de vista sen ver a súa capacidade de expresión restrinxida. Con respecto ao enfoque metodolóxico da investigación, este basearase na fenomenoloxía, que tal e como expón Vanegas (2013, p.4) é aquela que se basea na “descrición dos significados vividos e existenciais”, co que se permite desta maneira indagar e



explorar a experiencia vivida en primeira man polas mulleres participantes e esta constitúese como a base de coñecemento da investigación.

2.1. Paradigma

Con respecto ao paradigma investigativo, definido por Guba (1981) como un punto de vista, perspectiva ou modo de ver, valorar e interpretar os diferentes procesos sociais dunha comunidade científica, este correspóndese co paradigma socio crítico. Este paradigma presenta como ideas fundamentais o coñecemento e a comprensión da realidade como praxe; a vinculación da teoría coa práctica, integrando o coñecemento, a acción e os valores; a orientación do coñecemento cara á liberdade do ser humano, a súa autonomía e independencia; e a promoción da inclusión de todos e todas as participantes (Popkewitz, 1988).

2.2. Pregunta de investigación e obxectivos de investigación

A presente investigación parte da seguinte pregunta: *Cal é a realidade ou cales foron as vivencias da muller maior no ámbito da sexualidade?*, polo que se estipulou o seguinte obxectivo xeral: coñecer e analizar as experiencias, vivencias persoais e sentimentos das mulleres que se atopan na terceira idade, no tocante á súa sexualidade. En relación con este obxectivo xeral, formuláronse 3 obxectivos específicos:

- Establecer unha definición completa e integral do concepto de sexualidade desde a perspectiva da muller maior.
- Identificar os cambios ou factores fisiolóxicos, así como os sociais ou psicolóxicos que afectan a sexualidade da muller maior ao longo do período de envellecemento.
- Localizar os estereotipos e mitos existentes na sociedade ao redor da sexualidade feminina neste período vital, así como a discriminación percibida en relación con esta.

2.3. Poboación obxecto de estudo, tipo de mostraxe e criterios de selección

A poboación obxecto de estudo desta investigación tratouse das mulleres de 65 ou máis anos usuarias e participantes do Programa Amessán do Concello de



Ames (A Coruña).

Con respecto ao tipo de mostraxe que se levou a cabo para a obtención da mostra, empregouse a mostraxe non probabilística. Tal e como recolle a Fundación para a Investigación Social Avanzada (2021, p.1) a mostraxe non probabilística, é aquela que se “orienta cara á comprensión de fenómenos ou procesos sociais en toda a súa complexidade, onde se elixen os casos con criterios de representatividade estrutural” e “o interese do estudo está na profundidade do coñecemento da realidade investigada”. Así mesmo, o tamaño de mostrase baseouse no principio de saturación a través da técnica da entrevista semiestruturada, é dicir, procedeuse a entrevistar as mulleres participantes e voluntarias de maneira sucesiva, ata alcanzar o momento no que o contido achegado por estas se repetía ou xa non se daban elementos de coñecemento innovadores ou de proveito para a investigación. Unha vez xa detallada a poboación obxecto de estudo é imprescindible detallar e especificar os criterios que deben cumprir as mulleres participantes na devandita investigación, polo que se estableceron uns criterios de selección que dividimos en:

Táboa 1.

Criterios de selección da poboación obxecto de estudo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Mulleres con 65 ou máis anos.
	Mulleres con nivel de instrución primario mínimo.
	Mulleres sen deterioración cognitiva que poida limitar a capacidade comunicativa na entrevista, así como a obtención de resultados, requírese unha puntuación de entre 23-35 (sen deterioración cognitiva) no Mini-Exame Cognoscitivo de Lobo (MEC-35). (Ver Anexo 1).
	Mulleres que se atopen dentro do Programa Amessán do Concello de Ames (A Coruña).
	Mulleres que queiran participar voluntariamente na investigación.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Excluíranse aquelas mulleres que padecesen algún tipo de trauma derivado da temática de estudo (abusos sexuais, malos tratos psicolóxicos, agresións etc.)

Tendo en conta os criterios de selección ou de elixibilidade que foron



establecidos, foron seleccionadas 10 persoas participantes que presentaron as seguintes características sociodemográficas:

Táboa 2.

Características sociodemográficas das mulleres participantes.

Participantes	Xénero	Idade
PE1	Muller	77
PE2	Muller	69
PE3	Muller	67
PE4	Muller	74
PE5	Muller	65
PE6	Muller	73
PE7	Muller	67
PE8	Muller	77
PE9	Muller	73
PE10	Muller	73

2.4. Procedemento de recollida dos datos, análises e tratamento destes

Efectuouse a través da realización de entrevistas semiestruturadas de maneira presencial con preguntas abertas e formuladas con anterioridade no relativo ás categorías de estudo e ás mulleres participantes que cumpriron cos criterios de selección. Estas preguntas reflíctense no guión de entrevista e este é o protocolo derecollida dos datos (Ver Anexo 2). As entrevistas tiveron lugar nas instalacións proporcionadas polo Programa Amessán no Concello de Ames (A Coruña). O programaten como premisa difundir ou promover o exercicio físico e mental, así como ofrecer talleres ocupacionais e outras actividades complementarias con persoas maiores de 60anos, agrupándose en tres grandes bloques de actuación: actividades de promoción do exercicio físico, actividades ocupacionais de carácter cognitivo e actividades complementarias (Ramos, 2016).

A obtención das persoas voluntarias consistiu en asistir ao programa con supervisión da representante da entidade colaboradora, facer un resumo da investigación ás persoas usuarias, e finalmente, levar a cabo as entrevistas oportunas (con flexibilidade, no que se refire ao tempo estipulado para cada entrevista, coas pertinentes condicións de privacidade, confidencialidade e



anonimato, procurando crear un espazo íntimo e seguro para as mulleres participantes e libre de axuízamentos). A entidade colaboradora e a persoa investigadora acordaron que a propiedade dos datos é das mulleres participantes, estas son estas titulares dos datos e correspóndelle á persoa investigadora a custodia e o tratamento destes.

No tocante á formulación das preguntas, estas variaron en función da muller entrevistada. Ao non darse un guión específico ou inflexible, este tipo de entrevista permitiu achegar unha perspectiva máis persoal, adaptándose a experiencia, traxectoria e visión de cada muller participante (Indeed, 2021) e levouse a cabo un total de 10 entrevistas cunha media de 6 preguntas por entrevista.

Estas foron audiogravadas a través dun equipo de audio, co previo consentimento informado cuberto pola muller participante. Ademais, a linguaxe non verbal xurdida das preguntas realizadas tamén foi anotada. É pertinente recalcar que os datos extraídos foron trasladados á computadora da persoa investigadora, onde estiveron custodiados por medio dunha clave secreta que só coñecía esta, para que a confidencialidade da investigación perdurase, polo que, finalizada a citada investigación, se procedeu á destrución dos datos recompilados. Para a custodia destes, empregouse unha ferramenta institucional co fin de garantir a súa seguridade: OneDrive (proporcionada pola Universidade de Santiago de Compostela). Así mesmo, para conservar a confidencialidade de cada unha das participantes, viuse preciso que cada unha delas contase cun código alfanumérico co fin de identificala sen necesidade de que constasen nos diversos documentos o seu nome e apelidos. Este código alfanumérico foi o seguinte: as letras PE de “persoa entrevistada” cun número de identificación asignado de maneira progresiva á realización das entrevistas (PE1, PE2...).

Con anterioridade á análise dos datos obtidos, procedeuse a realizar unha transcripción manual literal das entrevistas elaboradas, así como unha primeira lectura, co propósito de obter unha perspectiva xenérica. A análise dos datos consistiu nunha análise de contidos (Arantzamenti et al., 2012), mediante o que se interpretaron os datos recollidos nas entrevistas realizadas. Os contidos foron encadrados nun tema: *“Experiencias e vivencias persoais das mulleres que se atopan na terceira idade, no tocante á súa sexualidade”*. Á súa vez, o tema foi



dividido en categorías deseñadas en relación cos obxectivos formulados con anterioridade, e, á súa vez, estas categorías foron definidas a través dos diversos códigos extraídos das entrevistas realizadas, empregando o método de codificación aberta, tamén denominado método de Strauss (1987). Este tipo de codificación consiste no achado de categorías de maneira progresiva á análise dos datos, examinando o texto transcrito, emerxendo desta forma, unha serie de categorías definidas polos diversos códigos que referencian e aluden ás experiencias e vivencias estudadas.

Táboa 3.

Categorías e códigos da análise de experiencias das mulleres participantes, no tocante á súa sexualidade.

Experiencias das mulleres que se encontran na terceira idade, no tocante á súa sexualidade	Significado do ou concepto de sexualidade	Aspecto natural da vida Acto sexual e reprodutivo co fin de procrear Culminación do amor entre home e muller Sentimentos e emocións Liberdade Masturbación Necesidade Pracer Intimidade
	Vivencias e experiencias persoais da muller maior con relación á súa sexualidade	Experiencias positivas ou satisfactorias ao longo da vida Experiencias non satisfactorias ao longo da vida Experiencias positivas na actualidade Experiencias negativas ou inexistentes na actualidade
	Factores ou cambios que inflúen na sexualidade da muller maior	Factores fisiolóxicos Factores sociais Factores psicolóxicos
	Estereotipos e mitos sobre a sexualidade da muller maior como forma de discriminación	A falta de interese sexual Relación exclusiva da sexualidade coa xuventude A imposibilidade de desfrutar do sexo A invisibilidade sexual A asexualidade despois da menopausa A falta de iniciativa sexual da muller en comparación co home



2.5. Aspectos éticos e legais

A investigación precisou de datos de terceiras persoas, polo que se require cumprir coanormativa vixente en protección de datos de carácter persoal por medio de:

- Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeo e do Consello, do 27 de abril de 2016, relativo á protección das persoas físicas no que respecta ao tratamento de datos persoais e á libre circulación destes datos e polo que se derroga a Directiva 95/46/CE (Regulamento xeral de protección de datos). De acordo co punto 156 deste regulamento no ámbito da investigación, os datos utilizados para a investigación científica deben estar suxeitos a garantías adecuadas que se adhiran ao principio de minimización de datos, o que implicatratar os datos de maneira que sexa imposible identificar ou localizar as participantes na investigación (pseudonimización de datos).
- Lei orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de protección de datos persoais e garantía dos dereitos dixitais (BOE 294, 6 de decembro de 2018), cumprindo coadposición adicional décimo sétima, xa que se solicitou o consentimento da persoa participante para o uso de datos para a investigación.

No relativo ás referencias básicas relativas á ética, tomouse como referencia o Código Deontolóxico de Enfermería (Consello Xeral de Enfermería, 1989), o Código Deontolóxico de Traballo Social (Consello Xeral de Traballo Social, 2012), o Informe Belmont (Comisión Nacional para a protección dos suxeitos humanos de investigación biomédica e do comportamento, 1979) e a Declaración de Helsinki da Asociación Médica Mundial (1964), polos principios éticos de: autonomía, beneficencia e non maleficencia, xustiza, uso responsable dos datos, finalidade, calidade, proporcionalidade, confidencialidade e segredo profesional.

Ademais, previamente ao comezo da investigación e das entrevistas, solicitouse a autorización á Comisión de Avaliación Previa de Traballo Académicos da Facultade de Enfermería da USC, para obter o Informe favorable do Comité de Bioética da USC (Ver Anexo 2), conforme á Resolución Reitoral 4/2021, sobre procedemento de avaliación previa de traballos de fin de estudos e outros traballos académicos no caso de intervención con seres humanos, obtención de mostras ou de datos persoais (publicada o 7 de maio de 2021). Esta



investigación cumpre con todos os requisitos legais establecidos na normativa reguladora da propiedade intelectual e cítase debidamente a autoría en de acordo cas pautas da American Psychological Association(2020).

3. RESULTADOS

Táboa 4.

Presenza das categorías e códigos nas mulleres entrevistadas

Categorías	Códigos	Presenza nas mulleres entrevistadas									
		PE1	PE2	PE3	PE4	PE5	PE6	PE7	PE8	PE9	PE10
Concepto ou definición de sexualidade	Aspecto natural da vida			■	■	■					■
	Acto sexual/reprodutivo				■		■		■		
	Culminación do amorentre home e muller	■	■		■		■			■	
	Sentimentos							■			■
	Liberdade							■			■
	Masturbación					■				■	
	Necesidade			■		■					
	Pracer			■		■				■	■
	Intimidade							■	■		
Experiencias e vivenciasda muller maior con relación á sexualidade.	Satisfactorias ao longo da vida	■		■	■	■	■	■			■
	Non satisfactorias aolongo da vida		■						■	■	
	Positivas na actualidade					■	■				■
	Negativas ou inexistentes na actualidade	■	■	■	■			■	■		
Factores influen	Fisiolóxicos			■		■		■	■	■	
	Psicolóxicos	■		■	■						



	Sociais	■			■	■	■		■	■	■
	NS/NC		■								
Esteriotipos e mitos sobre asexualidade da muller maior	Falta de interese sexual					■			■		■
	Relación exclusiva da sexualidade coa xuventude			■			■		■	■	
	Imposibilidade de desfrutar					■					■
	Invisibilidade sexual		■	■			■	■	■	■	■
	Asexualidade despois da menopausa									■	
	Falta de iniciativa sexual da muller							■			■
	Non identifica ningún mito	■			■						

Esta trátase dunha táboa onde se mostra a presenza dos códigos nas diversas narrativas das mulleres entrevistadas, que forman as diversas categorías. A devandita táboa ten como principal premisa facilitar a comprensión da análise de datos levada a cabo posteriormente. Na táboa tamén se mostra a coincidencia de códigos nas diversas entrevistas das mulleres participantes, dunha maneira máis visual e gráfica.

3.1. Significado ou concepto de sexualidade para as mulleres participantes

Neste primeiro subapartado recóllese a análise sobre o significado de sexualidade presentado pola poboación diana a través da primeira categoría identificada. Esta categoría correspóndese coas respostas obtidas á seguinte pregunta do protocolo de recollida de datos (Ver Anexo 2): *Que entende vostede por sexualidade ou como a definiría?*

Categoría I: definición ou concepto de sexualidade:

As mulleres participantes presentan unha visión heteroxénea deste concepto. A



pesar disto, unha gran maioría concibe a sexualidade como un aspecto íntimo da vida directamente relacionado coa culminación do amor entre un home e unha muller, entendendo esta de maneira predominante co acto sexual e reprodutivo, que ten como fin a procreación. Tomando como referencia este concepto atopámonos coas seguintes definicións e códigos:

PE1: “Para min, [...] é a culminación do amor entre un home e unha muller”.

PE2: “É algo que se dá co matrimonio, [...] é algo que é máis satisfactorio coa parella que só, aínda que hai casos nos que un prefire facelo só que con parella”.

PE4: “É unha cousa normal. Casas e tes que... iso, [...] con agarimo e ten que haber amor, eu teño 5 fillos, sen amor non hai nada”

PE6: Ben pois, [...] para min é algo bonito e íntimo, porque é algo que estamos a facer unha muller e un home. Por exemplo, cando eu era nova, eu o que quería era ter un bebé. [...] É algo bonito dentro dun matrimonio. A miña sexualidade eu só a vivín co meu marido.

PE8: “Para min é que un home e unha muller teñan sexo. Hai quen di que cun bico ou iso é sexo... pero eu iso non o entendo por sexualidade. Entendo por sexualidade ter relacións íntimas. Eu estou separada, pero estiven cun home 35 anos, foi o home da miña vida, e nunca estiven con outro home. De sexualidade sei pouco, [...] sei o que el me ensinou.

Con todo, como ben se afirma con anterioridade, outras mulleres relacionaron este concepto con códigos diferentes aos previamente mencionados tales como: liberdade, pracer, masturbación, sentimentos, emocións, natureza ou mesmo necesidade:

PE7: “Pois para min a sexualidade é liberdade, liberdade de expresar sentimentos, emocións, evidentemente considero que en parella... ben. E ben, para min é liberdade, sobre todo. É un acto de gozar que pode ser individual ou compartido. Para min é a liberdade da persoa, sexa home ou muller”

PE9: “Eu considéroo un acto entre parellas, un complemento dunha parella que está namorada [...] ou mesmo darse pracer a un mesmo [...] soa tamén experimentei a masturbación, é algo que o corpo necesita e pídecho”



PE10: “Na miña opinión, ese concepto vai depender de cada persoa. Hai persoas que o entenden por unha cousa e outras que o entenden por outra. É un concepto amplo, [...] para min é algo natural que forma parte da vida do ser humano. Cada persoa ten dereito a vivir a súa sexualidade. Unha non precisa dunha parella para desenvolver a súa sexualidade, mentres haxa alegría e pracer...”

Cabe destacar, que unha das participantes fai referencia á evolución da sexualidade na muller nos últimos tempos facendo alusión á falta de satisfacción da muller de tempos pasados, e aludindo ao dereito das mulleres para gozar do pracer, así como poder satisfacerse e vivir a sexualidade de maneira libre:

PE2: “Ben, [...] agora estamos a vivir noutra época, non a época de antes. Na época de antes era o home, e máis nada que o home. Non satisfacían á muller. Iso é o que euescoitei na televisión e na radio. A muller servía na cama, pero o home era o único que tiña pracer. Eu creo que a muller tamén ten que satisfacerse”.

3.2. Experiencias e vivencias da muller maior con relación á súa sexualidade

As experiencias e vivencias persoais recollidas durante as entrevistas en relación coa sexualidade das mulleres participantes foron moi diversas. Esta categoría de estudo correspóndese coas respostas obtidas con respecto ás seguintes preguntas do guión de entrevista semiestruturado: *Podería narrar ou describir como vivido a súa sexualidade ao longo da súa vida? e, como se atopa na actualidade con respecto a esta?*

Categoría II: Experiencias e vivencias da muller maior con relación á súa sexualidade:

A maioría das mulleres fan unha valoración a trazos xerais positiva, pracenteira e favorable da súa sexualidade ao longo da vida, facendo fincapé no consentimento mutuo e na reciprocidade desta, coas súas respectivas parellas sentimentais.

Con todo, a maioría segue limitando, o ámbito da sexualidade ao sexo ou o actoreprodutivo entre dúas persoas de diferente sexo sen facer referencia á expresión desta sexualidade por medio de desexos, pensamentos, fantasías,



crenzas, actitudes, valores, condutas, prácticas etc. Exemplo disto son:

PE3: “Eu sentinme amada, sentinme nese tema moi ben. Non sentín que o meu marido fose o que manda ou o que funcione, non. No meu caso polo menos non. Eu fixen o que me apeteceu facer, o que desexei facer, o que o corpo me pediu facer. Para min, baseouse no gozo”.

PE1: “Moi boa. Estiven casada, e, por tanto, durei 35 anos de matrimonio cun home, amámonos e casámonos nese momento por amor, e por iso deuse un amor moi fiel”.

PE6: “Pois moi ben, eramos os dous conscientes, era consentimento dos dous, e cando eramos novos facíámolo onde nos apetecía. Na actualidade síntome ben, agora que somos dous vellos, facémolo un pouquiño menos, pero facémolo cando nos apetece. Para min, eu fago o que eu quero.

PE7: “Pois mira, pódome *explaiar* un pouco? Realmente casei moi nova, e pois realmente foi o meu primeiro amor, entón, foi unha vida sexual plena, evidentemente con amor, de aí teño 3 fillas, e neste caso, falo da miña parella xa que non coñezo outra. El nunca pensou soamente no seu gozo, pensou no gozo dos dous, e mesmo máis no meu”.

PE5: “Mentres que estiven casada, para o meu entender daquelas, ben. Non sei, igual agora, ao saber máis cousas e iso, igual non era tan perfecta como eu pensaba. Pero para min daquelas era boa, con amor... tal”.

É de destacar que, aínda que esta última muller entrevistada, valora as súas vivencias sexuais como positivas ao longo da súa vida, fai referencia á pouca información coa que contaban con respecto a ese ámbito das súas vidas cando era nova, afirmando que actualmente, tendo outras referencias e información coa que contar, se cadra as devanditas vivencias non serían tan positivas e idílicas como ela cría vivir.

Podemos resaltar a resposta da **PE10**, a cal relata que, a súa sexualidade non foi vivida con satisfacción ou plenitude ao comezo da súa vida, pero que, na súa etapa final, que é cando experimentou un crecemento persoal e emocional maior, ademais de aumentar as súas redes sociais, foi cando puido gozar realmente:



PE10: “Ao principio da miña vida non foi boa, pero despois, cando crecín mentalmente, coñeces a outras persoas, les máis, participas en máis cousas, [...] aí foi cando empezou a ser excelente”.

Pola contra, outras mulleres valoran como negativas, malas ou inexistentes as súas vivencias ou experiencias sexuais ao longo da vida:

PE8: “Moi mala, porque tampouco era un home que te soubese levar... el era un poucobruto. El era de chegar e de aquí te collo, aquí te pillo e aquí te mato; hoxe tócame, mañá non me toca... Había que facer o que el dicía. A miña experiencia foi mala”.

PE9: “Se o comparas co que escoitas agora na tele, e oes falar, o noso... as mulleres da miña época, todo era medo, todo era vergoña, todo era pecado, non é a sexualidade de agora. Eu ao principio tiña vergoña a facelo coa luz acesa, daquelas tampouco había anticonceptivos, non gozabamos da sexualidade, estaba tamén o medo a volver quedar embarazada”.

No relativo ás vivencias e experiencias sexuais presentes na actualidade por parte das mulleres participantes, a maioría delas relata que, hoxe en día, estas vivencias non son positivas, son menos frecuentes ou ben non se levan a cabo.

3.3. Factores fisiolóxicos, sociais ou psicolóxicos que inflúen na sexualidade da muller maior

A sexualidade da muller na vellez vese alterada por diversos factores. Nesta investigación identificáronse, por parte das entrevistadas, tanto factores ou cambios físicos como sociais ou psicolóxicos. Neste caso, esta categoría correspóndese coas respostas obtidas á seguinte pregunta do protocolo de recollida de datos (Ver Anexo 2): *Considera que se deron cambios físicos no seu corpo que influíron no desenvolvemento da súa sexualidade?, e cambios sociais ou emocionais?*

Categoría III: factores ou cambios físicos, sociais ou psicolóxicos que inflúen na sexualidade da muller maior

As mulleres entrevistadas identificaron fundamentalmente factores sociais relativos á súa sexualidade tales como o falecemento, o divorcio ou o xurdimento



dunha enfermidade das súas correspondentes parellas sentimentais, así como a soidade, ouo aumento da rede ou contactos sociais:

PE1: “Desde a morte do meu marido, esa parte da miña vida deixeina de lado”

PE5: “Tamén se tivese unha parella á beira, sería diferente, pero ao estar soa, séntestemáis cansa, non é o mesmo”

PE6: “O meu marido está enfermo da próstata, e, por tanto, non é o mesmo que antes, nin apetece da mesma maneira”

PE8: “Debido á separación co meu exmarido, si que me notei con menos ganas”

PE9: “Actualmente, ao morrer o meu marido, xa non se dá iso”

PE10: “Diría que se deron cambios sociais, porque co paso do tempo coñecín a novas persoas coas que aprendín e puider desenvolver máis a miña sexualidade”

PE4: “Sobre todo a enfermidade do meu marido é o que máis influíu. Agora... el ten alzhéimer, así que nada, nada de nada. Tamén me sinto un pouco máis decaída, aburrida, triste pola enfermidade do meu marido”

Neste último caso (**PE4**), podemos apreciar como este cambio social (enfermidade da parella sentimental), supuxo á súa vez un factor psicolóxico que influíu negativamente na súa sexualidade, ao sentirse decaída, aburrida e triste.

No relativo a aqueles cambios fisiolóxicos que afectaron en maior medida o desenvolvemento da sexualidade das entrevistadas foron a aparición dalgunha enfermidade, un maior sentimento de cansazo asociado á idade e á menopausa.

PE5: “Desde a menopausa si que notei un cambio, a menopausa quitoume ganas. Tamén o corpo vai cambiando en todos os sentidos, sénteste máis cansa”

PE3: “Teño un problema de fígado, e entón aí, non sei que me pasou, que levo dous anos e pico, que non sinto nada, non teño ganas de nada [...] A min o problema do fígado afectoume en todo. Afectoume moito na cabeza, porque estiven un tempo no quenon sabía nin onde estaba, perdín a noción do tempo, non sabía escribir. O médico díxome que esa sensación se me ía quitando, pero non foi así”



PE9: Cando xa tiña 50 e pico, que xa non tes a menstruación e xa sabes que tal, [...] aíé onde empecei a relaxarme e a gozar da miña sexualidade, tanto co meu marido como soa. Ao ter a menopausa libereime, liberei as miñas vergoñas, libereime do meu medo para volver quedar embarazada, apetecíame máis”

PE7: “Está claro que a menopausa me marcou. Está claro que a menopausa afecta a cada muller dunha maneira diferente, cada unha pola súa fisioloxía e pola súa anatomíaten as hormonas daquela maneira. No meu caso, tiven unha etapa de menos libido, pero fun acompañada polo meu marido nese sentido, e non me esixiu, nin viceversa. Xapasa a converterse noutro tipo de relación sentimental, xa é diferente, máis enfocada ao agarimo, aos abrazos, aos bicos, á comprensión, á tenrura, [...] é algo diferente”

Destacables estas tres últimas respostas da poboación obxecto de estudo: por unha banda, **PE3**, expón como unha enfermidade pode tamén converterse nun factor psicolóxico vinculante en relación coa sexualidade. **PE7**, fala da transformación a outro tipo de relación sentimental, así como a transformación a outro tipo de maneira de desenvolver a sexualidade coa idade, sen ter en conta exclusivamente o propio acto sexual, senón o pracer e a satisfacción por medio do agarimo, a tenrura, as emocións ou os sentimentos, definindo involuntariamente outros conceptos que conforma a propia sexualidade. Por outra banda, **PE9**, a diferenza das demais entrevistadas, a menopausa supuxo para ela o desenvolvemento da súa sexualidade, un punto de inflexión positivo e de liberación sexual.

Por último, no tocante aos factores psicolóxicos que influíron na sexualidade da poboación diana destacan estados de ánimo de cansazo, diminución do desexo sexual, e de tristeza como consecuencia dun acontecemento vinculante (enfermidade propia, morte ou enfermidade da parella sentimental).

3.4. Estereotipos e mitos sobre a sexualidade da muller maior como forma de discriminación

No referente á identificación ou localización dos estereotipos ou mitos que as mulleres participantes atopan presente na nosa sociedade, estes tamén



presentan unha ampla variedade. Nesta última categoría de estudo as respostas recompiladas correspóndense coas seguintes preguntas do guión de entrevista (Ver Anexo 2): *Considera vostede que existe discriminación con respecto ou en relación coa sexualidade da muller maior e é tratada coma un tema tabú?, e de ser así, cales cre que son os clichés, mitos ou estereotipos máis comúns en relación coa sexualidade das mulleres da terceira idade?*

Categoría IV: Estereotipos e mitos sobre a sexualidade da muller maior

A maior parte das entrevistadas localizou o estereotipo da invisibilidade sexual da muller maior por parte da sociedade. Outros estereotipos que foron identificados en maior proporción, foi o mito da falta de interese sexual da muller maior, así como a relación exclusiva da sexualidade coa mocidade por parte da sociedade. Tamén se localizaron en menor medida os mitos da asexualidade despois da menopausa, así como a falta de iniciativa sexual por parte da muller maior:

PE10: “Cando te fas maior, hai moitos prexuízos e moita discriminación. Unha vez que unha se fai maior, unha é parva, ten que estar na casa... Un dos grandes estereotipos creo que é que, [...] pois que a muller maior non quere ter sexo, ou non ten interese por iso. Que a muller maior non pode tomar a iniciativa”

PE9: “Penso que si que hai discriminación, se o fai un mozo ou unha moza nova está ben, pero se o fai unha muller maior xa non. Teño escoitado a xente dicir: “Mira xa ten outra parella”, “Esa vella verde” “Non está en idade de facer iso”. Eu creo que hai máis discriminación desde a propia xente maior que desde a mocidade. O mito que hai creo que é que as persoas maiores xa non teñen sexo, porque eu coñezo a moitas compañeiras que o seguen facendo”

PE7: “Parece que o home sempre ten que levar a iniciativa”

PE5: “A sexualidade non ten idade, e ás veces escoito na tele: esa muller non está en idade de gozar. Pero do mesmo xeito que comes aos 90, o outro tamén o necesitas”

PE6: “Sinto que ás veces por ser maior, non temos dereito a facer moitas cousas. Séguese vendo como unha vergoña máis dentro dos maiores, que desde a mocidade”



PE2: “Ás veces teño oído: Esta vella non debe estar a iso, o que debe facer é coidar osnetos e estar na casa”.

4. DISCUSIÓN E CONCLUSIÓNS

A sexualidade da muller maior constituíuse como unha temática amplamente ignorada na nosa sociedade. Tal e como expón Luque (2014), ata o día de hoxe, a gran parte de investigacións vinculadas a este tema, presentaron exclusivamente un carácter estatístico das denominadas "disfuncións sexuais" e, ademais, foron desvoltas con poboacións obxecto de estudo esencialmente masculinas.

Ademais, ao longo das xeracións, as crenzas, os valores, así como os comportamentos transmitidos foron orixinando unha represión da sexualidade nas mulleres maiores, mentres que os homes gozaron historicamente dunha maior liberdade, sen experimentar sentimentos de culpa, frustración ou represión, como as mulleres de xeracións anteriores tiveron que afrontar (Freixas, 2017).

Con todo, a tendencia demográfica crecente xurdida no último século, así como o aumento da esperanza de vida especialmente das mulleres (feminización do envellecemento), mostra a necesidade de estudar e analizar este fenómeno na poboación feminina da terceira idade, co fin de deixar atrás e contradicir as crenzas arraigadas sobre a sexualidade, e promover unha vida sexual activa nesta etapa final da vida cuxa finalidade non é outra que incrementar a calidade de vida e benestar subxectivo do devandito colectivo.

Tomando como referencia os resultados recompilados da presente investigación, as mulleres participantes, a pesar de non presentar unha concepción única e uniforme desta, conciben esta como un ámbito íntimo do seu proceso vital, vinculándoo estreitamente co amor consumado entre un home e unha muller, entendendo a sexualidade meramente como un acto sexual e reprodutivo, que presenta como finalidade crear descendencia. Esta concepción concorda co achegado por Pascual Barrio et al., (2018), onde se recalca que o relato das mulleres maiores ao redor da sexualidade revela unha realidade influenciada por unha cultura sexista e patriarcal onde os homes e as mulleres



presentan funcións e obxectivos vitais diferentes tanto a nivel social, sexual, cultural, persoal como familiar. Estes roles culturais influíron considerablemente nas súas actitudes, experiencias e comportamentos na área de relacións afectivo-sexuais ao longo das súas vidas.

O significado da presente investigación acerca da sexualidade concorda tamén cun estudo elaborado por Torres Mencía & Rodríguez Martín (2019) no que se inclúe a consideración por parte das mulleres, de que estas relacións se tratan dunha responsabilidade conxugal ou dun deber marital ligado á procreación, e que, deste xeito, tras a defunción deste cónxuxe, a devandita actividade sexual debería cesar, sen contemplar ogozo sexual por unha mesma ou con outra persoa alternativa. Esta consideración podería ter a súa explicación nas crenzas relixiosas arraigadas, como consecuencia dunha educación baseada nunha moral que relacionaba a sexualidade coa reprodución no pasado.

No relativo á valoración das vivencias sexuais ao longo da vida, as entrevistadas fixeron unha avaliación destas xeralmente positiva. Con todo, tamén se destacou que as devanditas vivencias na actualidade eran menos satisfactorias, menos frecuentes ou mesmo inexistentes. A pesar disto, si que se detectan prácticas innovadoras nas entrevistadas. Isto coincide cos resultados recompilados nun estudo sobre envellecemento, xénero e sexualidade (Ramos Pinilla et al., 2019) no que se expón que a pesar de que os devanditos resultados obvien a existencia dun decrecemento da función sexual así como no tocante ao interese sexual, móstrase a presenza destas prácticas innovadoras que outorgan certo benestar: desenvólvense actitudes positivas; leva a cabo unha exploración do seu propio corpo; orixínase un recoñecemento das súas vivencias previas como modo de autoaprendizaxe e autopercepción; as mulleres asumen que o envellecemento é un proceso natural, e, que, por tanto, estes cambios inherentes ao paso do tempo tamén o son. Isto contribúe, tal e como afirman as autoras deste estudo, á aceptación da súa realidade e do seu “eu” nesta etapa da vida. É dicir, aínda que se pode ver diminuída a capacidade de gozo sexual como consecuencia do envellecemento, a muller maior pode desenvolver un vínculo coa súa propia sexualidade, así como coas súas relacións afectivo-sexuais baseadas predominantemente no agarimo, e non tanto, desde o punto de vista xenital. Esta visión podémola ver reflectida no presente estudo por medio de P07,



a cal describe as súas vivencias sexuais actuais coa súa parella sentimental da seguinte maneira:

“Xa pasa a converterse noutro tipo de relación sentimental, xa é diferente, máis enfocada ao agarimo, aos abrazos, aos bicos, á comprensión, á tenrura, [...] é algo diferente”. Debemos recalcar que todos estes aspectos tamén son abarcados polo concepto de sexualidade elaborado pola Organización Mundial da Saúde (2006), e portanto deben de ter a mesma relevancia que outros factores.

No referente, aos cambios ou factores máis influentes no desenvolvemento da sexualidade cara á vellez, os máis destacados polas mulleres participantes foron aqueles factores de natureza social tales como o falecemento, o divorcio ou o xurdimento dunha enfermidade das súas correspondentes parellas sentimentais, así como a soidade, ou o aumento da rede ou contactos sociais. Estes factores sociais tamén deron lugar e orixinaron factores psicolóxicos influentes propiciando sentimentos de tristeza, aburrimiento etc.

Por outra banda, as participantes afirmaron que os estereotipos máis comúns (por parte tanto da sociedade como polas institucións ou profesionais) que viran ao redonda sexualidade a muller maior son a invisibilidade sexual e a relación exclusiva da sexualidade coa mocidade, nomeados por orde de incidencia.

En canto ás limitacións de estudo desta investigación cualitativa atopámonos conque, a pesar de obter resultados satisfactorios no tocante á captación de información e de contido, si que se evidenciaron nas entrevistadas, sentimentos de culpabilidade, vergoña e reparo á hora de falar da devandita temática, o que obstaculizou e limitou a extracción desta realidade dunha maneira máis eficaz.

Para concluír, pódese resaltar que a relación entre o proceso de envellecemento e a sexualidade é un tema que recibiu pouco interese por parte da sociedade, as políticas e programas sociais. Ata o momento, abórdouse principalmente desde unha perspectiva centrada na saúde, sen ter en conta unha visión integral ou biopsicosocial. Ademais, as estratexias e accións implantadas



ata agora tiveron obxectivos locais, sen garantir a capacitación necesaria nin proporcionar directrices para que os equipos amplíen os seus coñecementos e contribúan ao desenvolvemento deste tema.

Un dos grandes desafíos que deberíamos afrontar dende o traballo social á horade intervir con mulleres maiores é o de xerar ferramentas e coñecementos que fomenten unha maior apertura na abordaxe da sexualidade, considerando o contexto e sendo capaces de facer visibles as diversas experiencias que poden xurdir ao redor deste tema. Estas experiencias poden contribuír a promover un maior benestar subxectivo, así como unha maior calidade de vida.

Para a devandita abordaxe, requírese adoptar dende o traballo social, un enfoque baseado na comprensión e na sensibilidade, e recoñécese desta maneira a diversidade e a singularidade de cada unha das vivencias da poboación diana.

É primordial a educación e a concienciación, é dicir, como traballadoras e traballadores sociais, debemos proporcionar información detallada, precisa e actualizada sobre a sexualidade na vellez, desmitificar os estereotipos e mitos existentes e promover unha visión ou perspectiva positiva da sexualidade nesta época vital.

O apoio emocional cara ás mulleres tamén é imprescindible. Con isto referímonos á necesidade de ofrecer un espazo seguro e de apoio onde as mulleres maiores poidan expresar as súas preocupacións, dúbidas ou preguntas en relación con este aspecto da vida, sen temor a sentirse xulgadas ou estigmatizadas.

Todas e todos os profesionais do traballo social deberíamos de contemplar a sexualidade como un aspecto clave na planificación dos cuidados das mulleres maiores, e tratala como un aspecto fundamental e integral na avaliación de necesidades. Ademais, debemos capacitarnos como profesionais formándonos de maneira continua nesta temática, e estar informados e informadas de todos aqueles recursos e servizos que promovan a saúde sexual e o benestar (tales como a terapia de parella, grupos de apoio ou de axuda mutua, actividades recreativas etc.), así como facilitar o acceso a estes.

Por último, é necesario que apoiemos e apostemos polas políticas



inclusivas, avogando por aqueles programas ou accións que recoñezan e respecten os dereitos sexuais das mulleres na terceira idade e garantir desta forma o acceso a información, servizos, ou atención socio-sanitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association (2020). *Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.)*. <https://doi.org/10.1037/0000165-00>
- Arantzamenti, M., López-Dicastillo, O. & Vivar, C.G. (2012). *Investigación cualitativa: manual para principiantes*. Ediciones Eunate.
- Asociación Médica Mundial (1964). *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas*. <https://cnrha.sanidad.gob.es/documentacion/bioetica/pdf/Helsinki.pdf>
- Baquadano, E., Gómez, M. A., & Alonso, M. (2018). La sexualidad en la vejez: Estereotipos y tabúes. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 53(3), 151-154.
- Cerquera, A.M., Ceballos, K. M. L, Núñez, Y. P., & Porras, E. A. (2013). Sexualidad femenina en la tercera edad. *Informes Psicológicos*, 13(2), 135-147
- Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. (1979). *Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación*. <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Consejo General de Enfermería. (1989). *Código Deontológico de la Enfermería Española*. https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/deontologia/codigo_deontologico.pdf
- Consejo General de Trabajo Social. (2012). *Código Deontológico de Trabajo Social*. http://www.consejotrabajosocialcyl.org/codigo_deontologico_2012.pdf
- D'Emilio, J., & Freedman, E. B. (1988). *Intimate Matters: A History of Sexuality in America*. Harper & Row, New York.
- Fernández, M., Gaviria, M. N., Muñoz, F., Miguel, I., Coll, E., & Fuentes, M. E. (2006). *Sexualidad en las mujeres mayores*. *Atención Primaria*, 37(9), 504-509. <https://doi.org/10.1157/13089099>
- Foucault, M. (1978). *The History of Sexuality: An Introduction, Vol. 1*. Pantheon Books.
- Freixas, A. (2017). *Sin reglas. Erótica y libertad femenina en la madurez*. Barcelona: Ed. CS



Fundación para la Investigación Social Avanzada (2021). *La utilización del Muestreo Probabilístico y No Probabilístico en las Ciencias Sociales*.

<https://isdfundacion.org/2021/06/23/la-utilizacion-del-muestreo-probabilistico-y-no-probabilistico-en-las-ciencias-sociales/>

Gay, P. (1988). *Freud: A Life for Our Time*. W. W. Norton & Company.

Gott, M., & Hinchliff, S. (2003). Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Family Practice*, 20(6), 690-695. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm612>

Gott, M., Hinchliff, S., & Galena, E. (2004). General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with old people. *Social science & medicine* (1982), 58(11), 2093-2103. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.08.025>

Guba, E.G. (1981). Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. *Educational Communication and Technology Journal*, 29, 75-92.

Hayes, R., & Dennerstein, L. (2005). The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: a review of population-based studies. *The journal of Sexual medicine*, 2(3), 317-330.

Hernando Ibeas, M. V. H. (2005). *Sexualidad y afectividad en la vejez*. En J. Giró Miranda, *Envejecimiento, salud y dependencia* (pp. 63-80). La Rioja: Universidad de la Rioja <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=6366>

Indeed (2021). *¿Qué es una entrevista semiestructurada y cómo prepararla?* <https://es.indeed.com/orientacion-laboral/entrevistas/entrevista-semiestructurada>

Jordanova, L. (1989). *Sexual Visions: Images of Gender in Science and Medicine between the Eighteenth and Twentieth Centuries*. University of Wisconsin Press.

Levin, R. J., Both, S., Georgiadis, J., Kukkonen, T., Park, K., & Yang, C. C. (2016). The Physiology of Female Sexual Function and the Pathophysiology of Female Sexual Dysfunction (Committee 13A). *The journal of sexual medicine*, 13(5), 733-759.

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (2018). *BOE*, 294, del 6 de diciembre de 2018 <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>

Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 357(8), 762-774.

Luque, B. (2014). *Envejecimiento y sexualidad femenina*. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 3 (4), 279-287

Morgan, R. (1988). *Women and Sexuality in the Novels of Thomas Hardy*. Routledge.

Nusbaum, M. R., Hamilton, C. y Lenahan, P. (2003). Enfermedad crónica y



- funcionamiento sexual. *Médico de familia estadounidense*, 67(2), 347–354.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health*. Ginebra.
- Pascual Barrio, B., Orte Socías, C., Pozo Gordaliza, R., Gomila Grau, M. A., & Vives Barceló, M. (2018). Miradas sobre la sexualidad en las personas mayores: las relaciones afectivas-sexuales en procesos diferenciales de envejecimiento. *Anales En Gerontología*, 10(10),56–73.
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/31147>
- Popkewitz, T. (1988). *Paradigma e ideología en investigación educativa. Las funciones sociales del intelectual*. Mandadori.
- Qualtrics. (2022). *Investigación cualitativa. ¿Qué es la investigación cualitativa?*
<https://www.qualtrics.com/es/gestiondelaexperiencia/investigacion/investigacion-cualitativa/>
- Ramos, R. (2016). *Programa Amessán 2016*. https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/4037/Ames_Programa_AmesSan_%202016_DEF.pdf
- Ramos Pinilla, A.M., Thomson Pulgar, D.Y., Mazzucchelli Olmedo, N. (2019). Envejecimiento, género y sexualidad: Aproximación a los significados sobre la sexualidad de mujeres mayores en la comuna de Valparaíso. *Revista Pensamiento y Acción Interdisciplinaria*, 4(2), 8-23.
<https://revistapai.ucm.cl/article/view/362/316>
- Reglamento General de Protección de Datos. (2016). Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE.
<https://www.boe.es/doue/2016/119/L00001-00088.pdf>
- Resolución Reitoral 4/2021, sobre procedimiento de evaluación previa de trabajos de fin de estudios e otros trabajos académicos no caso de intervención con seres humanos, obtención de muestras ou de datos persoais.
<https://sede.usc.es/sede/ferramentas/publicAPP/comprobarCSV.htm?csvId=212E-2523-46D4-B752>
- Rousselle, A. (1988). *Porneia: On Desire and the Body in Antiquity (Family, Sexuality and Social Relations in Past Times)*. Basil Blackwell Oxford.
- Scavello, I., Maseroli, E., Di Stasi, V. y Vignozzi, L. (2019). Salud sexual en la menopausia. *Medicina* 2019; 55(9): 559.
<https://doi.org/10.3390/medicina55090559>
- Socarrás León, M., Hernández Cruz, B., & Oro Fonseca, Y. (2020). Sexualidad en la



mujer menopáusica: una reflexión desde la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 46(1).

<https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/84/97>

Strauss, A. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge University Press.

<https://doi.org/10.1017/CBO9780511557842>

Sturdee, D. W., Panay, N., & International Menopause Society Writing Group (2010).

Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy.

Climacteric: the journal of the International Menopause Society, 13(6), 509-522.

Torres Mencía, S., & Rodríguez Martín, B. (2019). Percepciones de la sexualidad en personas mayores: una revisión sistemática de estudios cualitativos. *Revista*

Española de Salud Pública, 93, e201909059.
<https://www.scielosp.org/pdf/resp/2019.v93/e201909059/es>

Træen, B., Carvalheira, A., Kvaalem, I. L., Štulhofer, A., Janssen, E., Graham, C. A., Hald, G. M., & Enzlin, P. (2017). Sexuality in Older Adults (65+) - An Overview of The Recent Literature, Part 2: Body Image and Sexual Satisfaction. *International Journal of Sexual Health*, 29(1).

Universidad Internacional de Valencia. (2018). *Qué es la gerontología y de qué se ocupa un gerontólogo*. <https://www.universidadviu.com/int/actualidad/nuestros-expertos/que-es-la-gerontologia-y-de-que-se-ocupa-un-gerontologo>

Valdés Vázquez, M. C., Hernández Esterlin, Y., Galvañy Peguero, M. M., Rodríguez Prieto, Y. M. (2013). Mujer posmenopáusica. ¿Fin de la vida sexual? *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 12(2), 257-264

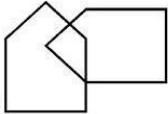
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180427525009>

Vanegas, M. (2013). *Método fenomenológico*. Universidad Fermín Toro.



ANEXO I. Plantilla do Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC-35)

Código screening _____

Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC-35)		
Lobo A, et al. Med Clin 1999; 112: 767-774. <i>(Ver instrucciones de uso al reverso)</i>		
	Máxima puntuación	PUNTOS
Orientación		
Dígame el día ____ Fecha ____ Mes ____ Estación ____ Año ____	(5)	()
Dígame el Hospital (o el lugar) ____ Planta ____ Ciudad ____	(5)	()
Provincia ____ Nación ____ <i>Poner un punto por cada respuesta correcta</i>		
Fijación (memoria inmediata)		
Repita estas 3 palabras: peseta, caballo, manzana. (Repetirlas hasta que las aprenda)	(3)	()
<i>Poner un punto por cada respuesta correcta</i>		
Concentración y cálculo		
Si tiene 30 pesetas. y me va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando?	(5)	()
<i>Poner un punto por cada sustracción correcta.</i>		
Repita estos números: 5-9-2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás	(3)	()
<i>Un punto por cada dígito que coloque en posición inversa correcta.</i>		
Memoria (reciente)		
¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?	(3)	()
<i>Poner un punto por cada respuesta correcta</i>		
Lenguaje y construcción		
Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?". Repetirlo con el reloj.	(2)	()
<i>Poner un punto por cada respuesta correcta</i>		
Repita esta frase: "en un trigal había cinco perros"	(1)	()
<i>Un fallo en una letra es 0 puntos en el ítem.</i>		
Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?, ¿Qué son el rojo y el verde?, ¿Qué son un perro y un gato?	(2)	()
<i>Poner un punto por cada respuesta correcta</i>		
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa"	(3)	()
<i>Poner un punto por cada respuesta correcta</i>		
Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS	(1)	()
Escriba una frase	(1)	()
	(1)	()
Copie este dibujo"	(1)	()
Puntuación total (un punto cada respuesta correcta):	(35)	()
Nº preguntas que el paciente no ha podido contestar por su nivel de escolarización		
preguntas que el paciente no ha podido contestar por déficit visual		
Puntuación Tota Corregida (*)		

(*) Para su cálculo excluimos las preguntas que hayan sido eliminadas, básicamente por analfabetismo o por imposibilidad física de cumplir un ítem (ej.: ceguera). La puntuación total corregida se obtiene por regla de tres. Por ejemplo si el paciente es ciego y no puede acceder a 4 de los 35 puntos posibles, la puntuación final se calculará sobre 31 puntos posibles. Imaginemos que la puntuación total ha sido 20, aplicando la corrección obtenemos una puntuación $(20 \times 35 / 31) = 22,5$ (redondearemos al núm. entero + próximo, el 23).



ANEXO II: Guión de entrevista semiestructurada, protocolo de recollida dos datos

1. Que entende vostede por sexualidade ou como a definiría?:
2. Podería narrar ou describir como foi a súa sexualidade ao longo da súa vida?:
3. Como se encontra na actualidade con respecto á mesma? Déronse cambios?:
4. Considera que se deron cambios físicos no seu corpo que influíron no desenvolvemento da súa sexualidade? E cambios sociais ou emocionais?:
5. Considera vostede que existe discriminación en relación coa sexualidade da muller maior e é tratada coma un tema tabú?
6. De ser así, cales que cre que son os clichés, tópicos ou estereotipos máis comúns en relación coa sexualidade das mulleres da terceira idade?



NON HAI TRABALLO SOCIAL SE NON HAI PLANETA.

NO HAY TRABAJO SOCIAL SI NO HAY PLANETA.

THERE IS NO SOCIAL WORK IF THERE IS NO PLANET.

Marta Pernas Rodríguez - Traballadora social ecofeminista e facilitadora de grupos da Asociación RaizAmeVivo

raizame.asociacion@proton.me

RESUMO

Neste artigo abordamos a emerxencia climática e sistémica como un escenario de intervención prioritario no traballo social, introducíndonos ao amplo mundo do traballo social ecosocial, verde, eco-crítico e sostible, repensando novos paradigmas emerxentes como son a permacultura, o ecofeminismo decolonial e o decrecemento, e compartindo ámbitos de actuación do traballo ecosocial. Entendemos esta profesión como un ente crucial a hora de acompañar a sociedade, e especialmente aos grupos máis vulnerables, nos profundos cambios estruturais que teremos que afrontar para poder co-habitar un planeta vivible, san e sostible cos seus límites físicos, ao mesmo tempo que aseguramos que a xustiza climática e social vaian da man, na construción de comunidades resilientes e inclusivas.

PALRABRAS CHAVE

Traballo Social verde, ecoloxismo, cambio climático, acción comunitaria, transformación.

RESUMEN:

En este artículo abordamos la emergencia climática y sistémica como un escenario de intervención prioritario en el trabajo social, introduciéndonos al amplio mundo del trabajo social ecosocial, verde, eco-crítico y sostenible, repensando nuevos paradigmas emergentes como son la permacultura, el



ecofeminismo decolonial y el decrecimiento, y compartiendo ámbitos de actuación del trabajo ecosocial. Entendemos esta profesión como un ente crucial a hora de acompañar la sociedad, y especialmente a los grupos más vulnerables, en los profundos cambios estructurales que tendremos que afrontar para poder co-habitar un planeta vivible, sano y sostenible con sus límites físicos, al mismo tiempo que aseguramos que la justicia climática y social vayan de la mano, en la construcción de comunidades resilientes e inclusivas.

PALABRAS CLAVE

Trabajo social verde, ecologismo, cambio climático, acción comunitaria, transformación.

ABSTRACT

In this article we address the climate and systemic emergency as a priority intervention scenario in social work, introducing us to the broad world of ecosocial, green, eco-critical and sustainable social work, rethinking new emerging paradigms such as permaculture, decolonial ecofeminism and degrowth, and sharing areas of action of ecosocial work. We understand this profession as a crucial entity when it comes to accompanying society, and especially the most vulnerable groups, in the profound structural changes that we will have to face in order to co-inhabit a livable, healthy and sustainable planet with its physical limits, at the same time. while ensuring that climate and social justice go hand in hand, in building resilient and inclusive communities.

KEYWORDS

Green social work, environmentalism, climate change, community action, transformation.

1. INTRODUCCIÓN

Sendo o traballo social, pola súa propia casuística, unha profesión en crise; sendo os grupos humanos organismos vivos en constante movemento; sendo o contexto unha cadea de microcolapsos eco-sistémicos e unha ebulición global sen precedentes; sendo a extinción masiva producida pola actividade humana unha realidade cada vez máis próxima; supoñendo verdade que haxa unha



vontade política por camiñar cara a Axenda 2030 e cara unha sociedade realmente máis sostible, inclusiva e diversa... Cal será pois o rol do traballo social neste mundo en decadencia? Está preparado para os retos ecosociais que están por vir? Como axentes de cambio social poderemos adaptar os ritmos institucionais as emerxencias das nosas comunidades? Será esta transición ecosocial un proceso realmente sostible e xusto?

Se ben o fin último do traballo social é a súa erradicación, sempre que haxa sociedade haberá traballo social, xa que as interaccións e relacións humanas levan consigo unha complexidade de tal magnitude que parecen precisar dun acompañamento activo, dunha protección dos dereitos humanos e dunha defensa das vidas que merecen ser vividas con dignidade, autonomía e empoderamento. Sen embargo, **sen planeta o traballo social non pode existir**, ao igual que o resto de profesións, ao igual que milleiros de especies e ao igual que as futuras xeracións, coas cales estamos en débeda.

Tras esta breve introdución, daremos unha ollada ao contexto que nos atinxe, situándonos no traballo social, no contexto climático e ambiental actual así como nos marcos comúns de actuación que lideran estes cambios a nivel global e autonómico. A continuación pasaremos a indagar no Traballo Social Verde, cun resumo sobre a traxectoria que me fixo chegar ata aquí, introducindo termos esenciais para comprender o Traballo Eco-Social, como son o enfoque sistémico, permacultural, decrecentista, ecofeminista, crítico e decolonial. Por último, definiremos o traballo social verde e clasificaremos algúns dos seus ámbitos de aplicación e intervención social, rematando cunhas conclusións.

Cabe mencionar que este artigo ten unha linguaxe inclusiva, utilizando o feminino xenérico referíndose a persoas, incidindo en “traballadoras sociais” pola visibilidade da feminización desta profesión de coidados.

2. UNHA OLLADA AO CONTEXTO

2.1. Situándonos no traballo social

Nos últimos anos colleu forza o concepto de traballo social verde, ou traballo social eco-social, traballo social ambiental ou sostible... Sen embargo, ao tentar ir ao profundo, no territorio español e galego, observamos un descoñecemento



xeral sobre o que significa todo isto, así coma unha materialización superficial desta esencia holística nos discursos do traballo social, e por tanto, na súa praxe.

Analizando algúns conceptos do traballo social, imos a última re-definición global do traballo social en 2014 en Australia polo FITS: “O traballo social é unha profesión baseada na práctica e unha disciplina académica que promove o cambio e o desenvolvemento social, a cohesión social, e o fortalecemento e a liberación das persoas. Os principios da xustiza social, os dereitos humanos, a responsabilidade colectiva e o respecto á diversidade son fundamentais para o traballo social. Apoiada polas teorías do traballo social, as ciencias sociais, as humanidades e os coñecementos indíxenas, o traballo social involucra ás persoas e as estruturas para facer fronte a desafíos da vida e aumentar o benestar”(*Definición Global del Trabajo Social – International Federation of Social Workers, 2023*). Aquí podemos observar que esta definición non menciona o medio e o entorno coma principios clave, en tanto como seres eco-dependentes que somos, e en tanto que todo o que lle sucede a contorna que habitamos nos afecta directamente, en termos de saúde mental, física, social i económica.

Se queremos mudar de paradigma, desde unha visión antropocentrista a unha visión biocentrista, o ser humano deixaría de ser o centro do “ego” e pasaría idealmente a ser parte do “eco”, un ente máis da Natureza, mais cun gran poder destrutor así coma rexenerador.

Indo aos documentos máis recentes publicados polo CGTS no territorio español, comezamos collendo o “Modelo do Sistema Público de Servizos Sociais que defende o traballo social” (Consejo General del Trabajo Social, 2022). Aquí observamos uns avances notorios no camiño cara un traballo social máis crítico e xerador de vínculos, ampliando o concepto de convivencia e as relacións significativas máis aló da familia e cun maior alcance territorial, incidindo máis na acción comunitaria como un eixo principal de transformación. Sen embargo, botamos en falta unha vez máis o corpo dun discurso que integre máis o medioambiente. E podemos velo a simple vista no feito da falta de mención e visibilidade do mesmo, así como en pequenos detalles, como no seguinte exemplo.



Para marcar os límites entre as entornas da convivencia, entendendo estas como esferas de atención dos servizos sociais, utilizan unha estrutura na que diferencian os niveis do ambiente ecolóxico, seguindo a teoría ecolóxica de desenvolvemento humano (Bronfenbrenner, 1979). Comezando polo sistema persoa (o referente a propia individualidade); seguindo polo micro-sistema (redes primarias, núcleo relacional máis inmediato, familia, amizades); o meso-sistema (interaccións da familia, escola, servizos sociais, sanidade...); o exo-sistema (influencia do contexto social, familia extensa, traballo da familia, barrio...); o macro-sistema (influencia do contexto cultural, sistema de crenzas, sistema económico, político...) e por último non nomean o crono-sistema, como si fai a autora desta teoría, referíndose a influencia do contexto ambiental, os cambios que ocorren ao longo do tempo nos ecosistemas dos que formamos parte.

Nesta teoría faise fincapé en que o contexto ecolóxico dos individuos está formado por un sistema de sistemas, que se superpoñen e se inflúen mutuamente, cunha perspectiva profundamente sistémica e holística como a que apostamos desde estas verbas.

Podemos intuír que ao omitir este entorno de convivencia, crucial para que se dean todos os demais, non estamos incluíndo os ecosistemas dentro do ámbito de actuación do Sistema Público de Servizos Sociais, nin por tanto a influencia que este ten nos grupos humanos, tanto en ameazas como en oportunidades.

Isto mesmo pasa con outros documentos e informes como por exemplo o recentemente publicado “Aproximación dos Discursos das traballadoras sociais: contextos, debates e ideoloxías” (Nogués Sáez et al., 2023) do CGTS onde non se menciona o traballo social verde coma un discurso ou debate emerxente na profesión. Por tanto, tampouco se mencionan a emerxencia climática, a crise enerxética, a perda de biodiversidade, a ebulición global, as recorrentes e cada vez máis frecuentes catástrofes naturais, o posible escenario do ecofascismo coas respectivas desigualdades estruturais... coma obxecto de estudo ou de intervención do traballo social, sendo estas completamente determinantes nas vidas das persoas, onde si está interpelada directamente esta profesión.

Sen embargo, o crecemento do Traballo Social Ambiental dentro da



disciplina do Traballo Social evidenciase pola súa inclusión nas axendas nacionais e internacionais de Traballo Social. Desta forma, a Asociación Internacional de Escolas de Traballo Social, o Consello Internacional de Benestar Social e a Federación Internacional de Traballadores Sociais formaron unha coalición internacional para desenvolver a Axenda Global para o Traballo Social e o Desenvolvemento Social (Jones & Truell, 2012). Así, dentro da Axenda Global entre as catro prioridades principais para as persoas profesionais do Traballo Social atópase o traballar cara á sustentabilidade ambiental e, por tanto, cara ao “Desenvolvemento” Sostible, entre paréntese xa que deberíamos falar de Decrecemento Sostible. Neste sentido, en múltiples países, especialmente na rexión de Abya Yala (nome orixinario do continente americano), os respectivos códigos éticos das profesionais do Traballo Social incorporan explicitamente a vinculación entre a práctica do Traballo Social e o ambiente (Krings et al., 2020).

Desde os anos oitenta do século XX a disciplina do Traballo Social foi achegando coñecementos á comprensión dos problemas ambientais. Devandito isto, a complexidade e transversalidade desta temática sitúa ao Traballo Social en novos escenarios que reclaman unha renovación da súa intervención desde novas teorías e procedementos para afrontar as diversas arestas da crise ambiental actual (Latorre, 2013). O marco do social é o ámbito desde onde deben producirse os cambios cara unha sociedade máis sostible e solidaria. Intervir a esta escala humana obriga a contar de forma directa coas perspectivas das ciencias sociais e por tanto, necesariamente, da disciplina do Traballo Social.

2.2. Emerxencia Climática actual

A reacción da humanidade ante a situación planetaria recorda un pouco a situación do *titanic* ou a metáfora da película “Don’t Look Up”, onde evidencian a tendencia humana a non reaccionar ata ver claramente que está chegando o fin. Tamén que o discurso catastrofista ten pouca cabida na sociedade, supoño que por unha estratexia de “supervivencia” a hora de seguir coas rutinas e vidas do día a día, sen grandes cambios, a non ser que sexa estritamente necesario, como foi na época do COVID.

Día tras día observamos como os fenómenos meteorolóxicos adversos son cada vez máis frecuentes e extremos, como as ondas de calor, as secas e



a desertización, as inundacións, as borrascas, os furacáns... Isto débese a que o quecemento global xa está a ter un impacto significativo no planeta, producindo tamén un desxeo dos glaciares e o permafrost, o que está a provocar un aumento do nivel do mar.

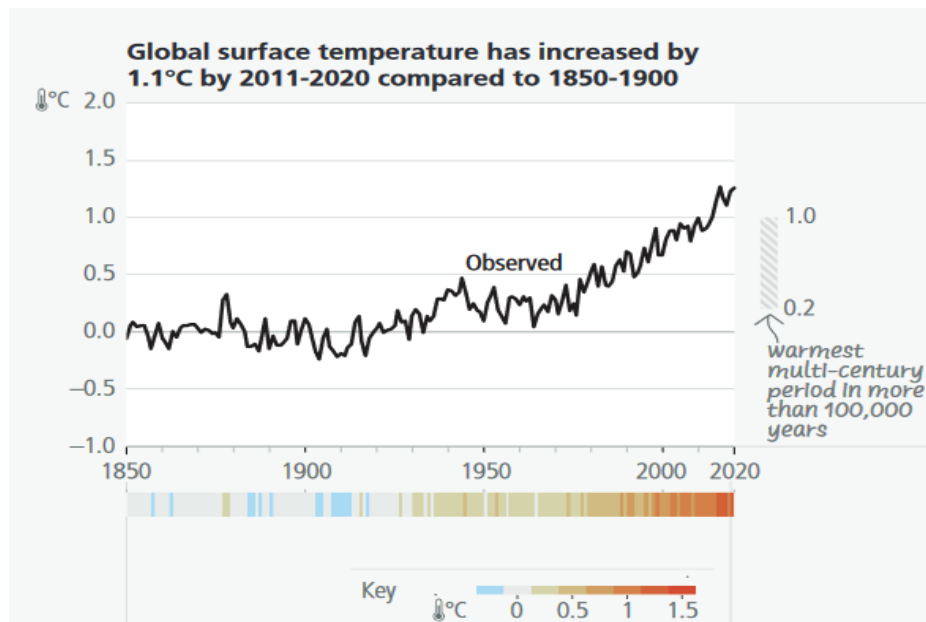
O IPCC (The Intergovernmental Panel on Climate Change) publicou varios informes sobre o cambio climático. No informe publicado en 2022, o IPCC advirte que se non se toman medidas urxentes para reducir as emisións de gases de efecto invernadoiro, o planeta podería alcanzar un punto de inflexión a partir do cal os cambios climáticos serán irreversibles (Calvin et al., 2023).

Estes cambios climáticos están a ter un impacto negativo nos ecosistemas e na biodiversidade, nos recursos naturais como a auga, na nosa saúde e nos cultivos, nas comunidades e as súas infraestruturas, así como nas economías de todo o mundo. A nivel global os países do Sur Global son os que menos emisións de carbono producen e sen embargo, son as que máis sofren as consecuencias (Ritchie et al., 2020). De igual maneira a nivel local en cada territorio, as persoas máis vulnerables, como as persoas en situación de pobreza, ou en situación de dependencia así coma crianzas, persoas maiores, persoas con diversidade funcional... son as que máis van sufrir e sofren esta situación. Por último, están en grave risco as persoas que viven en pequenos territorios insulares debido a inevitable subida do nivel do mar. Todo isto produce e producirá uns maiores índices de migracións por refuxio climático, co respectivo incremento de conflitos sociais e mortes (Calvin et al., 2023).

Actualmente a temperatura media global está por encima dos 1.1°C en comparación cos niveis pre-industriais, e a tendencia é a alza. Isto débese ao aumento dos gases de efecto invernadoiro na atmosfera, que reteñen a calor do sol e provocan o quecemento global (Calvin et al., 2023). Na seguinte táboa podemos ver como foi este aumento ao longo dos anos, especialmente a partir do 1980. No Acordo de París (2015), adoptaron non superar o aumento de 1,5 grados centígrados, ao cal nos estamos achegando anualmente.

Ilustración 1.

Incremento da temperatura global da superficie 1850 – 2020



(Calvin et al., 2023)

A evolución da temperatura global amosa que o planeta quécese debido ás emisións de dióxido de carbono e os gases de efecto invernadoiro, producido polos seres humanos. Ao tempo que aumentan estas emisións, aumentan os gases de efecto invernadoiro e por tanto, a temperatura media global. As principais causas deste aumento son a queima de combustibles fósiles e a sobre explotación dos recursos naturais, que implica a deforestación de selvas e bosques, o uso excesivo de fertilizantes, o consumismo, a alta produción de residuos contaminantes, etc. (Calvin et al., 2023).

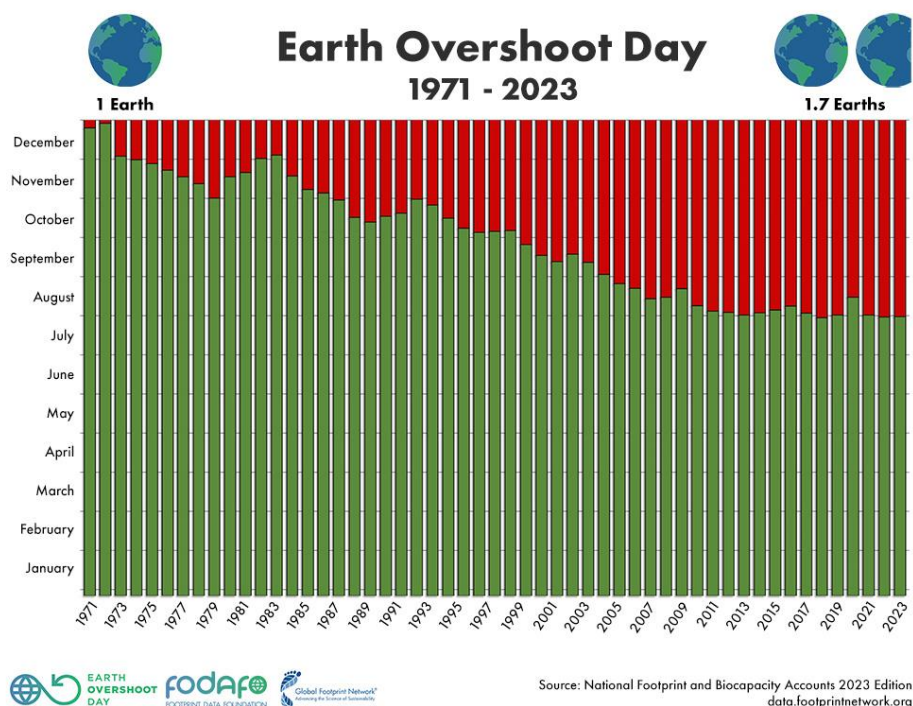
Nesta crise multidimensional e sistémica tamén atopamos a crise enerxética, caracterizada por un aumento dos prezos da enerxía, unha alta demanda por parte da sociedade que excede os límites físicos do planeta, unha problemática complexa co respecto a subministración (cambios meteorolóxicos, o bloqueo ao gas natural provinte de Rusia, a planificación e implantación invasora de enerxía renovable sen unha autocrítica nin unha revisión da demanda, etc.). A crise enerxética está impactando gravemente nas economías de todo o mundo. Os fogares e as empresas están a sufrir un aumento dos custos enerxéticos, o que está a contribuír á inflación.



Cando falamos de que o consumo humano está a sobre pasar os límites físicos do planeta, como seres eco-dependentes, dicimos que todo o que está construído para o ser humano, ven de minerais que veñen da terra ou de procesos da mesma. Isto tamén está en perigo, xa que como amosan no “Global Footprint Network”, desde a revolución industrial nos anos 70, excedemos os recursos do planeta destinados por ano. No seguinte gráfico (Ilustración 2) podemos observar como cada ano desde o 1970 superamos este peto ecolóxico anual, polo que levamos máis de 60 anos superando a biocapacidade da terra. Na mesma táboa podemos ver como no 2020 debido ao COVID, puidemos reducir esta demanda, se ben tampouco foi suficiente. Isto tradúcese nunha crise sen precedentes dos recursos naturais e podemos prever que a magnitude dos cambios que debemos adoptar son drásticos, urxentes, a gran e pequena escala.

Ilustración 2.

Consumo de recursos segundo a biocapacidade do planeta por ano (1970 - 2023)



(Earth Overshoot Day, 2023)

O IPCC utiliza métodos científicos para avaliar riscos e analizar datos. Aínda non establece unha data concreta para o colapso, pero afirma que é unha posibilidade real se non se toman medidas urxentes para reducir as emisións. O



organismo estima que, se as emisións continúan aumentando ao ritmo actual, o planeta podería alcanzar un punto de inflexión irreversible en 2030 ou 2040, polo que hai moi pouca marxe de actuación e por iso a sociedade atópase nun contexto de emerxencia climática.

En Galicia, a pesar de parecer un paraíso en termo climáticos e de masa verde, o cambio climático tamén é un das maiores dificultades que afronta o territorio. Os fenómenos meteorolóxicos son cada vez máis frecuentes e extremos, coa intensidade das precipitacións, producindo inundacións e erosións, as ondas de calor e as secas que afectan aos cultivos e facilitan a extensión dos lumes. Incluso as zonas costeiras de Galicia poden verse afectadas nun futuro pola subida do nivel do mar.

Por outra banda, a sobre explotación dos recursos naturais é unha evidencia neste territorio, sendo a comunidade autónoma de España con máis megaproxectos eólicos que afectan directamente as zonas rurais e aos ecosistemas locais (ADEGA, 2023); cunha gran extensión de monocultivo de pino e eucalipto como recursos madeireiros (*Inventario Forestal Continuo de Galicia - Xunta de Galicia, 2023*), o cal impacta nas especies autóctonas, na degradación do solo e na extensión de incendios (ADEGA, 2021); e coa existencia de macro-granxas con altos índices de contaminación. Está demostrado que estas macro-granxas contaminan o ar e a auga, producindo grandes cantidades de gases de efecto invernadoiro a través do metano. Os xurros contaminan as augas, ríos, lagos e acuíferos afectando a saúde humana e os ecosistemas acuáticos. A gandería industrial e intensiva require de moita extensión e recursos, polo que consumen moita auga, cereais cultivados en monocultivo con pesticidas, e desprazando ou eliminando outras especies e hábitats naturais (Greenpeace, 2023).

Esta sobre explotación tamén está a afectar a agricultura e a perda de biodiversidade. A situación actual da agricultura é complexa e desafiante, cando realmente a rexión ten un gran potencial pola diversidade de climas e solos dos que dispomos para producir variedade de alimentos e non ficar na agroindustria, e no monocultivo que dana o solo e o ecosistema, así como o uso intensivo de fertilizantes e pesticidas que contaminan a auga e a terra e por tanto, a saúde.

O certo é que a situación actual é moi preocupante e inquietante, e a



necesidade de artellar estratexias nos diferentes sectores da sociedade e de maneira coordinada, é esencial para poder parala, mitigala ou para adaptarnos a ela.

2.3. Marco común de actuación

Cando falamos de crise sistémica, tamén falamos de solucións sistémicas, desde os propios individuos, aos colectivos, as comunidades, as empresas e por suposto os gobernos, sendo a política a responsable última de que todas as demais sigan un mesmo plan común para transitar cara outro modelo de vida máis sostible a nivel social, ecolóxico, cultural e económico.

A nivel global, a referencia política de actuación é a Axenda 2030, aprobada en setembro de 2015 pola Asemblea Xeral das Nacións Unidas e por 193 Estados Membros (Rosa, 2017). En España, temos un documento do goberno chamado “Plan de Acción para a Implantación da Axenda 2030” e será no que nos basearemos ao longo deste punto (Dirección General de Políticas de Desarrollo Sostenible, 2018).

E esta comeza así: “Debemos adoptar con decisión as primeiras medidas que nos encamiñen cara a un futuro sostible, con dignidade para todos. O noso obxectivo é a transformación. Debemos transformar as nosas economías, o medio ambiente e as nosas sociedades. Debemos cambiar a nosa forma de pensar, a nosa conduta e os nosos hábitos destrutivos. Debemos apoiar a integración de certos elementos esenciais: a dignidade, as persoas, a prosperidade, o planeta, a xustiza e as alianzas.”

O plan inclúe un total de 190 medidas, agrupadas en 17 eixos de acción, correspondentes aos 17 Obxectivos de Desenvolvemento Sostible (ODS), nos que directa ou indirectamente o Traballo Social está interpelado.

Nesta mesma liña, no apartado de Galicia, hai un conxunto de medidas específicas, adaptadas ao contexto galego, que é importante coñecer para o traballo social ambiental neste territorio, tales como: a Estratexia de Infraestrutura Verde; a Estratexia de Inclusión Social de Galicia; plans de xestión da auga; as diferentes accións políticas, técnicas e legislativas desenvolvidas desde o ámbito de Medio Rural e Desenvolvemento Rural; as Directrices



Enerxéticas de Galicia 2020-2030; as diferentes contribucións desde o ámbito de Patrimonio Natural de Galicia. Seguen integrando na Axenda 2030 varias campañas de divulgación e sensibilización ambiental, orientadas tanto a cidadanía coma os axentes económicos, con obxectivos como fomentar boas prácticas sostibles e procurar o cumprimento dos ODS, fomentando sinerxías e a participación dos diferentes axentes da sociedade.

Rematan esta sección do documento comentando os desafíos ambientais, sociais e económicos que a CCAA de Galicia afronta para converterse nunha rexión sostible, baixa en emisións de carbono e adaptada a estes cambios, permitindo as xeracións futuras vivir dignamente nun planeta san.

A Axenda Global de Traballo Social e Desenvolvemento Social, en concordancia coa Axenda 2030 das Nacións Unidas para o Desenvolvemento Sostible, pon especial énfase nas implicacións, intervencións e compromisos do Traballo Social para a Xustiza Ambiental (Rambaree, Båld & Backlund Rambaree, 2020: 1-2).

Ter estas axendas como metas comúns a traballar entre as diferentes rexións, e estes obxectivos marcados, danos unha maior claridade a hora de actuar de maneira intersectorial. Se ben da teoría a práctica hai un mundo de dificultades e posibilidades, só paseniño a paseniño poderemos achegarnos a este ideal. Por iso, convidamos a reflexión de “Pensa Global, Actúa Local”, reflexión que tomamos co mo fundamental e de básica aplicación para comezar calquera cambio no noso ámbito de actuación, comunidade ou territorio.

3. TRABALLO SOCIAL VERDE

3.1. Unha experiencia profesional

Para falar de traballo social verde e as súas aplicacións, baseareime principalmente na miña experiencia e coñecementos, se ben complementareino con algunha definición oficial. Por iso, gustaríame comezar esta sección facendo un pequeno resumo da miña traxectoria e de como cheguei a profesionalizarme no Traballo Social Ambiental, ou Traballo Eco-Social que é como lle chamo eu o Traballo Social Verde, Eco-Crítico ou Sostible, termos que se foron usando ao longo dos anos para referirse a esta rama do Traballo Social. Fágoo polo feito



de non haber moitas referencias de como chegar ata aquí e co afán de animar a persoas que lles interese a dar o paso.

Ao rematar a carreira do Grao de Traballo Social na UVigo en 2015, as esperanzas para as persoas xoves de atopar traballo eran moi reducidas, co % máis elevado de paro xuvenil na última década, as políticas neoliberais e privacionistas que gobernaban o estado español naqueles anos facían moito máis difícil o acceso laboral. Ademais de que no meu afán utópico sentíame lonxe do facer institucional naquel momento.

Durante dous anos estiven traballando no estranxeiro, a maior parte das veces, en condicións moi precarias, o que complementaba con proxectos de voluntariado de toda índole: social, ambiental, cultural, humanitario... Aprendín idiomas, e de maneira informal, non-formal e/ou formal, formeime en materia de medioambiente, en permacultura, en ecofeminismo... entre moitas outras cousas. Sobre todo, crecín persoalmente, vivenciei as desigualdades entre o Norte e o Sur, decateime máis que nunca do privilexio da branquitude, da dificultade de atopar o equilibrio entre o traballo persoal, a acción social e/ou ambiental con perspectiva feminista. Parecía realmente difícil agrupar inqedanzas, activismos, perspectivas e incluso habilidades, ou polo menos, atopar espazos que realmente integrasen esta visión holística da transformación eco-social. Por iso, a Permacultura e o Ecofeminismo foron faros de luz no camiño.

En 2018, participei no meu primeiro programa de Erasmus+ como líder do grupo español. Alí exploramos como co-crear comunidades sostibles. Foi o meu primeiro click, onde me inspirou o gran carácter transformador que tiñan estes espazos convivenciais. E onde me dei conta de que tiña as ferramentas para facilitar ese tipo de espazos de aprendizaxe. Así foi como a través da asociación Ecolectivo, con quen me formara en Permacultura inicialmente, solicitamos o noso primeiro proxecto educativo con este programa. Por fin comezaba a visualizar como podía integrar a profesión que amaba do Traballo Social con outras ramas que sentía indispensables.

Ao mesmo tempo, fun a Lisboa a seguir profundando en Permacultura. Alí tiven a oportunidade de facer as prácticas formativas de Galeuropa, na



Universidade de Ciencias de Lisboa, investigar e experimentar por primeira vez sobre a "Permacultura como ferramenta para a inclusión social", ao mesmo tempo que a aplicabamos nun "Laboratorio Vivencial de Permacultura" e empapábame do movemento das Universidades en Transición. Onde entre alumnado, profesorado, equipo técnico e dirección implantábase iniciativas de economía circular, dentro das dinámicas do territorio universitario. Alí puiden vivir por primeira vez un seminario no que nas mesas de debate atopábanse persoas da política, persoas da cátedra e persoas habitantes de eco-aldeas, manifestando que en Europa xa imos pola terceira xeración criada nestes contextos. Xuntas, na procura de solucións fronte o monstro colapsista que petaba a porta dos nosos modelos de vida. Outro click máis, onde puiden comprobar como o traballo a favor da natureza unía ás persoas, melloraba a saúde e o benestar social.

No proceso de facer máis sinerxías (como coa asociación ticket2europe, da que aínda son membra actualmente) chamáronme de Sustinea, unha asociación ambiental, para traballar con elas como Traballadora Social. Foron tres anos de grandes retos, aprendizaxes, programas intensos e necesarios, tanto en dinamización comunitaria e/o rural, como igualdade, diversidade, mocidade, voluntariado, inclusión e/o participación social intercultural e interxeneracional.

Alí acollín a varias persoas en prácticas. Podendo formar e acompañar a outras persoas en crear contextos para a sustentabilidade e o cambio social. Un traballo social con esencia puramente transformadora.

Nestes anos traballando tamén me formei en Facilitación de Grupos, Pedagogías para a Paz e na metodoloxía socioafectiva, profundando na complexidade humana e alcanzando unha maior visión na transformación dos conflitos, o que me fixo ter máis ferramentas para acompañar equipos e persoas, facilitar procesos de aprendizaxe ou formar grupos diversos. Todo isto dentro do marco da transición eco-social, camiñando cara á xustiza social e ambiental.

Gustaríame engadir, como elemento interesante a complementar, que en 2022 vivín nunha ecoaldea interxeneracional de corenta persoas, durante seis meses a través dun proxecto formativo de voluntariado, no marco dun programa



europo chamado Corpo Europeo de Solidariedade, programa co que tamén levo traballando cinco anos. E actualmente, estoume a formar no Curso Medio de Facilitación de Grupos, faltándome un máis para rematar, co IIFACE (Instituto de Facilitación e Cambio de España) no Campus para a Transición Ecosocial, que ten lugar nas ecoaldeas de Arterra e Lakabe, ecoaldeas de Navarra que levan dez e corenta anos vivenciando e compartindo modelos de vida comunitarios, de desenvolvemento rural rexenerativo, co menor impacto ambiental posible, seguindo os ODS.

A través destes procesos, puíden integrar a aplicabilidade do traballo social na área do medioambiente, na que me fun envolvendo cada vez máis. Xa son seis anos nos que me fun especializando neste campo, colaborando con diversas entidades e colectivos, continuando no Terceiro Sector, como na asociación Boa Vida, e achegándome ao traballo institucional, cooperando en sinerxías e abrazando a súa importancia en calquera cambio de toda índole. Estes dous últimos anos fíxenme autónoma e estou en proceso de co-crear un proxecto colectivo, así como a asociación de recentemente creación chamada RaizameVivo, camiñando xuntas cara a rexeneración ecosocial.

Será que o traballo social non ten por que ser un parche ou ferramenta máis do sistema capitalista que funcione a través do control, se non unha ferramenta máis de empoderamento colectivo e acompañamento no camiño cara formas de organización social, a pequena escala, máis sostibles, transparentes, cohesionadas e xustas. Digamos que a gran escala, falamos dun traballo social máis enfocado ao ámbito político, se ben sabemos que o macro ven conformado polo micro.

3.2. Permacultura, Ecofeminismo e Decolonialidade

Antes de poder falar do traballo social verde, preciso introducir uns termos básicos e esenciais na transición cara un traballo social crítico, comunitario e transformador ao que moitas estamos camiñando.

Para comezar, recordar as catro esferas da sostibilidade: a cultural, a social, a económica e a ecolóxica desde unha visión holística do mundo. Estas olladas fannos entender a interconexión que hai entre cada elemento que afecta as nosas vidas e as sociedades das que formamos parte.



- **Perspectiva sistémica e permacultural**

Unha vez máis, cando víamos o enfoque sistémico no traballo social dentro dunha visión holística, víamos como o entorno referíase máis ao barrio e familia, formas de interaccións humanas, etc... sendo elementos interrelacionados entre si, mais non percibimos ese enfoque sistémico de engadir conscientemente o clima, a vexetación, o solo, as formas de cultivo, a flora e fauna do lugar, a auga e os diferentes recursos naturais locais... sendo estes elementos realmente fundamentais nas características dos asentamentos humanos e os que definen en gran parte as súas interaccións interna e externamente.

Unha das maiores influencias na creación do concepto de Permacultura, foi a teoría de sistemas, a que se xuntou coa cosmovisión indíxena, a agroecoloxía e a ecoloxía profunda, entre outras. Esta entende o ser humano como parte da natureza, espallándose en ciclos e padróns naturais, e recalcando que todo o que lle facemos a terra nolo facemos a nós mesmas, polo que afonda nunha relación máis harmoniosa entre o ser humano e o medio natural, recoñecéndose como parte do problema e como parte da solución.

Desta forma, calquera acción que produza un cambio nunha das partes do sistema producirá cambios nas outras partes do sistema. Os sistemas son interaccións entre elementos; todo o que afecta á totalidade do sistema inflúe en cada un dos seus compoñentes e vice-versa (Caparrós, 1998).

O concepto de Permacultura foi creado en 1978 en Australia, da man de Bill Mollison e David Holmgren, primeiramente como “agricultura permanente”, o que mutou a “cultura permanente”, xa que sen cultura non hai agricultura (Mollison & Slay, 1994) . Hai moitas definicións e maneiras de conceptualizar a Permacultura, se ben como ben din os seus creadores “é unha ciencia de deseño holística de asentamentos humanos sostibles, deseños de sistemas eficientes e rexenerativos”, tamén unha “filosofía de vida, na que traballar con, e non en contra da natureza” e ademais un “movemento vivo que camiña cara a resiliencia humana e planetaria” satisfacendo as propias necesidades humanas, sen por iso comprometer as necesidades dun planeta finito.

A Permacultura ofrécenos unha serie de ferramentas básicas para a nosa praxes profesional, respecto as súas éticas de deseño: os coidados da terra, os



coidados das persoas e o reparto xusto dos recursos, brindando e ofrecendo as claves do aspecto comunitario como a base para a transición ecosocial (Babarro, 2019).

A permacultura ten doce principios básicos de deseño claves os cales pódense aplicar perfectamente ao traballo social, se ben hai moitos máis, como os principios da actitude, hoxe só mencionarei os tres últimos: o 10, usa e valora a diversidade; o 11, usa e valora o marxinal; o 12, responde creativamente o cambio.

Algo moi importante e fundamental dentro deste movemento é o decrecemento, decrecer a nosa demanda e todas as R's son procesos fundamentais na adaptación que imos adoptar. Decrecer en todos os sectores, en todas as esferas, en todos os espazos vitais, sociais, físicos, políticos, tecnolóxicos, etc.

- **Perspectiva ecofeminista**

O traballo social ecofeminista, ven a xuntar a loita ambiental e social, ven a conxugar a xustiza climática, a xustiza social e a xustiza de xénero, detectando de tres necesidades imperiosas e tanxibles como son a desigualdade social, de xénero e a destrución do mundo natural. Reformulando estratexias para rexenerar a terra a través da rexeneración do propio tecido comunitario, nunha filosofía de triple *win*, realizando, participando, facilitando e co-creando actividades nas que gañe eu como individuo sempre que gañe a comunidade e gañe a terra.

O pensamento ecofeminista fálanos de que somos seres interdependentes e ecodpendentes, trazos constitutivos da esencia humana. A interdependencia, xa que todas as persoas dependemos nalgún momento da nosa vida enteiramente doutras persoas, incluso varias veces ao longo da nosa traxectoria vital, e hai persoas que por algunha característica funcional toda a súa vida, en diferentes grados. A ecodpendencia, xa que a base material da vida que nos sostén ven da natureza, a cal estamos ameazando gravemente. O ecofeminismo pode axudarnos a configurar unha ollada diferente que de luz a aspectos invisibles e subvalorados, mais inevitables se se quere iniciar unha transición que evite este probable colapso civilizatorio” (Herrero, 2016). Herrero



tamén nos fala moito da economía feminista e a economía ecolóxica, remarcando a urxencia de reorientar a economía cara un modelo xusto e sostible, onde a vida e os coidados estean no centro, xa que “sen natureza non hai economía, nin tecnoloxía, nin política”.

Nacido nos anos 70, o ecofeminismo é unha corrente de pensamento e un movemento social que explora os encontros e sinerxías entre ecoloxismo e feminismo. A partir deste diálogo, pretende compartir e potenciar a riqueza conceptual e política de ambos movementos, de modo que a análise dos problemas que cada un afronta por separado gaña en profundidade, complexidade e claridade (Puleo, 2011). Cabe destacar que hai diferentes correntes dentro do ecofeminismo, polo que falamos de ecofeminismos, e desde estas verbas defendemos un ecofeminismo crítico, no que se cuestionen os roles de xénero adxudicados as mulleres en termos de coidados, os non se reivindicán como propios, se non como responsabilidades comúns sen distinción identitaria de xénero.

Por tanto, o ecofeminismo podería definirse como a corrente do movemento feminista que integra a loita ambiental, relacionando directamente esta opresión dos territorios a opresión dos corpos das mulleres, así como aos países do Sur e as mulleres dos países do Sur, que son as que máis sofren as consecuencias deste modelo occidental extractivista, capitalista, productivista, lineal e patriarcal.

No traballo social, podemos integrar este pensamento e movemento como un aspecto transversal das éticas do código deontolóxico, e como parte dese potencial desta profesión a hora de xerar vínculos (Guinot & Ferran, 2017).

- **Perspectiva decolonial**

Co fin de non apropiarme dos discursos do Sur, citarei o máis literal posible: “A Decolonialidade significa un actuar, un posicionamento crítico ante o mundo no que vivimos. Comeza por identificar as herdanzas, desde as que nos constituímos como seres humanos e como sociedade. Implica, por tanto, unha acción autocrítica fronte a nosas propias visións do ser humano e a súa realización, da vida en comunidade, do vivir en territorios compartidos e do tipo de poder que se require para constituír as bases sociais, políticas, económicas



e culturais nas que quixésemos lograr bos vivires” (Gómez-Hernández, 2022).

Moito temos aínda que aprender de Abya Yala, da súa visión comunitaria, do seu *Buen Vivir* e da súa profunda conexión coa terra. Tanto o ecofeminismo como a decolonialidade, así como a teoría da interseccionalidade, provinte do feminismo negro, convídanos a revisar profundamente os nosos privilexios e o lugar que ocupamos no mundo, traendo maior conciencia social e chamando a responsabilizarse da mesma. No proceso de integrar esta perspectiva, resultaranos máis fácil ser conscientes de cando nos pomos no rol de “salvadora branca” desde o ego, reproducindo os mesmos mecanismos coloniais e dominantes, e cando estamos sendo aliadas desde o corazón e o ser, utilizando o noso privilexio para o ben común, a xustiza e a reparación colonial.

Sabemos que a relación humana co poder é complexa, tanto coma superar o estado de dominación-submisión nas nosas relacións interpersoais e grupais, como nos contextos laborais, sociais, culturais, familiares, económicos, políticos e xeopolíticos. A microescala, comezando a ser conscientes do noso rango de poder, poderemos pasar a estruturas de poder colaborativa que estean ao noso alcance, e usar o mesmo para o empoderamento propio e colectivo. Compreendendo aquí que, a terra, o ar, a auga, flora e fauna non teñen cabida no diálogo social, mais sen eles, non existiría tal. Por tanto, é a nosa responsabilidade poñerlle voz a esta opresión do corpo-territorio. Globalmente, hai moitas accións que podemos facer para ser parte desta reparación colonial, comezando por decolonizar o noso propio pensamento, na vida cotiá, no consumo, no voto, no discurso e tamén na nosa profesión.

En Abya Yala, fálase moito de traballo social decolonial coma “un posicionamento crítico que cuestiona as bases disciplinares das ciencias sociais entre as cales se atopa o Traballo Social. Advirte do predominio norteeurocéntrico nas comprensións, interpretacións e explicacións das realidades sociais, ante o cal, os coñecementos que emerxen desde América Latina e o Caribe, África e Asia son invisibilizados ou situados como estudos de área, locais, especiais, e nunca universais. Porque se asume que a rexión do Sur fai parte doutros Sures que nos seus propios movementos sociais e nas reivindicacións das súas diversidades, están presentes múltiples encontros e desencontros histórico-coloniais, nos que se cuestionan as distintas



racionalidades e formas múltiples, conflictivas moitas veces, para construír o diario vivir nos territorios”. (Ortiz, 2023)

Desde a xustiza ambiental, a débeda de carbono dos países occidentais cos países do Sur, é un paso básico no proceso de reparación colonial, así como recoñecer as comunidades indíxenas como grandes conservadoras e protectoras da biodiversidade, das cales temos moito que observar e aprender.

“Aínda que o cambio climático está a afectar á poboación de maneira xeral, todo indica que as repercusións serán máis graves e chegarán antes aos países máis empobrecidos, por ser na súa maioría países máis cálidos, cunha maior dependencia dos recursos naturais e con menor capacidade para desenvolver mecanismos de adaptación ás consecuencias do cambio climático (Hernández, 2007). No proceso de negociación do Protocolo de Kioto, os países máis contaminantes estableceron o compromiso de facilitar a transferencia de tecnoloxías apropiadas aos países do Sur e dedicar fondos para axudar aos mesmos a facer fronte aos seus custos de adaptación. Non cabe dúbida que hai unha responsabilidade por parte dos países máis emisores de saldar a súa Débeda de Carbono, o cal debe materializarse.

E non cabe dúbida de que dentro do Traballo Social e os procesos migratorios, debemos estar ben vixiantes aos roles xerárquicos e comportamentos racistas que podemos xerar coas persoas provenientes do Sur Global, xa que debemos recordar que todo o mundo occidental está cimentando no extractivísimo e espolio destes países.

E remato esta sección coa mítica frase de Angela Davis: “Nunha sociedade racista, non ser racista non é suficiente. Temos que ser antirracistas”.

3.3. Algunhas definicións do traballo social verde

Se ben pasamos un pouco por riba todos os puntos anteriores, non poderíamos entender un traballo social verde e holístico sen o enfoque biocentrista, sistémico, decrecentista, ecofeminista, crítico e decolonial, así como tampouco sen entender a urxencia que nos trae hoxe aquí, e o marco común das diferentes estratexias e axendas.

O papel do traballo social é fundamental no acompañamento cara a



resiliencia colectiva e ecolóxica fronte ao colapso, na erradicación das desigualdades estruturais, na xustiza socioambiental e na protección do medioambiente, como axentes ecosociais transformadores, na co-creación e fomento de comunidades sostibles, inclusivas, diversas e interculturais.

Son moitos os autores que están a falar desta esfera esencia do traballo social. “O servizo social ten expandido as súas consideracións teóricas e intervencións prácticas para o medio físico: as conexións co planeta e todas as formas de vida foron máis centrais no discurso da disciplina. Autores como Peeters (2012a, 2012b, 2016), poñen o acento na necesidade de se desenvolver o paradigma ecolóxico cunha énfase crítica. De feito, a partir da segunda década do presente século, os debates sobre esta nova aproximación ambiental do servizo social tense enraizado en distintos países e linguas, apoiándose en variados conceptos. Evocando algunhas das denominacións emerxentes no debate, pódense identificar as seguintes: (i) énfase no servizo social ecolóxico (ecological social approach in social work) utilizado por autores como Närhi (2004) ou Peeters (2012b); (ii) servizo social profundamente ecolóxico (deep ecological social work) de Besthorn (2003, 2012); (iii) servizo social eco-espiritual (eco-spiritual social work) en autores como Gray e Coates (2013); (iv) servizo social verde (Green social work) en Dominelli (2012); (v) servizo social socio-ecolóxico (Social ecological Social work) en Peeters (2012); (vi) ou servizo social ambiental (environmental Social work) utilizado por Gray, Coates e Hetherington (2013)” (Fernández & Posada, 2020).

Lena Dominelli, no seu libro "Green Social Work: From Environmental Crises to Environmental Justice" define o traballo social verde como "un enfoque da práctica social que toma como punto de partida a crenza na interrelación entre a natureza e a sociedade, que se compromete a abordar as causas e consecuencias da crise ambiental, e que promove a xustiza social e a sustentabilidade" (Dominelli, 2012).

Á súa vez, pensar e actuar con criterio ecolóxico supón recoñecernos como suxeitos e axentes, individuais e colectivos, dos impactos que a acción humana vén ocasionando no medio ambiente, asumindo non só as cargas éticas e morais, senón tamén sociopolíticas e económicas que comporta abrir o futuro da humanidade a novas oportunidades para reconciliarse coa Natureza (Morales



et al., 2002). E neste tenor, non se debe de quedar fóra ao Traballo Social como disciplina e profesión, a cal ten como responsabilidade o buscar e procurar o benestar social dos individuos e das comunidades.

Polo que a temática ambiental desde o Traballo Social preséntase como un campo de acción que debe deixar de ser emerxente e pasar a ser prioritario, involucrándose necesariamente na procura de solucións ante a gravidade da situación actual. E comezando a ver a natureza non só como un espazo no que irse relaxar ou de vacacións, se non como o noso común fogar, e un suxeito activo obxecto e ámbito de actuación (Noemí Banús et al., 2014).

Para lograr isto, os e as traballadoras sociais deben seguir un proceso formativo, coa finalidade de transmitir os coñecementos e ensinados de conceptos de defensa e protección ambiental, orientados á comprensión e concienciación da cuestión ambiental, e/ou comezar a contemplar as posibilidades de formar parte de equipos multi e interdisciplinarios onde haxa profesionais da área ambiental.

3.4. Aplicacións prácticas do traballo Eco-Social

A continuación, realizarase un resumo das funcións e accións profesionais do traballador/a social na intervención directa e indirecta na Área Medioambiental, se ben sabemos da complexidade de engadir estas funcións a certas áreas e niveis de intervención.

Desde a práctica profesional son innumerables as experiencias en canto a defensa ambiental, onde os e as traballadores/as sociais aos poucos foron formando o seu espazo nesta área de acción. A problemática ambiental está a gañar dimensións moi graves e globais, polo que se considera que todos os campos de intervención do Traballo Social poden estar implícitas.

As traballadoras sociais, na súa maior parte, teñen grandes capacidades, habilidades e competencias para formar, acompañar, asesorar e intervir en entidades diversas, para traer a perspectiva de coidados e de traballo con persoas en equipos interdisciplinarios como os científico-ambientais-técnicos. Traballando nunha variedade de contornas, incluíndo: gobernos locais e nacionais; organizacións non gobernamentais; empresas privadas; hospitais;



escolas e universidades; comunidades locais, etc.

A través de varias lecturas que referenciamos na bibliografía e a propia experiencia profesional clasificamos as seguintes áreas de intervención no traballo eco-social:

- **Educación Ambiental:**

Entre as súas liñas de acción débese recoñecer á Educación Ambiental como unha estratexia fundamental para o que-facer destes profesionais, xa que permite xerar un cambio cultural profundo co obxectivo de superar a crise ambiental que nos está afectando, formando a cidadanía en datos, valores, conceptos, ferramentas, explorando emocións de reconexión, e desenvolvendo habilidades e actitudes necesarias para unha convivencia harmónica entre os seres humanos, a súa cultura e o seu medio biofísico.

Esta educación ambiental pode aplicarse tanto a comunidades, coma familias, grupos vulnerables, individuos, crianzas, xuventude, adultas e en diferentes sectores. Isto pode darse en contextos non formais, informais e formais, a través de proxectos educativos ou programas específicos que permitan o seu desenvolvemento, como por exemplo programas de voluntariado ecosocial ou tamén campañas activistas de defensa e protesta.

- **Investigación:**

As traballadoras sociais poden realizar investigacións sobre os impactos sociais do cambio climático. Isto pode axudar a informar as políticas e programas de cambio climático. Tamén poden axudar a desenvolver estratexias para reducir a dependencia dos combustibles fósiles e construír un sistema enerxético máis sostible. Isto pode incluír axudar ás comunidades para desenvolver plans de eficiencia enerxética, a promover o uso de enerxías renovables e a reducir a pobreza enerxética.

A nivel universitario e académico, a educación para o traballo ecosocial pode despregarse desde un enfoque transformador que proxecta unha ollada ecosocial en todos os aspectos do plan de estudos de Traballo Social. A colaboración e cooperación entre as facultades de Traballo social é



imprescindible para desenvolver enfoques de sustentabilidade teóricos e prácticos.

- **Acción Política:**

As traballadoras sociais ambientais traballan para promover a xustiza ambiental coma un eixe estratéxico, asegurando que as persoas teñan acceso a un medio ambiente limpo e saudable independentemente da súa identidade, etnia, condición económica ou cultural, traballando coas comunidades para abordar os problemas ambientais que lles afectan. Detectando necesidades, facendo propostas e acompañando lexislativa mente. Se ben un dos desafíos é lograr a participación de todos os actores comunitarios na creación, planificación, execución e avaliación das políticas que inclúan esta xustiza ambiental nos sistemas de benestar.

Para asegurar a xustiza ambiental e social, fan falla políticas nas que as traballadoras sociais poidan aportar a súa visión e experiencia, incidindo na necesidade de revisión do cumprimento das mesmas por parte do Estado de Benestar, facendo informes sobre o seguimento dos ODS a nivel autonómico ou local. Pasar de controlar as persoas usuarias a facer auditorías e revisións das estratexias para mitigar o cambio climático, así como para elaborar plans de prevención, protección e rexeneración.

O mesmo coa planificación de cidades verdes e o acceso igualitario, así como o Desenvolvemento Rural Sostible, promovendo o sector primario, a agricultura e a pesca sostible, aumentando as medidas para fortalecer a sostibilidade nestes sistema de produción de alimentos, conservar a biodiversidade xenética das sementes, as plantas cultivadas e coidados de animais en ecolóxico. Tamén parar o abandono rural e o declive demográfico cunha estratexia dirixida a proporcionar servizos públicos de calidade, prestando atención ao resto de puntos de maneira transversal para incidir na vertebración do territorio.

- **Orientación Laboral ou asesoramento empresarial:**

Son moitos autores e autoras os que falan do inminente cambio nas economías, o cal tamén se traduce en novos nichos de emprego ou no retorno aos



tradicionais, como por exemplo, a produción de alimentos local e de proximidade, así como actividades económicas innovadoras na promoción de economía circular, e outras. É importante como traballadoras sociais, estar o día destes novos escenarios para a transición ecosocial (González Reyes, 2019).

No eido empresarial, as traballadoras sociais poden facer plans de acompañamento a pequenas empresas; apoiar ao sector primario na busca de subvencións que apoiem a transición ecolóxica do seu sector; facilitar e mediar nos conflitos entre entes con diferentes intereses; intervir en consultarías relacionadas cos ODS, cos Plans de Igualdade, coa Economía Social, Solidaria e Circular... Tamén acompañando no emprendemento de iniciativas ecosociais, despregamento ou asesorando empresas de inserción sociolaborais con empregos verdes, etc.

- **Traballo Social Comunitario**

Este eido quizais sexa o máis amplo e no que hai diferentes vertentes. Por unha banda podemos ter os servizos sociais comunitarios e primarios, e por outra banda a dinamización comunitaria que se leva a cabo desde diversas entidades do terceiro sector, as cales poden estar cooperando en sinerxía.

Nos Servizos Sociais Comunitarios, hai cada vez máis exemplos de concellos que tentan poñer o foco na rede de atención universal, referíndose ao conxunto da comunidade, ademais da rede de atención primaria aos colectivos e individuos vulnerabilizados e as demandas urxentes que solicitan. Ao ampliar a intervención comunitaria, acábanse creando redes interculturais de apoio mutuo, espazos de partilla comunitaria, espazos de soño colectivo ou de detección de necesidades conxunta, así como plans comúns de transición, e idealmente, plans de adaptación ao cambio climático no seu contexto, reducindo o seu impacto, e facendo partícipes as persoas e grupos das solucións.

Polo que o campo de acción comunitaria orientase á creación de programas e proxectos para a autoxestión comunitaria, o desenvolvemento da resiliencia colectiva, o empoderamento mutuo, iniciativas e propostas de desenvolvemento local sustentable, a xeración de grupos de apoio, o asociacionismo, a participación comunitaria ou a mobilización de recursos e



ferramentas compartidas, logrando que as xeracións actuais e as futuras poidan satisfacer as súas necesidades sen comprometer o uso inadecuado dos nosos recursos naturais.

A soberanía alimentar e a soberanía enerxética son dous eixos fundamentais neste punto, onde o traballo social funciona de ponte entre diferentes institucións, creando hortas comunitarias, bosques comestibles, facilitando cooperativas de vivenda, comunidades enerxéticas, comunidades en transición, ecoaldeas, vivendas comunitarias inclusivas, recuperación de aldeas abandonadas para persoas en situación de exclusión, etc. E envolvendo no seu despregamento a todos os sectores interpelados para o que sexa necesario: administración pública para cesión de terreos, entidades de acción ambiental, enxeñeiras, colectivos, asociacións locais, Grupos de Desenvolvemento Rural (GDR), etc.

- **Apoio e acompañamento social:**

Proporcionar apoio social ás persoas que están a ser afectadas polo cambio climático, persoas desprazadas ou refuxiadas climáticas, persoas con eco-ansiedade, estrés e depresión polo panorama futuro de crise dos recursos e cambio radical dos modos de vida.

- **Concientización e Sensibilización**

A misión do traballo ecosocial é concientizar sobre a xustiza social, a equidade e a sostibilidade na poboación, apoiando na redución do seu consumo de auga, enerxía e residuos, reciclando e mellorando a economía familiar, ao mesmo tempo que demandando as grandes corporacións e gobernos que dilapidan recursos naturais e son os grandes responsables, participando así en campañas de sensibilización, activismos climáticos e/ou na defensa da xustiza social, ambiental e feminista.

Por iso, queremos achegar a toda poboación e en particular, a colectivos en risco ou en situación de exclusión social ao medio natural, aproveitando así o traballo, a preservación e os coidados da natureza como unha ferramenta esencial de benestar común e da terra, de inclusión social e laboral para as persoas e grupos máis excluídos social, económica e culturalmente.



- **Saúde integral**

Reverdecer os espazos de intervención social é unha chave indispensable para poder voltar a conectar cos ciclos da natureza, repensar as estruturas físicas da nosa intervención, a súa apertura, a existencia de plantas, a luz natural...

É importante recordar a saúde integral dos ecosistemas e das persoas, e como estes están interrelacionados unha vez máis. O traballo ambiental, como a rexeneración dos ecosistemas, a reforestación, a creación de hortas, a alimentación consciente e local, a protección de especies en perigo de extinción, o traballo físico ao ar libre, a reciclaxe... son accións que contribúen ao benestar ambiental, social e persoal das persoas e grupos que desenvolven esas accións.

A través de prácticas de contacto directo coa terra, melloramos a saúde mental, física e colectiva, e comprobamos como a reconexión coa terra mellora notoriamente a calidade de vida individual e colectiva das comunidades. Esta é a forma de acompañar procesos de exclusión social cara o empoderamento mutuo nos territorios compartidos, abrazando as vulnerabilidades de cada vida e de cada colectivo humano e convertendo as emocións nunha forma de transitar cara un mundo máis real, digno e xusto para todas, identificándonos máis cos procesos naturais que se dan ao noso arredor e recoñecéndonos parte dun todo.

4. CONCLUSIÓNS

Fai décadas que o mundo tiña claro que este modelo de “progreso”, baseado no uso intensivo dos bens da natureza tería efectos nocivos nos ecosistemas e nos compoñentes do planeta. É simple, o planeta terra é só un e non soporta a carga do estilo de vida baseado na acumulación, no consumo desmedido e no crecemento infinito nun planeta finito.

O complexo é como nos vamos organizar socialmente, no pouco tempo que queda antes de que a situación sexa irreversible. O complexo é saber se a política, a cidadanía, as institucións, as grandes e pequenas empresas estaremos a altura das circunstancias. Penso que aínda non somos conscientes da emerxencia que supón nas nosas vidas atender a esta crise sistémica e ecolóxica que estamos a vivir, o que fai necesario e urxente este tipo de debates en todos os eixos da sociedade e especialmente no traballo social. As



traballadoras sociais teñen un papel importante que desempeñar na resposta ao cambio climático, o colapso do sistema enerxético e a inxustiza socioambiental, repensando todo este modelo do micro ao macro, e levándoo a todos os seus ámbitos de traballo. As posibilidades da acción do traballo social nesta conta atrás son infinitas.

O traballo social ambiental conéctanos coa escoita profunda, esa que nos invita a saír do automatismo xerado por supervivencia, para facer unha revisión profunda das nosas vidas, dos modelos que reproducimos e dos sistemas dos que facemos parte. Sabemos que isto tórnase aínda máis complexo, ao reparar na vida das traballadoras sociais e nas estatísticas do burning-out e de baixas por temas relacionados coa saúde, e que integrar transversalmente este eixo non debería ser unha esixencia que atorase máis as traballadoras sociais. Por iso, reivindicamos unha resposta política e institucional, que debería partir polos coidados dos equipos, pola mellora das súas condicións e pola ampliación interdisciplinar para poder integrar esta perspectiva de resiliencia comunitaria e ecolóxica. Esta inversión sempre será unha inversión a longo prazo, previndo catástrofes, reducindo todo tipo de riscos derivados do colapso e acompañando as comunidades e os individuos a adaptarse aos novos ritmos de vida que derivarán do mesmo.

Un dos principios da permacultura é “usa solucións lentas e pequenas”, e a pesar do contexto de urxencia, sabemos que os procesos humanos e naturais de integración son lentos, polo que debemos respectar ese ritmo o máximo posible.

Nesta conclusión, convidamos a reflexionar sobre os estados emocionais dos equipos, como están internamente, como se comunican, como interactúan en todos os ámbitos, administración, académico, terceiro sector... xa que nesta transición holística, os coidados da terra non van ser sen os coidados das persoas e tampouco sen os autocoidados. E como imos coidar o resto se os nosos propios equipos están desfragmentados? Como imos construír ou contribuír a sociedades sans e xustas se non facemos parte de grupos de traballo sans? E como imos formar parte dunha sociedade global máis xusta se non formamos parte de micro-comunidades que saiban escoitarse, auto-organizarse, pór límites e tomar decisións consensuadamente sobre a vida que lles afecta?



Inverter tempo e enerxía nisto tamén será inverter en saúde futura.

Se todo está relacionado e conectado como non o van a estar as nosas accións persoais e profesionais, os nosos pensamentos, o noso modo de relacionarnos co mundo... Isto é a base deste modelo de intervención ecolóxico, multisistémico, aprender a conflituar de maneira saudable, integrar as polarizacións, visibilizar as formas de poder que se reproducen, reclamar a débeda de carbono e a responsabilización dos diferentes entes segundo o seu impacto, pasar dos marxes ao centro... A sostibilidade individual é un luxo, a sostibilidade comunitaria, baixo un marco lexislativo común, é o único camiño que temos para salvarnos xa que o planeta seguirá, mais non as condicións de vida do planeta para que nós sigamos nel, ecodependentes e interdependentes, unha vez máis.

Precisamos voltar a ollar a traballadora social como xeradora de redes e de vínculos, potenciadora da participación social e non coma un instrumento máis de control. Precisamos integrarnos na propia ciclicidade da natureza, formar parte de institucións rexenerativas, reverdecer todo ao noso redor, escolas, cárceres, hospitais, edificios, espazos de intervención... ollarnos como parte do ecosistema e cunha función esencial no mesmo. Polo momento, só o destruímos, en menos de setenta anos comprometemos o planeta, e agora temos a oportunidade e os coñecementos para rexeneralo. A que agardamos?

O primeiro paso é escoitar os límites, poñer a economía, a política, a educación, o traballo social e demais eixos ao servizo da vida, formarnos e capacitarnos para a transición ecosocial e acompañar vidas que merezan ser vividas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADEGA. (2021, marzo 18). ADEGA insta á Xunta a facer efectiva a moratoria do

eucalipto e a recuperar a superficie ocupada ilegalmente por esta invasora.
<http://adega.gal/novas.php?id=1093&idioma=gl&sec=7>

ADEGA. (2023, xaneiro 23). Barra libre para as enerxéticas: O goberno español entrega

o 88% do territorio galego á especulación eólica.
<http://adega.gal/novas.php?id=1330&idioma=gl&sec=7>

Babarro. (2019). Permacultura: Unha caixa de ferramentas para deseñar un mundo



- mellor. Catroventos Editora.
- Bronfenbrenner. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press.
- Calvin, Dasgupta, Krinner, Mukherji, Thorne, Trisos, Romero, Aldunce, Barrett, Blanco, Cheung, Connors, Denton, Diongue-Niang, Dodman, Garschagen, Geden, Hayward, Jones, ... Péan. (2023). IPCC, 2023: *Climate Change 2023: Synthesis Report. Contribution of Working Groups I, II and III to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change* [Core Writing Team, H. Lee and J. Romero (eds.)]. IPCC, Geneva, Switzerland. (First). Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). <https://doi.org/10.59327/IPCC/AR6-9789291691647>
- Caparrós. (1998). *Manual de trabajo social: (Modelos de práctica profesional)*. Ed. Aguaclara.
- Consejo General del Trabajo Social. (2022). *Modelo del Sistema Público de Servicios Sociales que defiende el trabajo social* (Consejo General del Trabajo Social). <https://www.cgtrabajosocial.es/>
- Definición Global del Trabajo Social – International Federation of Social Workers. (2023). <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/definicion-global-del-trabajo-social/>
- Dirección General de Políticas de Desarrollo Sostenible. (2018). *Plan de Acción para la Implementación de la Agenda 2030. Hacia una Estrategia Española de Desarrollo Sostenible*. Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación. <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/documentos/plan-accion-implementacion-2030.pdf>
- Dominelli. (2012). *Green Social Work: From Environmental Crises to Environmental Justice*. Polity.
- Earth Overshoot Day. (2023). *Global Footprint Network*. <https://www.footprintnetwork.org/our-work/earth-overshoot-day/>
- Fernández, & Posada. (2020). *Serviço social e sustentabilidade: A abordagem ambiental como quadro de intervenção dos assistentes sociais*. *Configurações*, 25, 154–169. <https://doi.org/10.4000/configuracoes.9013>
- Gómez-Hernández. (2022, junho 22). *Enraizamiento decolonial e intercultural desde Trabajo Social*. Centro Latinoamericano de Trabajo Social. <https://celats.org/publicaciones/revista-nueva-accion-critica-12/enraizamiento-decolonial-e-intercultural-desde-trabajo-social/>



- González Reyes. (2019). Escenarios de trabajo en la transición ecosocial 2020-2030. Ecologistas en Acción. Marqués de Leganés 12, 28004 Madrid.
- Greenpeace. (2023, outubro 30). Macrogranjas. Greenpeace España.
<https://es.greenpeace.org/es/trabajamos-en/agricultura/macrogranjas/>
- Guinot, & Ferran. (2017). Trabajo Social: Arte para generar vínculos.
- Hernández. (2007, setembro 1). Desigualdad y cambio climático. Ecologistas en Acción.
<https://www.ecologistasenaccion.org/17916/desigualdad-y-cambio-climatico/>
- Herrero. (2016). ECONOMÍA FEMINISTA Y ECONOMÍA ECOLÓGICA, EL DIÁLOGO NECESARIO Y URGENTE.
- Inventario Forestal Continuo de Galicia—Xunta de Galicia. (sem data). Obtido 27 de outubro de 2023, de <https://invega.xunta.local/invega/>
- Jones, & Truell. (2012). The Global Agenda for Social Work and Social Development: A place to link together and be effective in a globalized world. *International Social Work*, 55(4), 454–472. <https://doi.org/10.1177/0020872812440587>
- Krings, Victor, Mathias, & Perron. (2020). Environmental social work in the disciplinary literature, 1991–2015. *International Social Work*, 63(3), 275–290.
<https://doi.org/10.1177/0020872818788397>
- Latorre. (2013). Escenarios y perspectivas de Trabajo Social en ambiente*.
- Mollison & Slay. (1994). Introduction to Permaculture. Tagari Publications.
- Morales, Hernández, Natividad, & Muñiz. (2002). TRABAJO SOCIAL Y MEDIO AMBIENTE. <https://eventos.ucol.mx/content/micrositios/241/file/memoria/pdf/63.pdf>
- Noemí Banús, Rubio Vuille, Escudero, & Brizuela. (2014). Una mirada sobre Trabajo Social y Naturaleza.
- Nogués Sáez, Martín Estalayo, Blanco Campos, Serrano Pascual, Muriel Saiz, Cubillos Vega, & Calzada Gutiérrez. (2023). Aproximaciones a los discursos de las trabajadoras sociales: Contextos, debates e ideologías. Consejo General del Trabajo Social.
- Ortiz. (2023). Review of Decolonial Feminism in Abya Yala. *NACLA Report on the Americas*, 55(1), 102–106. <https://doi.org/10.1080/10714839.2023.2184086>
- Puleo. (2011). Ecofeminismo para otro mundo posible. Cátedra.
- Ritchie, Roser, & Rosado. (2020). CO₂ and Greenhouse Gas Emissions. Our World in



Data. <https://ourworldindata.org/co2-emissions>

Rosa (Ed.). (2017). *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. Em *A New Era in Global Health*. Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826190123.ap02>



O TRABALLO SOCIAL NO SISTEMA EDUCATIVO VASCO, UNHA APOSTA SOCIAL E POLÍTICA.

GIZARTE-LANA EUSKAL HEZKUNTZA-SISTEMAN. APUSTU SOZIAL ETA POLITIKOA

Kristina Jausoro Alzola - Delegación Territorial de Educación de Áraba, Berritzegune a01gizarte-langilea@berritzeguneak.eus

Edurne Aranguren Vigo - Facultade de Relacións Laborais e Traballo Social, Universidade do País Vasco (UPV/EHU) edurne.aranguren@ehu.eus

O presente traballo é unha tradución ao galego do artigo orixinal, solicitada polo Colexio Oficial de Traballo Social de Galicia ás autoras e extraído da Revista Zerbitzuan, número 68, unha revista de Servizos Sociais científica adicada ás políticas de benestar social.

Podes consultar o artigo orixinal en [Zerbitzuan, 68](#)

RESUMO

A idea dunha escola inclusiva reside na equidade e a xustiza social. Se entendemos a educación como un proceso integral de aprendizaxe, as situacións de vulnerabilidade ou exclusión social non deberían ser un obstáculo para que nenos e nenas puidesen desenvolverse independentemente das súas situacións de partida. Por iso, o sistema educativo vasco non pode obviar as desvantaxes de saída que presentan cada vez máis menores. Máis ben, debe ser garante de que estas situacións non condicionen os procesos académicos individuais, apoiando o profesorado a través de profesionais preparadas para responder dunha forma científica ás demandas e complexidade social. Entre eles e elas atópanse os e as traballadoras sociais. Unha figura descoñecida e con moito que dicir no ámbito educativo e na súa interacción con outros sistemas de protección. Este artigo pretende mostrar a visión do traballo social ante as novas demandas sociais no sistema educativo.



PALABRAS CHAVE

Traballo social, educación, xustiza social, escola inclusiva, sistema educativo, protección infantil, dereitos da infancia.

RESUMEN

Eskola inklusibo baten ideia zuzentasun eta justizia sozialean dago. Hezkuntza ikaskuntza-prozesu integral gisa ulertzen badugu, zaurgarritasuna edo gizarte-bazterkeria egoerak ez lirateke oztopoa izan beharko haurren garapenaren hasierako egoeraren arabera. Horregatik, Euskal hezkuntza-sistemak ezin du alde batera utzi adin txikikoen irteeren desabantailak. Aitzitik, egoera hauek banakako prozesu akademikoak baldintza ez ditzaten bermatzailea izan behar da, irakasleak lagunduz, gizarte eskakizunetara eta konplexutasunera era zientifikoan erantzuteko prestakuntza duten langile adituen bidez. Besteak beste, gizarte langileak dira. Profil ezezaguna, hezkuntzaren esparruan zeresan handikoa, baita beste babes-sistemen arteko elkarreraginean ere. Artikulu honek hezkuntza- sistemako gizarte-eskakizun berrien aurrean gizarte- langintzaren ikuspegia erakustea du helburu.

Gako-hitzak

Gizarte Langintza, heziketa, justizia soziala, eskola inklusiboa, hezkuntza-sistema, haurren babesa, haurren eskubideak.

A inclusión e a equidade na educación e a través de ela son a pedra angular dunha axenda da educación transformadora, e por conseguinte comprometémonos a facer fronte a todas as formas de exclusión e marxinación, as disparidades e as desigualdades no acceso, a participación e os resultados de aprendizaxe. Ningunha meta educativa debería considerarse lograda a non ser que se logrou para todos e todas ¹(Unesco, 2015).

¹ A Declaración, para a Educación 2030 celebrouse no ano 2015 na localidade de Incheon (Corea), comprometendo ás diversas nacións a unha transformación histórica mediante unha nova perspectiva da educación. Concretase nunha Axenda de Educación 2030, onde se propoñen medidas concretas de intervención. Así mesmo, a Declaración de Incheon supuxo a semente dos Obxectivos do Desenvolvemento sostible (concretamente o cuarto: Cara a unha educación inclusiva, equitativa e de calidade e un



1. AS REALIDADES DO SISTEMA EDUCATIVO

A Declaración de Incheon (Unesco, 2015) supón o punto de arranque no desenvolvemento do Plan Marco para o Desenvolvemento da Escola Inclusiva 2019-2020 (Departamento de Educación, 2019) recentemente presentado polo Departamento de Educación do Goberno Vasco. O obxectivo é común, é global, pero expón as dificultades na súa consecución ata que cada unha das persoas menores de idade en proceso de aprendizaxe alcance o nivel académico necesario, o que contribuirá a diminuír en esencia os factores de risco de exclusión social e en consecuencia aumentarán os factores protectores para a súa inclusión plena.

O sistema educativo, no marco da escola inclusiva, convértese nun facilitador de itinerarios de resiliencia² e, neste sentido, a prol da súa diversidade, pode dar resposta a todos e todas despregando os recursos individuais necesarios. Tamén hai que considerar a escola como o espazo e contexto idóneo para que todas as diversidade sexan visibilizadas e, polo tanto, acompañadas, apoiadas e se fose necesario compensadas.

No citado Plan Marco de Goberno Vasco (Departamento de Educación, 2019) visibilízase un cambio de paradigma que vai desde as necesidades educativas especiais (NEES) ata as barreiras para a aprendizaxe e a participación, é dicir, unha apertura a outro tipo de necesidades que non se visibilizan. Pero que están presentes e dificultan a calidade da aprendizaxe dunha forma holística. De feito, exponse que “os sistemas educativos deben deseñar respostas flexibles que garantan a aprendizaxe, o logro académico e a inclusión” (páx. 17).

O concepto de necesidade educativa especial veu acompañado na maioría de ocasións dun diagnóstico clínico e foi tratado como a excepción á norma. O

aprendizaxe permanente para todos e todas), porque encarga á Unesco, como responsable da educación no mundo, a dirección e coordinación da axenda Educación 2030

² De Dios Uriarte (2006) plantexaba a resiliencia como aspecto do desenvolvemento humano que visibiliza as fortalezas e oportunidades que se dan nas persoas, os grupos e a sociedade en xeral, para facilitar a persoas que viviron en contextos desfavorecidos, en situacións de estrés continuado ou de risco, un desenvolvemento con normalidade

cambio de paradigma tamén radica nunha visión máis aberta para excluír ese carácter de excepcionalidade achegándolle unha apertura de mirada, o abandono de vellas concepcións e a posibilidade de visibilizar diversidade ocultas ligadas ás historias persoais de cada neno e nena, o cal, ata o de agora, supoñía un punto de partida en desvantaxe para afrontar procesos de aprendizaxe.

A comunidade escolar ten que ser proactiva nesa visibilización respondendo as necesidades específicas de cada alumno e alumna. Entre as formas que existen para afrontar a diversidade funcional, existen aqueles modelos que observan a diversidade “desde fóra” como os modelos de exclusión e castigo divino; o tradicional e omnipresente modelo médico-rehabilitador; e modelos que a observan “desde dentro” como os máis modernos modelos social ou de vida independente como é o modelo das capacidades; e, por último o modelo da diversidade, que é onde aparece o termo “diversidade funcional” como o que é: unha característica máis de “ser humano” (Romañach, 2009)³. Realmente, pódese observar un cambio de paradigma, pero, dalgunha forma, o sistema segue categorizando as necesidades educativas en base a uns códigos/etiquetas que establecen a etioloxía e os apoios que un alumno ou alumna pode recibir na escola⁴.

Un dos retos da escola actual podería ser articularlles unha resposta educativa aos nenos, nenas e mozas que expoñen outro tipo de necesidades por diversas circunstancias, en maior medida de índole social: situacións de especial risco ou vulnerabilidade, porque non dispoñen dun apoio ou dunha atención adecuada no marco familiar, porque viven en situacións de risco e/ou desamparo, por ser obxecto de malos tratos ou de acoso, porque son vítimas de violencia de xénero, por estar tutelados polo sistema de protección, porque sofren eles ou os seus adultos problemas de saúde mental, por practicar determinadas condutas que poñen en risco a súa saúde ou a doutras persoas,

³ Hai mesmo quen refire que cando se fala sobre as necesidades específicas non se está falando tanto da diversidade funcional, senón máis ben dunhas “diversidades emocionais”. Este concepto comentouse por parte de Mikel Gotzon Casas Robredo durante n unha sesión formativa realizada este ano nos Berritzegunes de Araba destinada ao persoal docente sobre “O marco legal na convivencia escolar”.

⁴ Dicia George Steiner que “o que non se nomea non existe”



ou menores con procesos migratorios no seu haber entre outros. Todas e cada unha destas circunstancias teñen un impacto directo na aprendizaxe, no desenvolvemento individual de cada persoa e a súa incidencia directa na dinámica grupal e na convivencia escolar.

Estas necesidades están detectadas e observadas dentro da propia escola. Pódese dicir que numericamente son moi relevantes, aínda que non teñan codificación que as faga visibles, ou se codifican atendendo aos síntomas, tal e como sucede coas vinculadas a un diagnóstico clínico ou diversidade funcional. Tampouco as cuantifica e, sobre todo, non pon en marcha os recursos propios do sistema para poder abordalos. Dalgunha forma, o sistema educativo obvia e/ou invisibiliza estas necesidades ou situacións de vulnerabilidade. A diferenza dos colectivos vinculados ás diversidade funcionais, que lograron que o sistema teña unha mirada específica con eles e articule unha resposta máis adecuada, tras a reivindicación colectiva de pais nais e asociacións do terceiro sector; este outro tipo de vulnerabilidades e necesidades non son reivindicadas nin internamente polo propio sistema educativo, nin tampouco por aquelas persoas que exercen a tutela destes nenos, nenas e novas e que, dalgunha forma, son os garantes da súa protección e tutela e, por tanto, responsables do seu desenvolvemento. Desta forma, estes nenos, nenas e mozas quedan nun limbo de desprotección directa e indirecta ante a ausencia de control e interlocución directa que garanta o benestar integral do alumnado.

2. A ESCOLA COMO CENTRO DE OPORTUNIDADES

Actualmente, o acceso á educación pública está garantido no sistema público vasco desde a etapa infantil, desde os dous anos concretamente. Con todo, Save the Children (Sastre e Escorial, 2016) considera que, aínda que o dereito á educación contempla o acceso e gozo en igualdade de condicións, como as condicións de partida de cada nena e neno son diferentes, especialmente entre aqueles grupos máis vulnerables, para garantir a igualdade de condicións débense poñer en marcha medidas compensatorias ou correctivas. De feito, no citado informe especificase que “a equidade educativa total lograríase se fosen os méritos individuais e o esforzo do alumnado os únicos factores determinantes do seu éxito escolar” (Sastre e Escorial, 2016: 28).

Segundo o último informe sobre educación realizado polo Consello Escolar de Euskadi (2018), o índice de escolarización en educación infantil é do 98 % na poboación de tres anos e do 99 % na de catro anos. Pódese dicir que o sistema é garantista, pero ao observar as taxas de abandono escolar, pódese afirmar que a escola de hoxe en día non logrou manter o vínculo escolar de todo o alumnado e, por tanto, garantir a igualdade de oportunidades. A escola de hoxe en día é un laboratorio de oportunidades, polo que require ser flexible, creativo, dinámico e integrado na comunidade, traballando en favor do éxito académico e poñendo énfase en evitar a desvinculación. Esta desvinculación escolar é “o proceso polo cal o neno ou a nena se vai afastando da escola, emocional, condutual e cognitivamente ata abandonala” (Sastre e Escorial, 2016: 31).

A taxa de abandono escolar é un constructo estatístico de Eurostat para facer comparable a calidade dos sistemas educativos e defínese como a porcentaxe de estudantes de 18 a 24 anos que completou, como moito, estudos de educación secundaria básica (ESO) e non se atopa en ningún tipo de estudo formación. Segundo os datos do Ministerio de Educación e Formación Profesional no ano 2018, no País Vasco o índice de poboación moza (15 a 29 anos) que nin estuda nin traballa cun nivel de formación inferior á segunda etapa de educación secundaria é dun 8,2% (Ministerio de Educación, 2019).

Aínda que é certo que os índices de abandono escolar nesta comunidade autónoma compren os obxectivos da Unión Europea (<10 %), hai unha porcentaxe significativa de persoas para as que a escola non se converteu no centro de oportunidades desexado nin tampouco en garante de procesos de resiliencia persoais que as leve ao logro académico. Que dicir daqueles centros escolares onde se concentra maioritariamente alumnado con baixo índice socioeconómico e cultural (ISEC). Nestes centros, a segregación é un feito e ten unha relación directa e influencia en negativo no rendemento académico do alumnado. O documento de análise e propostas para facer fronte á segregación escolar en Vitoria-Gasteiz⁵ (Mesa de Traballo Educación e Diversidade, 2016), é

⁵ O 22 de abril de 2016, na sesión ordinaria do pleno do Concello de Vitoria-Gasteiz, aprobouse por unanimidade unha moción presentada no nome da Plataforma a favor da escola pública vasca en Vitoria-



claro no seu diagnóstico, e é aquí tamén onde se deberían aplicar criterios de equidade, non só facilitando ferramentas e recursos para calquera menor con necesidades educativas específicas en calquera escola, senón potenciando programas extraordinarios xa existentes, creando novos e introducindo novas figuras profesionais integradas na comunidade escolar daquelas escolas onde o punto de partida é de clara desvantaxe e dificulta o cumprimento dos obxectivos do Plan marco da escola inclusiva marcados polo departamento de Educación.

No propio informe de Save the Children (Sastre e Escorial, 2016), recoméndase diversificar os perfís profesionais que interveñen nos centros educativos incluídos no persoal traballadoras e traballadores sociais, entre outros, dando así unha resposta máis integral e cohesionada de toda a comunidade. A cohesión de todos os axentes intervenientes nunha escola (alumnado, familias, profesorado e equipos directivos) é indispensable, así como a cohesión desta cos diferentes sistemas comunitarios da cidade. Estas tarefas profesionais están directamente relacionadas co perfil profesional do traballo social en canto ao labor de cohesión social, da creación de redes e sinerxías.

Esta aposta polo traballo social dentro do sistema escolar require dun cambio de paradigma pasando do binomio traballador/a social-servizos sociais, vinculada ás prestacións económicas, á idea dun/a profesional que afronta a diversidade e complexidade social mediante instrumentos científicos e procesos de axuda profesional que facilitan a intervención intra e extra escolar.

3. O SISTEMA EDUCATIVO DENTRO DUNHA GALAXIA DE SISTEMAS: O “PARTICIPADO”, MÁIS ALÓ DA COORDINACIÓN

Unha galaxia constitúe a agrupación de estrelas, materia cósmica e corpos celestes unidas pola atracción gravitatoria, dando como resultado unha unidade dentro do universo. Pódese dicir que os diversos sistemas de protección constitúen galaxias que son necesariamente interdependentes, atraídas por unha forza gravitatoria que constitúe a cidadanía e os seus dereitos e onde ningún sistema pode considerarse independente ou autosuficiente. Como

Gasteiz por unha escola integradora e por unha cidade educadora.



consecuencia desta realidade, o propio Ararteko⁶ (2001: 193-194) incluía, entre as súas recomendacións, a necesidade da coordinación entre diversos axentes (profesionais, servizos, centros, familias, asociacións, entre outros), mellorando as canles de información, facilitando desta forma unha resposta global ás necesidades integrais dos e das nenas, novas e as súas familias. Pero, ademais, expuña a necesidade dunha figura clave, dentro dos perfís profesionais intervinientes, con funcións de seguimento. Dalgunha forma, esta figura, que non especifica, podería facilitar a interlocución (intrasistema e intersistemas), o tránsito polas diferentes etapas vitais e escolares, así como a clarificación das funcións ou responsabilidades de cada parte. Esta figura que non se nomea coincide plenamente coas competencias e funcións propias dos e das profesionais do traballo social. Por todo iso, explicáranse a continuación diferentes niveis de interlocución do sistema educativo.

Dentro do sistema educativo é fundamental a coordinación, dada a diversidade de situacións que vivencia, así como a diversidade de perfís profesionais que ten no seu haber. Elíxese a coordinación como forma de interlocución clásica no traballo social polos seguintes motivos (Fernández Fernández, sen data: 50-51):

- O carácter independente das problemáticas sociofamiliares que, para o sistema educativo, veñen definidas desde o alumnado con necesidades educativas en desvantaxe ou en risco de exclusión.
- A transversalidade das problemáticas sociais do alumnado que requiren atencións integrais e holísticas, o que obriga a unha relación interinstitucional.
- A adecuación dos recursos e servizos do propio sector educativo. Para o traballo social os recursos son instrumentos ao servizo doutros fins, é dicir, ao servizo dunha mellora continua dos procesos de ensino-aprendizaxe do alumnado.

⁶ Neste informe específico Ararteko analiza a resposta ás necesidades educativas especiais da Comunidades Autónomas do País Vasco, onde se pode albiscar a ausencia dunha figura profesional dentro do propio sistema educativo que responda de forma adecuada ás necesidades dos nenos, as nenas e as súas familias e a inevitable relación con outros sistemas de protección que interveñen de facto no coidado e protección deses nenos e nenas.



- A necesidade de promover e potenciar a convivencia duradeira dos servizos da rede, xa que as problemáticas que adoitan ser expostas requiren para a súa transformación de procesos de intervención simultáneos e prolongados no tempo.

O traballo en equipo dentro do sistema educativo é clave. Para iso, debe haber un recoñecemento de todas as figuras profesionais existentes dentro do sistema. Un traballo interdisciplinario permite adiantarse a situacións de conflitividade individuais e/ou colectivas que, polo xeral, se non se afrontan adoitan ter unha tendencia para deteriorarse. É dicir, se estas situacións non se detectan nas súas fases iniciais, mediante intervencións preventivas ou reparadoras, adoitan agravarse e ocasionar situacións de desprotección e danos irreparables no alumnado, nas familias e nos propios centros escolares (Castro Clemente e Pérez Vello, 2017: 222).

Respecto da interlocución entre sistemas, o presente artigo defende, máis aló da coordinación, a cultura o partenariado. As políticas relativas á educación non se deciden unicamente nos ámbitos seleccionados especificamente coa educación. É dicir, a política educativa está relacionada coas diversas realidades e ámbitos sociais que a cruzan (sanidade, xustiza, cultura, benestar social, entre outras) e da que son interdependentes. O partenariado é a relación de dúas ou máis organizacións que se unen para beneficiar a unha terceira parte. Cando se fala dunha terceira parte, respecto do sistema educativo e outros sistemas, poderíanse integrar a todos e todas as compoñentes do sistema⁷, pero neste caso o denominador común desa terceira parte e que se desexa traer a colación e visibilizar son os propios nenos, nenas e novas. É dicir, unha terceira parte que por si soa, aínda que teña recoñecidos uns dereitos⁸ como tal, non se pode protexer a si mesma, e por iso é conveniente unha figura que a ampare e protéxaa de si mesma, dos seus iguais, dos seus propios proxenitores e proxenitoras, do profesorado, dos abusos que exercen algunhas persoas, é dicir, do propio sistema social global.

⁷ Profesorado, alumnado, familias e asociacións.

⁸ A Convención dos Dereitos sobre os Nenos e as Nenas (Unicef Comité Español, 2006) e outras leis estatais que amparan e protexen aos nenos, nenas e xoves.



O partenariado (Just et al., 2000: 253-258) dáse entre distintas organizacións, de diversa natureza⁹, que se unen para crear algo novo ou pola confluencia duns intereses, e que doutra forma non poderían conseguir por si soas. O partenariado xera sinerxías e efectos que multiplican o valor das accións dos distintos partners. É innegable que as necesidades que presentan os nenos, as nenas e novas son multidimensionais, polo que se require unha abordaxe holística destas, e “por ser multidimensionais non se solucionan só ofrecendo recursos” (Just et al., 2000: 256), senón ás veces require unha regulación e intervención integrada nas súas diversas dimensións e liderada por múltiples sistemas. O partenariado, dalgunha forma, “cura” o corporativismo, a falsa independencia dos sistemas e a intervención estanca, e achega compromiso entre sistemas, reciprocidade e a consecución da cohesión e benestar social, fin último da intervención social.

4. O TRABALLO SOCIAL E O SISTEMA EDUCATIVO. UNHA INTERACCIÓN INEVITABLE

Hoxe en día, nun mundo diverso e globalizado, o sistema educativo afronta novas realidades e situacións onde conflúen as dificultades e carencias en canto a recursos financeiros e profesionais, e as novas demandas emerxentes relacionadas cos movementos migratorios, as situacións de vulnerabilidade ou risco de exclusión social, a pobreza económica (desafiuzamentos, pobreza enerxética, ausencia dunha alimentación equilibrada, entre outras situacións), e as diversas formas de violencia entre iguais. Por iso o traballo social sitúase en diversas dimensións (individual, familiar, grupal e comunitaria), así como desempeña diversidade de roles adaptándose a unha realidade social complexa. Expón unha intervención directa sobre os problemas expostos, pero tamén manéxase no seu rol e función de investigación social para o coñecemento das causas que xeran malestar psicosocial (Zamanillo, 1999). A intervención social coas familias supón un dos puntos fortes do traballo social, xa que a familia, do mesmo xeito que a escola, inflúe no desenvolvemento de valores e

⁹ Pola contra, poderíase falar de coordinación cando se trata dentro do propio sistema e relaciónase coa xestión, a organización, a rendibilidade dos esforzos e como estratexia para evitar duplicidades na intervención.



comportamentos e representa un dos mellores recursos para mediar e resolver condutas problemáticas (Castro Clemente e Pérez Vello, 2017: 222).

De fondo existe un debate cada vez máis prominente sobre as funcións reais do profesorado en canto á docencia, entendida como actividade profesional consistente en impartir as súas clases mediante o cumprimento dun currículo nunha clase de maioría de alumnado, ou se esta figura debe cumprir outro tipo de funcións respecto á atención destas situacións de vulnerabilidade ou de violencia estrutural e directa que cada máis vez forman parte da paisaxe da escola¹⁰. Pero, máis aló de entrar neste debate, cabe indicar que a escola é o espazo onde máis tempo pasan os nenos e as nenas, pero ademais constitúe unha microsociedade, por tanto, un dos espazos de socialización e desenvolvemento maiores nas idades temperás onde se van adquirir diversidade de habilidades e capacidades. O alumnado non se pode dissociar; máis aló dun currículo, teñen unhas vivencias fóra da escola (ás veces moi graves) que van afectar o seu desenvolvemento intelectual e que é previo. Todo iso vai condicionar a súa aprendizaxe e rendemento escolar. Desta forma, a escola se converte “nun elemento compensador e equilibrante para moitos nenos e nenas que atravesan graves situacións” (Alemany, 2019).

As achegas e eficacia do traballo social no sistema educativo resaltan o importante labor de detectar as necesidades conxunturais de cada momento e época. A súa capacidade de adaptar a intervención a cada situación e o amplo coñecemento de primeira man das problemáticas expostas representan unha combinación de calidades que provocan a eficacia na intervención e o reforzo na mediación e resolución de diversidade de situacións do ámbito escolar (Castro Clemente e Pérez Vello, 2017: 224).

O traballo social no sistema educativo é un descoñecido; con todo, xoga un papel fundamental na parte asistencial e preventiva, que en colaboración co profesorado facilita intervir sobre as necesidades, conflitos e problemas que se dan dentro do sistema. Para Torra (2009), non se trata tanto de repartirse os problemas como de actuar conxuntamente para a transformación destes. Por

¹⁰ Esta realidade pódese constatar por parte das traballadoras sociais do *berritzegune* na súa observación diaria e directa no seu trato directo cos equipos docentes



iso, Castro Clemente e Pérez Vello (2017) dan un paso máis e especifican/explicitan as funcións respecto a cada dimensión de intervención:

- Respecto do alumnado, atender situacións individuais do estudante que interfiran na súa aprendizaxe: absentismo, fracaso educativo, desmotivación, problemas relacionais e de comunicación, inadaptación; percibir condutas conflitivas que perturben a convivencia escolar como os malos tratos escolares, acoso ou ciberacoso; detectar desaxustes familiares: violencia, malos tratos, desprotección ou negligencia familiar, deficiencias de recursos básicos, carencias emocionais, falta de hixiene, problemas de alimentación, entre outras; previr delincuencia e situacións de inadaptación, facilitar información sobre a situación sociofamiliar do estudante ao centro educativo.
- Respecto ao ámbito familiar, potenciar estilos de crianza democráticos, próximos e comunicativos que promovan o desenvolvemento integral dos fillos e fillas; colaborar e desenvolver programas de formación, de apoio, asesoramento e de orientación familiar a pais e asociacións de nais e pais; favorecer a participación familiar-comunidade educativa na marcha do centro; valorar o contexto sociofamiliar de estudantes con necesidades específicas; implicar os pais na procura de solucións aos problemas que poidan darse nos distintos niveis formativos; fomentar as relacións familiares entre si e co centro educativo.
- En canto á relación co profesorado, facilitar formación e asesoramento en coordinación co centro educativo para dar resposta a situacións conflitivas de estudantes con dificultades sociais procedentes do seu contexto familiar e comunitario; proporcionar información sociofamiliar do alumnado; asesorar sobre aspectos que favorezan o bo funcionamento do centro e a integración do alumnado con necesidades educativas especiais; participar na orientación familiar que realiza o profesorado; elaborar información e difundir ferramentas e materiais que lle sexan de utilidade ao profesorado.
- E, finalmente, en canto ao espazo institucional, colaborar na elaboración do proxecto educativo e en traballos de investigación sobre necesidades educativas e sociais que posibiliten unha adecuada planificación educativa; proporcionar información sobre os recursos sociais e comunitarios e contorna



social; establecer e fomentar relacións fluídas entre a institución e a familia; planificar accións de prevención e detección precoz das necesidades educativas especiais; coordinarse e cooperar cos servizos comunitarios existentes para darlles resposta ás necesidades do alumnado: servizos sociais, servizos de protección de menores, de apoio a mulleres vítimas de violencia e sanitarios.

- Ademais, orientan, informan e asesoran a outros axentes dentro do sistema educativo (inspección, equipos directivos, entre outros).

Todo iso constitúe o quefacer do traballo social en o sistema educativo, normalmente invisibilizado e descoñecido, pero hai literatura respecto diso (Fernández Fernández, sen data; Colexio Oficial de Diplomados en Traballo Social e Asistentes Sociais de Madrid, 2007) e múltiples prácticas que deberían ser sistematizadas en investigacións.

5. O SISTEMA EDUCATIVO VASCO E O TRABALLO SOCIAL, UNHA APOSTA SOCIAL E POLÍTICA

Hai que indicar, por contextualizar, que o traballo social no sistema educativo iniciouse no Estado a través dos centros de educación especial mediante a formación de equipos multiprofesionais nos anos setenta, aínda que actualmente, o traballo social se sitúa nos equipos de Orientación Educativa e Pedagóxica (EOEP). Non existe un criterio unificado na presenza do traballo social nos diferentes sistemas educativos, senón que depende de cada comunidade autónoma. Na Comunidade Autónoma de Canarias, por exemplo, o número de profesionais de traballo social integrados nos EOEP elévase a 44 (Consellería de Educación e Universidades, sen data). Pero só hai que dar unha volta polo globo para comprobar a presenza imprescindible do traballo social no sistema educativo (Alemany, 2019):

- Alemaña conta con profesionais do traballo social nos centros educativos desde os anos setenta¹¹.
- Islandia, da mesma forma, conta con traballadores e traballadoras sociais nos

¹¹ As súas funcións van desde a prevención de situacións de risco á abordaxe de problemas familiares, partindo dos recursos e fortalezas do alumnado.



centros escolares desde os anos setenta, contando cunha gran tradición.

- Con respecto a Estados Unidos, moitos colexios e institutos contan con profesionais do traballo social que traballan a prevención do bullying, do consumo de alcol, embarazos na adolescencia, prevención de suicidios, procesos de dó etc.¹².
- En Canadá a figura do traballo social é moi recoñecida nos centros escolares con diversidade de funcións agregadas: apoio ao persoal da escola, ao alumnado e ás súas familias, traballo social con grupos e desenvolvemento comunitario, prevención do absentismo escolar¹³.
- Australia é un país con gran tradición do traballo social educativo dado que foi un dos primeiros ámbitos de actuación en que se desenvolveu a práctica do traballo social, existindo unha profesional en cada centro escolar¹⁴.
- En Chile o traballo social intervéñ sobre as situacións de vulnerabilidade da contorna familiar do alumnado e sobre o que o profesorado non pode intervir, cunha incidencia especial na participación das familias na escola.
- En México, tras un debate nacional sobre a importancia da presenza de traballadoras e traballadores sociais nos centros escolares como prevención das brechas e desigualdades entre o propio alumnado, finalmente hai escasos meses o traballo social foi integrado na Lei xeral de educación¹⁵.
- E, para finalizar con algúns exemplos a nivel internacional, en Porto Rico a figura do traballo social está presente desde 1920 coas mestras visitantes,

¹² Existe un organismo en defensa do Traballo Social Escolar: The American Council for School Social Work (<http://acssw.org>)

¹³ Os profesionais do traballo social no sistema educativo crearon a Canadian Association of School Social Workers and Attendance Counsellors (<http://www.casswac.ca/>).

¹⁴ Ten unha perspectiva ecolóxica que abarca todos os ámbitos de referencia do alumnado. Céntrase na prevención de situacións de risco, asesoramento a todo o sistema, o traballo grupal e a construción de redes da escola, a familia e a comunidade.

¹⁵ Os estados de Sonora e Colima xa recoñecían con anterioridade esta figura nas escolas.

chegando a 1.800 profesionais nos centros escolares en 2012¹⁶.

A presenza do traballo social no sistema educativo vasco non é nova (Rejado, 2013: 84), pero pódese dicir que non é froito dunha reflexión, dunha aposta política, nin dunha incorporación da perspectiva social á actividade docente. A presenza dos traballadores e as traballadoras sociais é case “anecdótica”, é unha *rara avis* no conxunto do sistema, froito da casualidade do momento histórico. Concretamente, na actualidade existen tres profesionais, un en Biscaia e dous en Araba. O territorio de Gipúscoa carece desta figura profesional no sistema educativo.

En Biscaia a orixe sitúase na explosión de gas que sacudiu Ortuella o 23 de outubro de 1980. Naquel entón incorpórase en persoal un traballador social no equipo multiprofesional que o Ministerio de Educación e Ciencia dispuxo como apoio na xestión da catástrofe. Cos anos, esta figura intégrase no centro de orientación pedagóxica (COP, actualmente *berritzegune*)¹⁷ e tras amortizarse o devandito posto de traballo, en 1995, o traballador social incorporouse ao Centro Escolar Artatse do barrio de Otxarkoaga, xa que desde 1983 o devandito centro dispoñía no seu persoal dese posto profesional.

En Araba, por unha banda, a orixe remóntase a 1974, cando se contrata a unha traballadora social no Centro de Educación Especial de Arkaute dependente da Deputación Foral de Araba. Este centro trasladouse ao Centro Pascual de Andagoia en 1982 e, tras asumir o Goberno Vasco as competencias en materia de educación especial en 1985, a figura profesional foi absorbida polo Departamento de Educación. Por outra banda, a Ikastola Umandi de Vitoria-Gasteiz tamén tiña no seu persoal unha traballadora social e tras realizarse o proceso de publicación esta foi trasladada en 1998 á súa localización actual en Berritzegune.

¹⁶ As funcións están relacionadas ca detección de situacións de vulnerabilidade social, ofrecendo asesoramento á escola e impulsando as capacidades do alumnado e os dereitos das súas familias e do propio alumnado.

¹⁷ En Euskadi, reconvertéronse en *berritzegunes*, que configúranse como servizos de apoio de carácter zonal e/ou territorial para a innovación e mellora da educación nos niveis de ensinanza non universitaria (véxase Departamento de Educación, sen data).



Eran os primeiros anos oitenta, a época de asumir as competencias en materia educativa, e o Departamento de Educación atopouse con que había profesionais do traballo social adscritos a centros con características particulares específicas, e deuse unha absorción automática dese persoal. Desde entón permitiuse esa presenza, aínda que non se asumiu como unha necesidade e en consecuencia non se incentivou nin promocionado.

A orixe casual destas figuras profesionais sitúaaas en constante cuestionamento e vulnerabilidade desde as instancias de poder, xa que ao tratarse dunha presenza non planificada, é facilmente tachada de innecesaria. Non así por parte dos axentes educativos que traballan con elas e sérvense do seu apoio e labor profesional. Ante a posible amortización de postos cun perfil profesional de traballo social dentro do sistema educativo vasco, o propio sistema expón unha serie de reaccións. Así, en xuño de 2018, os equipos directivos de 85 centros escolares de Araba (públicos e concertados) asinaron unha petición expresa ao Departamento de Educación onde din ver imprescindible que

O Departamento de Educación do Goberno Vasco incorpore no seu persoal profesionais do traballo social que coñezan a complexa rede de servizos sociais, poidan realizar un diagnóstico profesional, asesorar o profesorado e equipos directivos na identificación de situacións de risco, propoñer intervencións adecuadas, asumir as tarefas específicas de interlocución e cohesionar redes interinstitucionais cos mesmos referentes profesionais dos servizos sociais en xeral e os específicos de infancia en particular.

O equipo directivo do CEIP Artatse tamén expresou a súa preocupación ante a posibilidade de eliminar do persoal o perfil do traballo social, reivindicando a súa intervención. As asesorías de NEES dos berritzegunes de Araba manifestáronse nestes mesmos termos, e solicitaron que o departamento tome como exemplo de boas prácticas o modelo existente en Araba trasladándose a toda a Comunidade Autónoma do País Vasco. Incluso o Consello Escolar de Euskadi, no seu último ditame sobre o proxecto de decreto que aproba a relación de postos de traballo do persoal laboral non docente de apoio ao alumnado con necesidades educativas especiais en centros docentes da Comunidade Autónoma do País Vasco, insta o departamento a realizar unha avaliación do



traballo das traballadoras sociais adecuando o persoal ás necesidades. O consello considera tamén que, dada a situación cada día máis complicada en determinados centros, sería necesario incorporar esta figura.

Neste escenario de posible desaparición do perfil profesional do traballo social no sistema educativo vasco, o aumento da demanda na intervención social é claro e progresivo. Os equipos docentes ven desbordados no seu día a día por graves dificultades que teñen que ver con situacións de vulnerabilidade social que necesitan unha intervención interdisciplinar e sistémica en continua coordinación e partenariado, que pasa a competencia docente e que esixen a incorporación de figuras específicas do traballo social¹⁸.

Neste sentido, os datos achegados na memoria dos berritzegunes de Araba (A01 e A02) do curso 2017-2018, xustifican a necesidade da intervención social. No curso 2017-2018 manexaron un total de 1.006 expedientes de alumnado de primaria, secundaria obrigatoria e postobligatoria, pertencentes a 84 centros escolares diferentes tanto da rede pública como da concertada e podemos afirmar que a práctica diaria rompe de novo o mito estendido de que as necesidades existen só naqueles centros con baixo índice socioeconómico e cultural. Nos casos en que se require intervención con nenos, nenas e adolescentes pertencentes a familias cun nivel socioeconómico elevado non usuarias do sistema de servizos sociais, a dificultade aumenta nesa primeira intervención ao ter que iniciarse no sistema educativo, procurando e facilitando a incorporación desas familias á rede de servizos sociais.

¹⁸ O 21 de xuño de 2017 tivo lugar, a este respecto, unha comparecencia na Comisión de Educación do Parlamento Vasco onde expúxose a necesidade do traballo social dentro do sistema educativo da Comunidade Autónoma do País Vasco (Comisión de Educación, 2017)



Táboa 1.

Número de casos segundo a orixe da demanda

Orixe da demanda	Número
Berritzegune-Asesorías de NEE	42
Berritzegune e outros	9
Administración educativa	15
Centro escolar	301
Coordinación xeral	479
Xulgado	1
Servizos sociais de base e especializados de Araba	144
Sistema sanitario	5
Outros	10
Total	1.006

Fonte: Elaboración propia a partir de Ruiz de Aretxabaleta, Jausoro e Rodríguez Álvarez (2018).

É importante destacar que, atendendo á orixe, o número de demandas directas precedentes do sistema educativo (berritzegune, administración educativa e centros escolares) é de 367, superando en gran número ás demandas de intervención iniciadas desde outros sistemas externos (servizos sociais, xulgado, sistema sanitario, outros) que son en total 160. O número de demandas agrupadas no apartado de “coordinación xeral” é de 479. Pode sorprender este dato, xa que non corresponde a unha demanda específica senón ao número de casos coordinados sistematicamente cos servizos sociais de base de Araba. Neste caso, a demanda é bidireccional entre ambos os sistemas. Dado que hai un terceiro que se atopa en situación de vulnerabilidade, a interdependencia entre sistemas é clara e directa.

Novamente, confírmase que estas figuras profesionais traballan desde dentro e para o sistema educativo e de ningún xeito supoñen unha extensión dos servizos sociais. Con todo, supón un nexos de interlocución recoñecido dentro do



sistema educativo e por parte doutros sistemas de protección.

Atendendo ao motivo de intervención, a casuística é moi diversa e en moitos casos a primeira causa de intervención permite sacar á luz outras moitas dificultades que conflúen nos nenos, nenas e novas, pero están invisibilizadas e que necesariamente teñen que ser abordadas.

Táboa 2.

Número de casos atendidos e primeiro motivo de intervención.

Primeiro motivo de intervención	úmero de casos
Absentismo escolar	70
Abusos sexuais	18
Comportamento disruptivo	59
Comportamento sexualizado	4
Consumos	4
Escolarización/Desescolarización	54
Instrumentalización	9
Malos tratos	53
Neglixencia e incapacidade materna/paterna	251
Precariedade económica	34
Tutela	19
Violencia de xénero	28
Outros	403
Total	1.006

Fonte: Elaboración propia a partir de Ruiz de Aretxabaleta, Jausoro e Rodríguez Álvarez (2018).

É destacable ou significativo o número de intervencións cuxa primeira causa é a incapacidade ou neglixencia materna e/ou paterna, que volve evidenciar que na maioría de ocasións as intervencións non están exclusivamente ligadas á pobreza. Doutra banda, a falta de ferramentas técnicas actualizadas e



adaptadas que permiten a sistematización de datos e a visibilización da aparición de novas necesidades, fan que no concepto de “outros” se agrupen un número elevado de casos sen desagregar os seus casuísticas.

Finalmente, hai que sinalar que en 2016 o Departamento de Educación puxo en marcha o Protocolo de prevención e actuación no ámbito educativo ante situacións de posible desprotección e malos tratos, acoso e abuso sexual infantil e adolescente e de colaboración e coordinación entre o ámbito educativo e os axentes que interveñen na protección da persoa menor de idade. Ano a ano aumentan as notificacións dese tipo de situacións que se fan desde a escola ao sistema de protección e na primeira metade do curso 2018-2019 realizáronse 32 notificacións oficiais só en Araba. En todas elas, a pesar de non estar explícito no protocolo, requiriuse desde os diferentes centros escolares a intervención das traballadoras sociais do berritzegune na aplicación do devandito protocolo, realizando o diagnóstico, planificando a intervención coa familia, e en coordinación cos servizos sociais. Todos estes datos achegan evidencias científicas das intervencións sociais que teñen lugar dentro do sistema educativo en interdependencia con outros sistemas.

6. REFLEXIÓNS FINAIS

O Traballo Social ten cabida en todos os sistemas de protección, especialmente naqueles onde os seus suxeitos de intervención mostran maior indefensión, vulnerabilidade e maior necesidade de protección (referímonos ás persoas menores de idade). A escola supón un microsistema onde conviven o alumnado, o profesorado e as familias, pero tamén un espazo de interacción social como ningún outro onde os nenos, as nenas e os mozos pasan o maior tempo das súas vidas cotiás; e, por tanto, un observatorio de primeira orde para a detección de situacións que poden afectar a un desenvolvemento normalizado. O traballo social interpela e pon sempre como prioridade aos e ás menores. Cabe destacar a responsabilidade pública na detección do abuso sexual e os malos tratos infantís, ás veces, obviados polos propios centros escolares ante a incapacidade de reacción, medo ou falta de coñecemento respecto á resposta que se debe dar e os pasos para seguir.

O contexto social actual mostra tal complexidade (en parte, pola irrupción



das novas tecnoloxías e as redes sociais), que tanto as familias como o propio profesorado e os equipos directivos se mostran en ocasións desbordados polas novas demandas e situacións sociais conflitivas ou de desprotección ás que se enfrontan cada día. Os e as traballadoras sociais son a engrenaxe e a figura profesional referente, que permite o traballo conxunto e coordinado na prevención, a detección, a abordaxe e a procura de solucións conxuntas entre os diversos estamentos e sistemas que se ven afectados.

Ademais, o traballo social achégalle ao sistema educativo unha mellora nos procesos de resiliencia do alumnado con dificultades, desvantaxes ou en situación de vulnerabilidade, fortalecendo e apoderando as familias e os e as nenas para que poidan afrontar os seus procesos de escolarización dunha forma normalizada. O traballo social é un investimento a curto prazo cando teñen lugar intervencións en crises; pero, fundamentalmente, é un investimento a medio e longo prazo, xa que busca unha transformación en realidade sociais que danan e deixan desprotexidos os e as menores e un benestar que corresponde por dereito de cidadanía.

É clave a incorporación da figura do traballo social aos claustros e/ou servizos de apoio para a innovación. Esta presenza mellora a educación desde un punto de vista integral e holístico, reduce a presión que sofre o profesorado, a carga emocional que comporta, co que se facilita, á fin e ao cabo, o seu labor docente mediante un acompañamento próximo e respectuoso. Só hai que dar unha volta a nivel internacional para comprobar que este tren hai que collelo canto antes. Subir a el supón para o sistema educativo, recoñecerse interdependente, complexo e fortalecido, principalmente pola capacidade de mirarse ao espello. É unha aposta claramente social, técnica e política. O traballo social xa está no sistema educativo, só se trata de coñecer que fai aí e como melloran as situacións concretas das persoas a nivel individual, como melloran as familias, como melloran os grupos, como mellora a comunidade a través da escola e como mellora, á fin e ao cabo, a propia a escola.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEMANY, C. (2019): “Por qué necesitamos trabajadores/ as sociales en la escuela”, Medium, 7 de abril, <https://medium.com/@carmen.alemany/por-qué-necesitamos-trabajadores-as-sociales-en-la-escuela-2dc42e94f5cc>



- ANECA (2004): Título de grado en Trabajo Social, Serie Libros Blancos, Madrid, Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación,
<http://www.aneca.es/var/media/150376/libroblancotrbsocialdef.pdf>
- ARARTEKO (2001): La respuesta a las necesidades educativas especiales en la CAPV, Informes Extraordinarios al Parlamento Vasco, Vitoria- Gasteiz, Ararteko,
<http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/25863.pdf>
- CASTRO CLEMENTE, C. y PÉREZ VIEJO, J. (2017): “El Trabajo Social en el entorno educativo español”, Barataria, n.º 22, pp. 215-226
<https://doi.org/10.20932/barataria.v0i22.309>
- COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES DE MADRID (ed.) (2007): “Trabajo social y educación”, n.º monográfico extraordinario 1, Trabajo Social Hoy.
- COMISIÓN DE EDUCACIÓN (2017): “Comparecencia de trabajadores y trabajadoras sociales de Berritzegune de Vitoria y del CEIP Artatse, a petición de la comisión, de conformidad con la solicitud formulada por Nerea Kortajarena Ibáñez, parlamentaria del grupo EH Bildu, para explicar qué aportaciones puede realizar la disciplina de Trabajo Social a los retos del sistema educativo”, Vitoria-Gasteiz, Parlamento Vasco,
http://www.legebiltzarraeus/BASIS/izaro/webx/sm_scomisc/DDW?W%3Dscoserie%3D5+and+sco_freun%3D20170621+order+by+sco_freun%2Cscos_nasun%26M%3D5%26K%3D2017062105000005%26R%3DY%26U%3D1
- CONSELLERÍA DE EDUCACIÓN Y UNIVERSIDADES (sen data): “Distribución de los EOEP”, Gobierno de Canarias,
http://www.gobiernodecanarias.org/educacion/web/servicios/eoep/distribucion_eoep/
- CONSELLO ESCOLAR DE EUSKADI (2018): La educación escolar en Euskadi 2015/2017, Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco
http://www.consejoescolardeeuskadi.hezkuntza.net/c/document_library/get_file?uuid=1997a364-6ac8-4518-ba48-d93cc4056f90&groupId=17937
- DE DIOS URIARTE, J. (2006): “Construir la resiliencia en la escuela”, Revista de Psicodidáctica, vol. 11, n.º 1, pp. 7-24
<http://www.ehu.eus/ojs/index.php/psicodidactica/article/view/341>
- DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN (2019): Plan Marco para el Desarrollo de una Escuela Inclusiva 2019- 2022, Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco,
https://bideoak2.euskadi.eus/2019/03/07/news_52628/Plan_Marco_Escuela_Inclusiva.pdf.
- 2016: Protocolo de prevención y actuación en el ámbito educativo ante situaciones de posible desprotección y maltrato, acoso y abuso sexual infantil y adolescente y de colaboración y coordinación entre el ámbito educativo y los agentes que intervienen en la protección de la persona menor de edad, Vitoria-Gasteiz, Servicio Central de publicaciones do Gobierno Vasco, euskadi.eus/contenidos/informacion/dif11/es_5613/adjuntos/Protocolo_Educacion_15_noviembre_2016.pdf
- Sen data: Berritzeguneak, <<http://www.berritzeguneak.net>>.
- ESTIVILL PASCUAL, J.; HIERNAUX, J. y GEDDES, M. (1997): El partenariado social en Europa, Barcelona, Hacer.FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, D. (sen data): El Trabajo Social en el Sistema Educativo, Consejo General del Trabajo Social,
https://www.cgtrabajosocial.es/files/52bc5b6a6cada/EL_TRABAJO_SOCIAL



EDUCATIVO.pdf

- JUST, J.; MARTÍNEZ, O.; ESTANYOL, V. y MORA, A. (2000): “El partenariado como estrategia del trabajo social comunitario”, Cuadernos de Trabajo Social, nº 13, pp.253-268,
<https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0000110253A>
- MESA DE TRABAJO EDUCACIÓN Y DIVERSIDAD (2016): Documento de análisis y propuestas para hacer frente a la segregación escolar en Vitoria- Gasteiz, 19 de diciembre, <https://blogs.vitoria-gasteiz.org/medios/files/2017/03/Documento-definitivo-segregación-escolar.pdf>
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN E FORMACIÓN PROFESIONAL (2019): Enseñanzas no universitarias [estadísticas], Ministerio de Educación y Formación Profesional, <http://www.educacionyfp.gob.es/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/educacion/no-universitaria.html>
- REJADO, M. (2013): Inicios y consolidación del trabajo social en Álava, Vitoria-Gasteiz, Universidad del País Vasco.
- ROMAÑACH, J. (2009): Bioética al otro lado del espejo. La visión de las personas con diversidad funcional y el respeto a los Derechos Humanos, A Coruña, Diversitas, Asociación de Iniciativas y Estudios Sociales,
http://www.diversocracia.org/docs/Bioetica_al_otro_lado_del_espejo_v_papel.pdf
- RUIZ DE ARETXABALETAK, K.; JAUSORO, K. y RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, V (2018): Memoria Curso 2017-2018 Trabajadoras Sociales A01-A02 Berritzeguneak, Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco.
- SASTRE, A. y ESCORIAL, A. (coords.) (2016): Necesita mejorar. Por un sistema educativo que no deje a nadie atrás, Save The Children España,
<https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/necesita-mejorar-fracaso-escolar-savethechildren-ok.pdf>
- TORRA, M. (2009): “El Trabajo Social en la enseñanza”, Revista de Servicios Sociales y Política Social, n.º 86, pp. 125-128.
- UNESCO (2015): Education 2030: Incheon Declaration and Framework for Action for the Implementation of Sustainable Development Goal 4: Ensure Inclusive and Equitable Quality Education and Promote Lifelong Learning Opportunities for All, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization,
<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000245656>
- UNICEF COMITÉ ESPAÑOL (2006): Convención sobre los Derechos de los Niños y las Niñas, Madrid, Nuevo Siglo.
- ZAMANILLO, T. (1999): “Apuntes sobre el objeto de trabajo social”, Cuadernos de Trabajo Social, n.º 12, pp.12-32.
- FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, D. (sen data): O Traballo Social no Sistema Educativo, Consello Xeral do Traballo Social,
https://www.cgtrabajosocial.é/files/52bc5b6a6cada/O_TRABALLO_SOCIAL_EDUCATIVO.pdf
- JUST, J.; MARTÍNEZ, O.; ESTANYOL, V. e MOURA, A. (2000): “O participado como estratexia do traballo social comunitario”, Cadernos de Traballo Social, nº 13, pp. 253-268,
<https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0000110253A>
- MESA DE TRABAJO EDUCACIÓN E DIVERSIDADE (2016): Documento de análise e propostas para facer fronte á segregación escolar en Vitoria- Gasteiz, 19 de



- decembro, <https://blogues.vitoria-gasteiz.org/medios/files/2017/03/Documento-definitivo-segregación-escolar.pdf>
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN E FORMACIÓN PROFESIONAL (2019): Ensinos non universitarios [estadísticas], Ministerio de Educación e Formación Profesional, <http://www.educacionyfp.gob.es/servizos-ao-cidadán/mecd/estadisticas/educacion/non-universitaria.html>
- REJADO, M. (2013): Inicios e consolidación do traballo social en Áraba, Vitoria-Gasteiz, Universidade do País Vasco.
- ROMAÑACH, J. (2009): Bioética alén do espello. A visión das persoas con diversidade funcional e o respecto a os Dereito Humanos, A Coruña, Diversitas, Asociación de Iniciativas e Estudos Sociais, http://www.diversocracia.org/docs/Bioetica_a_o_outro_lado_de_o_espejo_v_papel.pdf
- RUIZ DE ARETXABALETA, K.; JAUSORO, K. e RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, V (2018): Memoria Curso 2017-2018 Traballadoras Sociais A01-A02 Berritzeguneak, Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco.
- XASTRE, A. e ESCORIAL, A. (coords.) (2016): Necesita mellorar. Por un sistema educativo que non deixe a ninguén atrás, Save The Children España, <https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/necesita-mellorar-fracaso-escolar-savethechildren-ok.pdf>
- TORRA, M. (2009): “O Traballo Social no ensino”, Revista de Servizos Sociais e Política Social, nº 86, pp. 125-128.
- UNESCO (2015): Education 2030: Incheon Declaration and Framework for Action for the Implementation of Sustainable Development Goal 4: Ensure Inclusive and Equitable Quality Education and Promote Lifelong Learning Opportunities for All, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000245656>
- UNICEF COMITÉ ESPAÑOL (2006): Convención sobre os Dereitos de os Nenos e as Nenas, Madrid, Novo Século.
- ZAMANILLO, T. (1999): “Apuntamentos sobre o obxecto de traballo social”, Cadernos de Traballo Social, nº 12, pp.12-32.



O TRABALLO SOCIAL EN EDUCACIÓN, UNHA APOSTA DE FUTURO. DECÁLOGO DA INTERVENCIÓN PROFESIONAL

EL TRABAJO SOCIAL EN EDUCACIÓN, UNA APUESTA DE FUTURO.
DECÁLOGO DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL.

SOCIAL WORK IN EDUCATION, A COMMITMENT TO THE FUTURE.
DECALOGUE OF PROFESSIONAL INTERVENTION.

Laura Zapata Criado, Traballadora Social colexiada 2080. Vogal de Educación no COTSG, membro do grupo de traballo de educación do COTSG dende o ano 2019 e coordinadora do mesmo no período 2019-23.

Ana María Vilar Varela, Traballadora Social colexiada 703. Vicepresidenta no COTSG e vogal do Consello Xeral de Traballo Social.

RESUMO

Este artigo presenta un decálogo para a intervención no exercicio profesional do Traballo Social en educación, “Decálogo do Traballo Social Educativo”, consensuado co grupo de traballo de educación do COTSG e aprobado por unanimidade en Xunta de Goberno o 31 de maio do ano 2023. Na primeira parte, reflexiónase sobre a centralidade do eido educativo, xunto co eido familiar e comunitario, no desenvolvemento da infancia, da adolescencia e con frecuencia da primeira mocidade. É neste contexto educativo onde o alumnado vive moitas das súas primeiras experiencias de relacións no grupo de iguais. Na segunda parte, revísase a presenza do Traballo Social, profesión de referencia para as familias e para os sistemas de protección na intervención sociofamiliar e socioeducativa, no sistema educativo español. Na terceira parte, preséntase o “Decálogo do Traballo Social Educativo”. Segundo o COTSG, é unha ferramenta de interese profesional para o desenvolvemento profesional do Traballo Social no eido da educación. Por último, na cuarta parte preséntanse as conclusións.



PALABRAS CHAVE

Coordinación, decálogo, educación, intervención, prevención, trabajo social educativo.

RESUMEN

Este artículo presenta un decálogo para la intervención en el ejercicio profesional del Trabajo Social en educación, “Decálogo de Trabajo Social Educativo”, consensuado con el grupo de trabajo de educación del COTSG y aprobado por unanimidad por la Xunta de Gobierno el 31 de mayo de 2023. En la primera parte, se reflexiona sobre la centralidad del campo educativo, junto con el campo familiar y comunitario, en el desarrollo de la infancia, la adolescencia y muchas veces la primera juventud. Es en este contexto educativo donde el estudiantado vive muchas de sus primeras experiencias de relación en el grupo de iguales. En la segunda parte, se revisa la presencia del Trabajo Social, profesión de referencia para las familias y para los sistemas de protección en la intervención sociofamiliar y socioeducativa, en el sistema educativo español. En la tercera parte se presenta el “Decálogo del Trabajo Social Educativo”. Según el COTSG, se trata de una herramienta de interés profesional para el desarrollo profesional del Trabajo Social en el ámbito educativo. Finalmente, las conclusiones se presentan en la cuarta parte.

PALABRAS CLAVE

Educación, trabajo social educativo, decálogo, intervención, prevención, coordinación.

ABSTRACT

This article presents a Decalogue for intervention in the professional practice of Social Work in education, "Decalogue of Educational Social Work", agreed by the working group on education of the COTSG and unanimously approved by the governing body on 31 May 2023. The first section reflects on the centrality of education, together with family and community, in the development of childhood, adolescence and often early youth. It is in this educational context that students have many of their first experiences of relationships in the peer group. In the second section, the presence of Social Work, a profession of reference for



families and protection systems in socio-family and socio-educational intervention, is reviewed in the Spanish education system. The third section presents the "Decalogue of Educational Social Work". According to the COTSG, it is a tool of professional interest for the professional development of Social Work in the educational field. Finally, the conclusions are presented in the fourth part.

KEYWORDS

Education, educational social work, decalogue, intervention, prevention, coordination.

INTRODUCCIÓN

Segundo a definición da Federación Internacional de Traballo Social (de aquí en adiante, FITS): “El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el empoderamiento y la liberación de las personas” (FITS, 2014). Entre as principais ferramentas para conseguir estes obxectivos salienta a educación. De aí que na *Declaración Universal dos Dereitos Humanos* de 1948 se afirme que “La educación es un derecho fundamental de todas las personas” (UNESCO, 2011). Consciente da íntima mais desatendida relación entre Traballo Social e educación, en maio de 2023, o COTSG aprobou un pioneiro “Decálogo do Traballo Social Educativo” para guiar o desenvolvemento profesional do Traballo Social no eido da educación. Porén, antes de presentar o decálogo, o artigo reflexiona sobre esta relación, especialmente no contexto do sistema educativo español.

A fragilidade do Sistema de Servicios Sociais.

Ao falar de Traballo Social é inevitable falar dos Servizos Sociais, sistema no que se desenvolven as políticas sociais dos diferentes estados e os marcos normativos nos que se leva a cabo a praxe da profesión do Traballo Social. Os Servizos Sociais pódense definir como o conxunto de apoios técnicos e profesionais que se poñen a disposición pública en forma de servizos e prestacións. A Carta Social Europea refírese a eles no artigo 14 como os “servicios que utilizando los métodos de un servicio social, contribuyan al bienestar y al desarrollo de los individuos y de los grupos en la comunidad, así



como a su adaptación al medio o entorno social” (UE, 1961). Esta definición sitúa o Traballo Social como o método utilizado para a prestación de ditos servizos. Afastámonos así da imaxe do/a profesional do traballo social como dispensador/a de prestacións, para achegarnos a unha imaxe de profesional que fai uso das devanditas prestacións para acadar fins nunha intervención concreta.

Os Servizos Sociais son un sistema de protección social onde se desenvolve o exercicio profesional do Traballo Social, que é un dos principais eidos onde está presente a profesión se ben non debe ser o único. Os sistemas educativo, sanitario, xudicial, o acceso a unha vivenda digna e a garantía de ingresos, entre outros elementos, conforman a arquitectura do estado do benestar. A Lei 13/2008 do 3 de decembro de Servizos Sociais de Galicia recolle no artigo 1.3 como obxecto da mesma facilitar a “coordinación do sistema galego de servizos sociais cos demais elementos do sistema galego de benestar e coas políticas públicas sectoriais que incidan sectorialmente ou transversalmente na mellora do benestar da cidadanía galega” (DOG, 2008). O sistema divídese en servizos sociais comunitarios e servizos sociais especializados, coordinados entre si, ao tempo que “con outros servizos para o benestar que operen no mesmo territorio, especialmente cos de saúde, educación, cultura, emprego, vivenda, migracións e, no seu caso, desenvolvemento rural, a fin de favorecer unha intervención integral no territorio” (DOG, 2008).

No referente á situación do Estado de Benestar durante o período 2011 – 2022 Galicia soamente experimentou un incremento do 3,9% do gasto, moi por debaixo da media estatal que sitúa dito incremento no 7,6% máis do dobre do rexistrado na comunidade, o que traducido en nivel de gasto por habitante axustado, no 2022 Galicia queda á cola de todo o estado, con 8 puntos por debaixo da media nacional (Díaz, M. 2024). Esta situación visualízase principalmente en servizos sociais, educación e saúde mostrando a debilidade do Estado de Benestar. A profesión do Traballo Social neste contexto de fragilidade procura unha mellora da calidade de vida das persoas, o que propicia que na praxe profesional do día a día sufra as consecuencias dunha grande carga de traballo enlazada á falta de recursos, ao estrés e á saturación. Os servizos sociais comunitarios vense desbordados e as profesionais mostran grande desgaste ao ter que “responder ás esixencias organizativas que priman

o cuantitativo na xustificación das intervencións (relación costes-beneficios, número de persoas atendidas, etc.), en detrimento da verdadeira esencia da profesión, que se fundamenta nas relacións humanas” (COTS de Galicia, 2016).

Este contexto motivou que o Consello Xeral de Traballo Social publicara en 2023 o “Modelo do sistema público de Servizos Sociais que defende o Traballo Social para o século XXI”, documento que reflexiona sobre as políticas sociais e de bens protexidos, sendo a educación e, en especial, a instrución elemental e fundamental un dereito social básico cuxo ben protexido é a aprendizaxe, enmarcado no sistema educativo como un dos piares do estado de benestar social. Na contextualización sobre o Modelo, o texto recolle que a profesión se afastou do obxectivo de “acompañar a persoas, familias, grupos e comunidades cara a dinámicas de emancipación autonomía e transformación social” (CGTS,2023). En contraposición, o eixo principal de actuación do Traballo Social pasou a ser a xestión das prestacións. E outras competencias propias foron delegadas noutras profesións e sistemas. Todo isto motivou o rexurdimento da profesión a través do Modelo que defende a profesión de TS.

TRABALLO SOCIAL EN EDUCACIÓN

A Convención sobre os dereitos do neno, aprobada o 20 de novembro de 1989 pola Asemblea Xeral das Nacións Unidas e ratificada polo Estado Español no ano seguinte (BOE, 1990), recolle o concepto xurídico do “interese superior da nena e do neno” referido á garantía de que calquera medida que se adopte con respecto a elas/eles atenda, promova e protexa os seus dereitos. Así o dereito á educación refírese como a “obriga do Estado a asegurar polo menos a educación primaria gratuíta e obrigatoria” (Martínez Fernandez, 2023), na cal segundo a Lei Orgánica 3/2020 pola que se modifica a LOE 2/2006 de educación (LOMLOE), como competencias básicas a adquirir atópase a educación en valores cívicos e éticos entre os que agrupa o valor do respecto á diversidade, a igualdade de xénero, o coñecemento e respecto dos dereitos humanos e da infancia ou o fomento do espírito crítico e a cultura da paz e non violencia (BOE, 2020).

No Estado Español o dereito á educación constituíuse coa aprobación da obrigatoriedade da etapa escolar ata os 16 anos, recollido na Lei Orgánica de Ordenación Xeral do Sistema Educativo de España (LOGSE, 1990). Esta



obrigatoriedade facilitou chegar a educación a alumnado pertencente a contextos socioeconómicos, culturais e/ou familiares diversos e con eles abríronse os centros educativos a un pluralismo de situacións e necesidades sociais e familiares que inflúen directamente no proceso educativo (proceso que engloba tanto as interaccións entre o alumnado e o persoal docente, como os contidos e o contexto sociofamiliar no que se atopan inmersos) e que van máis aló da intervención académica do equipo docente.

Si ben o proceso de expansión educativa aumentou o nivel educativo da poboación, a transmisión interxeneracional da desvantaxe educativa persiste: en torno á metade das persoas que creceron nun fogar con un nivel básico de estudos non superan ese mesmo nivel educativo. (Goberno de España, 2020)

Entre os diversos factores que contribúen á desigualdade educativa do alumnado, plasmada en datos tanto académicos coma psicosociais, atópanse factores individuais e sociais, ademais de factores relacionados co centro educativo. O contexto social no que se sitúan inflúe nos resultados educativos do alumnado. Porén, é preciso que exista unha apertura á comunidade a través da intervención de profesionais especialistas no eido do social que traballen en conxunto co persoal docente dende a prevención, a detección e a protección.

No informe sobre “A pobreza infantil y desigualdad educativa en España”, publicado no 2020 noméase como desafío para o sistema educativo español “reducir la transmisión intergeneracional de la desigualdad es el principal reto de nuestro sistema educativo” engadindo que “un sistema educativo que funcione plenamente como elemento igualador es necesario tanto por justicia social como para aumentar la calidad del sistema productivo.” (Goberno de España, 2020).

A escola, ámbito de referencia en educación, é o espazo social e de relación prioritario para o alumnado. Constitúe o complemento da socialización primaria que se dá no seo familiar, e onde se constrúe a identidade do alumnado como ser único, ao tempo que como parte do grupo de iguais. En palabras de Castro e Rodríguez (2016: 7), “Los centros educativos, además de contenidos académicos, brindan a los estudiantes una experiencia de relación que adquiere gran significado en otros espacios sociales”. Durante a infancia, a adolescencia e a primeira mocidade, a identificación dentro dun grupo de iguais, ou sexa, o



sentido de pertenza e a identidade colectiva, é fundamental para un desenvolvemento emocional saudable, especialmente no que se refire á autoestima, e para o establecemento de vínculos afectivos sólidos.

Dada a súa importancia, os centros educativos deben ser un lugar seguro onde rexan normas de convivencia democrática e impere o bo trato; entorno no que se leva a cabo unha acción formativa xunto cunha socializadora: ensínanse normas de convivencia, valores e comportamentos ao tempo que o currículo académico. A F.I.T.S fala do medio escolar como o primeiro no que se poden detectar problemas familiares e sociais, o que o confire como o lugar ideal para unha intervención preventiva, escenario idóneo para a praxe da profesión do Traballo Social. A comunidade educativa forma parte dun territorio e dunha contorna nos que se atopa inmersa e dos que se nutre, sendo o contexto educativo reflexo do que estamos vivindo como sociedade máis aló do alumnado, das familias e do persoal docente.

Ao falarmos do traballo social educativo referímonos ao que Roselló Nadal (1998: 236) denomina “axuda técnica”, que ten por finalidade “el establecimiento y fortalecimiento de relaciones en los diferentes ambientes en los que se desarrolla el niño”, ao tempo que “a integración escolar y social del alumnado con dificultades de adaptación por circunstancias personales, familiares o sociales”. En conclusión, o obxectivo principal é acadar o pleno crecemento do menor.

A repercusión da nosa labor neste eido é ampla tanto a nivel individual, familiar e comunitario ao traballar cos diferentes grupos sociais que conviven na escola; realizando labores de prevención e intervención directa na comunidade educativa, obtendo resultados que van máis aló dos centros, influíndo nas entornas sociais nos que estes se sitúan.

Nesta introdución sobre o Traballo Social en educación é de interese situar a intervención e definir os ámbitos específicos aos que diriximos a nosa labor no sistema educativo. Así o Consello Xeral de Traballo Social distingue entre a educación formal e non formal ou complementaria dirixida a diferentes sectores da poboación (Castro e Pérez, 2017). Dentro da educación formal, atópanse a educación infantil (de 0 a 6 anos), a Educación Primaria (de 7 a 11



anos) e a Educación Secundaria Obrigatoria (de 12 a 15 anos) que conforman a Educación Básica Española, a educación secundaria postobrigatoria (de 16 a 18 anos), a educación superior (ensino universitaria, a formación profesional de grao superior) e a educación especial entendida como “modalidad de la enseñanza obligatoria, por lo que comprende todos los tramos y grupos de edad señalados anteriormente que, en estos casos, se prorrogan o puede prolongarse hasta los veintiún años de edad” (CGTS, 2015). Ao igual que noutros moitos contextos, na Galicia contemporánea, é común que as persoas entre tres anos e ata os vinte dous anos pasen a meirande parte do seu día en centros educativos de distintos tipo, a modo de exemplo na Galicia atopábanse escolarizados no curso 2020 – 21 un 96,4% da poboación de tres anos acadando o 81,1% ós dezaioito anos, o 70,6% ós vinte anos e o 48,1% ós vinte dous anos de acordo co informe de 2024 do Sistema Estatal de indicadores da educación (Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes. 2024).

En todas e cada unha das etapas educativas, o labor da profesión do traballo social é a de prevención, detección e intervención en situacións que repercuten no desenvolvemento escolar do alumnado, tanto a nivel micro como macro. “Es por esto que se interviene tanto dentro como fuera del contexto escolar” (Castro e Pérez, 2017), o que se enmarca na idea, anteriormente mencionada, sobre a necesidade de apertura da escola á comunidade na que está situada.

Dende os seus inicios, o Traballo Social, nado da vontade de intervir para acadar melloras sociais, identificou a importancia da educación (Miranda Aranda, 2012). En palabras da precursora Mary Richmond, “un sistema educativo nace de las relaciones sociales y es fundamental para la formación de eso que llamamos la mente humana, el hombre” (Miranda Aranda, 2012:87). De aí que Gordon Hamilton , pioneira do traballo social de caso, defendese anos máis tarde a promoción de “la educación que tiende a elevar el nivel físico y mental y el bienestar de las gentes” (cit. Miranda Aranda, 2012: 94). Ao reflexionar sobre a función social da educación, o filósofo John Dewey identificaba catro fundamentos pedagóxicos que cómpre lembrar: a participación, o coñecemento, a diversidade cultural e a comunidade (cit. Shuali Trachtenberg, 2010: 72-75). Primeiro, a educación debe ofertar experiencias de participación grupal que

reflexen a vida no contexto social en que estea inmerso a/o estudante. Segundo, a educación debe ser dinámica nos seus contidos, adaptándose ao desenvolvemento da sociedade. Terceiro, referencia á diversidade cultural e indica que debe existir unha vontade na sociedade para establecer valores comúns e así poder falar de comunidades. E cuarto, e último, a comunidade constitúese nun requisito para poder formar parte da mesma, nomea entre outras condicións para poder formar a comunidade: a comunicación entre os membros, o entendemento compartido e a consciencia do fin común.

No que se refire ao estado español, a profesión apareceu por primeira vez incorporada nos centros asistenciais como profesionais non docentes, concretamente “orientada no marco de asociacións pros [sic] subnormais e respectivos Patronatos” (cit. Castro e Pérez, 2017: 217), coa publicación do Plan nacional de educación especial en 1955. Posteriormente, na Lei Xeral de educación e Financiamento da Reforma Educativa de 1970, incluíuse á educación especial como unha modalidade máis en educación e polo tanto nos centros escolares ordinarios, isto concretouse nos departamentos de orientación educativa estendidos a todos os centros. Supérase así o confín da Educación Especial e vincúlase a toda a comunidade educativa a través de funcións moi concretas: “diagnóstico psicopedagógico escolar; información sobre familias, profesores y estudiantes; determinación de las líneas generales de acción de los tutores, docentes y del país; formulación del consejo asesor...” (Barrueco, 1990: 345).

Coa chegada da democracia, a base fundamental da educación recóllese no artigo 27 da Constitución Española de 1978: “todo ser humano ten dereito a unha educación que terá como principal obxectivo o pleno desenvolvemento da personalidade humana, así como o respecto á convivencia e ás liberdades fundamentais de cada individuo”. O Plan nacional de educación especial de 1978 continúa outorgándolle un papel chave á profesión dentro dos denominados equipos multidisciplinares, que se crearían xa andados os anos 80, dos que formaban parte pedagogas/os especializados/as, psicólogas/os, os/as chamados/as naquela época asistentes sociais, médicas/os, expertos en traballo, logopedas e fisioterapeutas. Así, no ano 1982 prodúcese a contratación de persoal técnico en Traballo Social que se incorporaron xunto cos/coas

profesionais que xa estaban nos centros públicos de educación especial. Cómpre salientar que en 1983 se realizou a transferencia de competencias do Estado ás comunidades autónomas mediante a Lei Orgánica de Armonización do proceso Autonómico. Foi entón cando comezou a progresiva diversificación da situación da profesión nas diferentes comunidades autónomas. Co Real Decreto 334/1985 de ordenación da Educación Especial, modifícanse e amplíanse algunhas funcións educativas-sociais e pouco a pouco foise abrindo a atención da profesión de Traballo Social en educación á poboación en situación de risco social ou desvantaxe sociocultural.

A aprobación da LOGSE no ano 1990 supuxo un cambio negativo para a profesión. As funcións comezan a diluírse entre outras profesións e, conforme á Orde de funcionamento dos departamentos de orientación dos centros de Educación Especial, o Traballo Social educativo volve quedar relegado á Educación Especial. A Orde do 9 de decembro de 1992, pola que se regula a composición, estrutura e funcionamento dos equipos de Orientación Educativa e Psicopedagóxica (EOEP), como consecuencia do desenvolvemento normativo da LOGSE, indica que estes estarán formados por profesionais da psicoloxía, da pedagogía e do traballo social ou educación social, e de ser o caso mestrado de audición e linguaxe. Os profesionais do Traballo Social “ocuparanse de que os centros educativos respondan ás necesidades sociais do correspondente sector, así como de asegurar os servizos sociais máis estreitamente vinculados ao sistema educativo” (art. 8.1).

Coa funcionarización do persoal laboral en educación, no ano 1993, os profesionais de traballo social pasan a ser persoal docente situándose no perfil no corpo de profesores/as técnicos/as de formación profesional na especialidade de servizos á comunidade (PTSC), o que co tempo causou que perderan a esencia da súa labor e ao abrirse este perfil a outras titulacións e formacións que foron accedendo, de xeito que pouco a pouco foi diminuindo a súa presenza no sistema educativo formal.

A día de hoxe, na comunidade autónoma galega o traballo social ten escasa presenza nos centros de educación especial públicos, ao igual que nos equipos de orientación específicos provinciais, onde pouco a pouco está a desaparecer esta figura tal e como aparece na relación de postos de traballo

publicada pola Consellería de Cultura, Educación, Formación Profesional e Universidades o pasado ano 2022. Xa no 2020 na publicación da estrutura e localización dos equipos de orientación específicos na Web da Consellería, aparecía sen cubrir as prazas de Traballo Social en A Coruña e en Pontevedra. Porén, en Galicia só Lugo e Ourense contaban con traballador social e na actualidade soamente queda unha traballadora social en Lugo. A Consellería emitiu na RPT do 2022 a consigna de “amortizar [a praza] cando sexa vacante”, ou sexa, de eliminar o posto de traballo. Polo tanto, e tendo en conta a necesidade real dun perfil técnico na atención sociofamiliar e socioeducativa á comunidade educativa que se atende en poucos anos en todos os departamentos provinciais as tarefas do eido do traballo social realizaranas profesionais doutros ámbito co conseguinte intrusismo. Ao contexto dos EOOE provinciais temos que unirle a dos Centros de educación especial públicos da nosa comunidade cales, segundo os datos recollidos para a elaboración deste artigo podemos observar a baixa presenza do perfil de Traballo Social, logo das xubilacións das titulares¹⁹. Este estado de cousas confirma o desinterese da administración pública por incluír os profesionais do traballo social no sistema educativo.

En 2021, coa aprobación da Lei Orgánica 8/2021 de protección integral a la infancia y la adolescencia fronte a la violencia (de aquí en diante LOPIVI), a profesión do Traballo Social volveu a cobrar protagonismo na educación, como profesión que durante anos estivo no sistema promovendo o desenvolvemento integral do alumnado e atendendo ás necesidades de protección e atención sociofamiliar do mesmo. A LOPIVI pon enriba da mesa a necesidade dunha atención holística dos menores e da mocidade no eido educativo, máis aló do meramente curricular. Nela recoñécese o dereito das nenas e nenos a medraren libres de violencia, con esta finalidade a Lei Orgánica fala da necesidade dunha análise e dunha intervención integral dende os diferentes ámbitos (emocional, familiar, social e do lecer) que repercuten e inflúen no benestar da infancia e da mocidade.

¹⁹ Para a elaboración do presente artigo, fixéronselles consultas online e telefónicas aos Centros públicos de educación Especial de Galicia.



No primeiro artigo da LOPIVI recóllese o obxecto da mesma: “garantir os dereitos fundamentais das nenas e adolescentes á súa integridade física, psíquica, psíquica e moral fronte a calquera forma de violencia, garantindo o libre desenvolvemento da súa personalidade e establecendo medidas de protección integral, que inclúan a sensibilización, prevención, detección precoz, protección e reparación de danos en todos os ámbitos da vida”, enmarcado neste contexto e no capítulo IV: “Do ámbito educativo” aparece a figura de coordinador/a de benestar e protección do alumnado, que actuará baixo a supervisión do/a director/a do centro educativo.

Esta figura é novidosa no noso país a nivel xeral, aínda que nalgunha comunidade autónoma existía unha figura similar con outra nomenclatura. Por exemplo, este é o caso da figura de coordinación de convivencia en Valencia, que ofrece asesoramento e orientación en temas de convivencia e igualdade dende o ano 2016 e que se recolle na Lei 8/2017, de 7 de abril, de la Generalitat, integral do recoñecemento do dereito á identidade e á expresión de xénero na Comunitat Valenciana. No artigo 23.4 recolle que “Los centros educativos contarán con una persona que coordinará el Plan de convivencia e igualdad y las actividades de sensibilización dirigidas a toda la comunidad educativa, sobre identidad de género, expresión de género, diversidad sexual y familiar” (Diario oficial de la Generalitat Valenciana, 2017).

Esta figura foi acollida con expectación mais tamén con receo. Algúns/has profesionais dubidan do seu despregamento e/ou proxección no tempo, valorándoa como un chamamento a nivel político sen posible futuro nin proxección no tempo; namentres outras profesionais pensan que é unha figura valiosa, que responde ao contexto de vulnerabilidade e desprotección no que vive a infancia. É, polo tanto, preciso velar pola detección das situacións de risco e desamparo, traballar cara á prevención dende etapas temperás. A súa protección e defensa é un dos obxectivos prioritarios das diversas políticas de benestar social e da intervención da nosa profesión na infancia e no propio sistema educativo. Para que isto sexa posible, é imprescindible darlle o valor e a importancia que ten en si mesma a figura, e investir contratación a tempo completo de profesionais especialistas



Dende o Consello Xeral de Traballo Social publicouse no ano 2022 un posicionamento ante a figura do/da coordinador/a de benestar e protección nos centros educativos, onde recolle que “El sistema educativo ya cuenta con profesionales de Trabajo Social adscritos a los servicios de apoyo escolar y equipos de orientación educativa, con intervención directa en los centros educativos para atender las necesidades de la población escolar, desempeñando, entre otras, las funciones enumeradas.” na Lei Orgánica como funcións de Coordinación de benestar e protección; polo que neste posicionamento se reclama que se considere á nosa profesión como referente para exercer este perfil.

Namentres en Galicia a situación actual está caracterizada pola falta de interese da administración no referente á atención profesional e técnica deste tipo de situacións en educación. O Traballo Social vese relegado aos equipos de orientación específicos provinciais, que seguindo o Decreto 120/1998 de 23 de abril polo que se regula a orientación educativa e profesional na Comunidade Autónoma de Galicia e na Orde de 24 de xullo de 1998 pola que se establece a organización e funcionamento da orientación educativa e profesional na Comunidade Autónoma de Galicia regulada polo Decreto 120/1998, forma parte xunto coa profesión de psicoloxía, pedagogía e/ou psicopedagogía, e mestres especialistas en audición e linguaxe. Porén, como xa se indicou, estes postos están ocupados en poucas provincias a causa das xubilacións non cubertas. Dende o COTSG son varias as accións reivindicativas que se dirixiron á consellería, motivadas tanto pola preocupación dende a nosa profesión, como pola gravidade dos feitos, xa que non existe aparentemente intención de cubrir estes postos en detrimento da atención especializada e profesional nestes equipos; non esquezamos que os/as profesionais do traballo social nos EOE son perfís educativos centrados no coñecemento dos factores socioambientais e na intervención social dentro do sistema escolar. Así pois, para que se dea un cambio real no contexto educativo de cara á protección integral do/a menor, na procura da mellora do benestar social da infancia e adolescencia no seu desenvolvemento na etapa educativa, apostando porque os centros educativos sexan espazos seguros e de convivencia pacífica dende a profesión do traballo social entendemos que é preciso consolidar a nosa intervención e labor no



sistema educativo como profesionais de referencia para as familias e para os sistemas de protección na intervención sociofamiliar e socioeducativa.

DECÁLOGO DO TRABALLO SOCIAL EDUCATIVO

Dende o Colexio Profesional de Traballo Social de Galicia, aprobado por unanimidade en Xunta de Goberno o 31 de maio do 2023, co consenso do grupo de traballo de educación do propio colexio e en consonancia co traballo que o Consello Xeral de Traballo Social vén realizando na defensa e liderado da nosa profesión na comunidade educativa, preséntase o “Decálogo do Traballo Social Educativo”. Como indica o seu nome, propón dez directrices que rexan a intervención profesional no eido educativo. A aprobación deste texto é un chamamento á análise sobre a necesidade dunha intervención, unha mediación e un acompañamento no eido sociofamiliar que repercuta na calidade da atención no sistema educativo galego.

Decálogo do Traballo Social Educativo

O Traballo Social Educativo debe:

1. Visualizar os centros educativos como observatorios e espazos privilexiados para a detección do risco na infancia, ou sexa, como piares da prevención, detección precoz e protección á infancia.
2. Entender que as dinámicas familiares, sociais, convivenciais e do propio contexto comunitario, cualificadas como cuestións sociais, teñen que ver co día a día do alumnado tanto dentro como fóra do centro. O seu papel é relevante no proceso de ensinanza e aprendizaxe, no ciclo vital e na adaptación/integración escolar e social.
3. Poñer en valor unha atención técnica e profesional do social, mediante a contratación de profesionais coas cualificacións axeitadas e con experiencia na atención e na intervención comunitaria, social e familiar. O labor do traballo social é fundamental para mellorar as posibilidades de aprendizaxe, reducir os efectos das desigualdades sociais, persoais e convivenciais que afectan á adecuada inclusión e desenvolvemento dos/as menores, así como diminuír o risco de fracaso e/ou abandono escolar, favorecer a integración do



alumnado migrante ou pertencente a minorías, mediar entre a familia e a escola, abordar situacións de conflito, vincular a escola cos outros sistemas de protección social, establecer mecanismos de coordinación e traballo comunitario, entre outros factores.

4. Dar un protagonismo real ás familias dentro do sistema educativo, facilitándolles que sexan escoitadas e partícipes da evolución do alumnado, mediante un acompañamento, unha mediación e unha orientación por profesionais especialistas. Dende a profesión valórase como primordial dar o espazo e os recursos precisos á intervención sociofamiliar, ao considerarse aos centros como o entorno de socialización central na etapa infantil e moza.
5. Garantir unha atención real, integral e de calidade e calidez a nivel sociofamiliar nos centros educativos, como dereito subxectivo do alumnado e das súas familias e en igualdade de condicións e oportunidades en todo o territorio galego baixo o principio de equidade territorial e para todas as etapas educativas .
6. Avanzar en proxectos vencellados á intervención e desenvolvemento familiar, disciplina positiva, escola de familias, obradoiros sobre hábitos alimenticios, pautas conductuais, entre outros.
7. Mellorar a coordinación entre os sistemas educativo, social, sanitario e xudicial en pro dunha intervención preventiva, mediante a posta en valor do perfil do traballo social no sistema educativo como profesionais de relevancia na coordinación e no traballo en rede entre os diferentes sistemas. Xerar sinerxías de intercambio formativo entre diferentes profesionais de varios sistemas de protección social, fundamentalmente social e sanitario; o que permitiría unha conexión de experiencias e de aprendizaxes comúns.
8. Garantir os dereitos sociais para acadar unha intervención integral e transversal coa que responder ás necesidades e dificultades que poidan xurdir nas diversas etapas do alumnado e das familias.
9. Facilitar unha intervención preventiva mediante unha valoración e intervención especializada favorecendo o establecemento e o fortalecemento das relacións entre o medio familiar, escolar e comunitario, ao tempo que a



integración escolar e social de menores con dificultades en pro do seu desenvolvemento integral.

10. Orientar e asesorar á comunidade educativa en pro dunha convivencia pacífica nos centros formando parte de equipos interdisciplinarios onde o/a traballador/a social traballe de xeito holístico.

CONCLUSIÓNS

O proceso de socialización con leva unha serie de aprendizaxes e cambios no desenvolvemento do menor aos que non é alleo o eido educativo, senón todo o contrario. Alén do currículo académico, nos centros educativos tamén se aprenden habilidades e conductas sociais que facilitan a capacidade do alumnado para ser parte activa e autónoma dos seus propios procesos sociorrelacionais. Ademais, nos centros educativos, especialmente públicos e concertados, converxe alumnado diverso en canto á clase social, a orixe étnica, o credo relixioso e as capacidades tanto físicas como cognitivas, por exemplo. Son, polo tanto, micro sistemas sociais que reflexan a comunidade na que están inmersos e que xogan un papel fundamental na transmisión de valores democráticos. En palabras do filósofo británico Bertrand Russell, “La educación tiene dos fines: por un lado, formar la inteligencia; por el otro, preparar al ciudadano” (cit. Hernandez Hernandez, Gonzalez Gonzalez, Cívicos Juarez e Pérez González, 2006: 453).

Falamos de educar e de integrar socialmente, dos centros educativos como ámbitos sociais e de relacións, onde se dan as primeiras interaccións co grupo de iguais, lugares que deben ser seguros e estar protexidos, de convivencia democrática e bo trato, onde se leva a cabo unha acción formativa e socializadora. Neste contexto a prevención e a protección toman grande protagonismo, o que facilita que se configure como un eido máis de intervención da profesión do Traballo Social.

E así foi durante un tempo, namentres na actualidade o Traballo Social perdeu o seu lugar no sistema educativo e está a desaparecer. Na CA de Galicia os EOE específicos non contan con TS ao igual que grande parte dos centros de educación especial públicos. Este cambio de paradigma xurdiu no ano 1993, coa funcionalización do persoal laboral dentro de educación, cando as profesionais



do Traballo Social pasaron a ocupar postos de persoal docente, perfil no corpo de profesores/as técnicos/as de formación profesional na especialidade de servizos á comunidade (PTSC). Perdeuse, así, o sentido da propia profesión.

En Educación non ten cabida o acceso de profesionais non docentes? A figura de profesional non docente, si que existe e acolle dende profesionais de cociña ata profesionais de apoio á docencia como profesionais dos eidos da logopedia, psicoloxía e fisioterapia. Porque non Traballadores/as Sociais? Non existe a necesidade de atención social no sistema educativo? Os centros educativos foron, son e serán lugares de socialización, lugar ideal para realizar labores de detección e prevención de situacións que poden derivar en problemáticas sociais futuras; será entón que co tempo as funcións do Traballo Social educativo foron sendo asumidas por outros profesionais? Existe un intrusismo laboral oculto que facilita a falta de contratación de profesionais técnicos/os especialistas na atención socio educativa e familiar?

Dende o Consello Xeral de Traballo Social apóstase pola reincorporación da nosa profesión no eido educativo como unha resposta real e coherente coa situación que se está a vivir no contexto da educación en España. Paralelamente o Colexio Profesional de Traballo Social de Galicia súmase a esta reivindicación, sendo varias as accións, actividades e comunicacións coa Xunta de Galicia que se realizaron nesta liña. No cumio destas accións de defensa da profesión e dende o Colexio Profesional de Traballo Social de Galicia, aprobado por unanimidade en Xunta de Goberno o 31 de maio do 2023, co consenso do grupo de traballo de educación do propio colexio e en consonancia co traballo que o Consello Xeral de Traballo Social presentase o “Decálogo do Traballo Social Educativo” como unha ferramenta de análise, visibilidade e posta en valora da profesión do Traballo Social en Educación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Allen-Meares, P. (1994). Social work services in schools: A national study of entry-level tasks. *Social Work*, 39(5), 560-565.
- Barrueco Barrueco, A. (1990). Consideraciones históricas sobre la orientación escolar. *Revista de educación*, 292, 335-350.



Jefatura del Estado (1990). 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. Boletín Oficial del Estado, 313, del 31 de diciembre de 1990.

Castro, C. e Rodríguez, E. (2016). Intervención social con adolescentes: necesidades y recursos. *Revista Trabajo Social Hoy*, 77, 7-23.

<https://doi.org.10.12960/TSH.2016.0001>

Castro Clemente, C. e Pérez Viejo, J. (2017). El trabajo social en el ámbito educativo español. Barataria. *Revista castellano-manchega de Ciencias Sociales*, 22, 215-226.

Colexio Profesional de Traballo Social de Galicia. (2016). Informe investigación: A situación das e dos profesionais do Traballo Social en Galicia. COTS Galicia.

Consejo General de Trabajo Social. (2015). El Trabajo Social en el Sistema Educativo. https://www.cgtrabajosocial.es/files/52bc5b6a6cada/EL_TRABAJO_SOCIAL_EDUCATIVO.pdf

Consejo General de Trabajo Social. (2023). Modelo do Sistema Público de Servizos Sociais que defende o traballo social. Consejo General del Trabajo Social. Nº 16.

Consejo General de Trabajo Social. (2022). Posicionamiento del Consejo General de Trabajo Social ante la figura del coordinador/a de bienestar y protección en los centros educativos.

Consellería de Educación e Ordenación Universitaria (2011). Traballo social nos equipos específicos de orientación.

<https://www.edu.xunta.gal/portal/diversidadeorientacion/411/652/654>

Constitución Española. [CE], de 29 de septiembre de 1978. Boletín Oficial del Estado, 311, de 29 de diciembre de 1987.

Corrosa N., López E. E., Monticelli, J. M. (2006). El trabajo social en el área educativa. Desafíos y perspectivas. Espacio Editorial.

Decreto 120/1998 de 23 de abril polo que se regula a orientación educativa e profesional na Comunidade Autónoma de Galicia. Diario Oficial de Galicia, 79, do 27 de abril do 1998.



- Delors, J. (Coord). (1996). La educación encierra un tesoro. Informe de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI. UNESCO.
- Díaz, M. e Marín, C. (2024). El gasto en Sanidad, Educación y protección social en las CC.AA (2015 – 2022). Fedea.
- Fernández Fernández, D. (2014). El trabajo social en la red de orientación educativa. *Revista padres y maestros*, 358, 5-7.
- Gobierno de España (2020). Informe Pobreza infantil y desigualdad educativa en España.
- Hernández Hernández M, González González A, Cívicos Juárez A e Pérez González B. (2006). Análisis de funciones del Trabajador Social en el campo educativo. *Acciones e investigaciones sociales*, 1, 453.
- IASSW e FITS. (2014). Informe a la Asamblea General de la FITS 2014 sobre la Definición Global del Trabajo Social.
https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/ifsw-cdn/assets/ifsw_83308-10.pdf
- Instituto Galego de Estatística. (2024). Banco de datos de educación. Xunta de Galicia.
<https://www.ine.es>
- Lei 13/2008, do 3 de decembro, de servizos sociais de Galicia. Diario Oficial de Galicia, 245, do 18 de decembro do 2008.
- Ley 8/2017, de 7 de abril, integral del reconocimiento del derecho a la identidad y a la expresión de género en la Comunitat Valenciana. Boletín Oficial del Estado, 112, del 11 de mayo de 2017.
- Ley Orgánica 8/2021, de protección integral de la infancia y adolescencia contra la violencia. Boletín Oficial del Estado, 134, de 05 de junio de 2021.
<https://www.boe.es/boe/dias/2021/06/05/pdfs/BOE-A-2021-9347.pdf>
- Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de educación. Boletín Oficial del Estado, 340, del 30 de diciembre de 2020.
- Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo. Boletín Oficial del Estado, 238, de 4 de octubre de 1990.



- Martínez Fernández, X. (2023). A mediación escolar na educación primaria nos CEIP da comarca de Allariz-Maceda. *Revista galega de traballo social "Fervenzas"*, 26, 176-211.
- Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes. (2024). Sistema Estatal de Indicadores de la Educación 2024. Instituto Nacional de Evaluación Educativa. https://www.libreria.educacion.gob.es/libro/sistema-estatal-de-indicadores-de-la-educacion-2024_184480/
- Miranda Aranda, M. (2012). Algunas reflexiones sobre las pioneras del Trabajo social y el papel de la educación. *AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 1. 87-96. <https://revistas.um.es/azarbe/article/view/15116>
- Montenegro Leza, S. (2021). Hacia un Trabajo Social feminista en el ámbito educativo. [Tese de doutoramento, Universidad de La Rioja]. Universidad de la Rioja.
- Orden de 9 de diciembre de 1992 por la que se regulan la estructura y funciones de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica. Boletín Oficial del Estado, 303, de 18 de diciembre de 1992.
- Orde de 24 de xullo de 1998 pola que se establece a organización e funcionamento da orientación educativa e profesional na Comunidade Autónoma de Galicia regulada polo Decreto 120/1998, Diario Oficial de Galicia, 147, do 31 de xullo de 1998.
- Ramón Pineda, M. A, Lalangui Pereira, J. H, Guachichullca Ordóñez, L. A e Espinoza Freire, E. E. (2019). Competencias específicas del profesional de trabajo social en el contexto educativo ecuatoriano. *Conrado*, 15(66), 219-229
- Real Decreto 334/1985 de ordenación da Educación Especial. Boletín Oficial del Estado, 65, de 16 de marzo de 1985.
- Roselló Nadal, E. (1998). Reflexiones sobre la intervención del trabajador social en el contexto educativo. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 6, 233-258.
- UNESCO. (2011). La UNESCO y la educación: toda persona tiene derecho a la educación. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000212715_spa
- Unión Europea. (1961). Carta Social Europea, 18 de outubro de 1961. <https://www.refworld.org/es/leg/instcons/ue/1961/es/131566>



SAÚDE MENTAL, MALESTAR SOCIAL E CAPITALISMO TARDÍO: ACHEGAS PARA O TRABALLO SOCIAL.

**SALUD MENTAL, MALESTAR SOCIAL Y CAPITALISMO TARDÍO:
APORTACIONES PARA EL TRABAJO SOCIAL**

**MENTAL HEALTH, SOCIAL DISCONTENT AND LATE CAPITALISM:
CONTRIBUTIONS FOR SOCIAL WORK**

Antía González Devesa - Traballadora Social

antiaglez46@gmail.com

RESUMO

No presente estudo, preténdese unha abordaxe de como o malestar social que produce o capitalismo tardío na poboación, con leva problemáticas de saúde mental. Tendo presente que, historicamente, tense relacionado o malestar social co sufrimento mental, xestáronse diversos estudos dende un modelo biomédico hexemónico dentro do capitalismo tardío, levando consecuentemente a unha análise individual e patoloxizadora do suxeito. Na procura de alternativas para o cambio social do sistema e cun enfoque de dereitos, apostarase por un Traballo Social Crítico e Antiopresivo. O obxectivo principal é deconstruír a loucura como construción sociohistórica, para así revelar como se construíu a historia da loucura e reconstruíla máis aló do modelo biomédico hexemónico imperante. Para conseguilo, levarase a cabo unha revisión teórico crítica documental, demostrando, como resultado, que o modelo biomédico sigue sendo preponderante, atravesando a práctica profesional.

PALABRAS CLAVE

Saúde mental, malestar social, capitalismo tardío, traballo social crítico e antiopresivo, alternativas.

RESUMEN

En el presente estudio, se aborda cómo el malestar social generado por el



capitalismo tardío en la población, conlleva problemáticas de salud mental. Considerando que, históricamente, se ha relacionado el malestar social con el sufrimiento mental, se han realizado diversos estudios desde un modelo biomédico hegemónico dentro del capitalismo tardío, lo que ha llevado a un análisis individual y patologizador del sujeto. En la búsqueda de alternativas para el cambio social del sistema y con un enfoque de derechos, se apuesta por un Trabajo Social Crítico y Antiopresivo. El objetivo principal es deconstruir la locura como construcción sociohistórica, para revelar cómo se ha construido la historia de la locura y reconstruirla más allá del modelo biomédico hegemónico imperante. Para lograrlo, se llevará a cabo una revisión teórico-crítica documental, demostrando, como resultado, que el modelo biomédico sigue siendo predominante en la práctica profesional.

PALABRAS CLAVE

Salud mental, malestar social, capitalismo tardío, trabajo social crítico y antiopresivo, alternativas.

ABSTRACT

This study aims to address how the social discontent produced by late capitalism in the population, leads to mental health issues. Considering that social discontent has historically been associated with mental suffering, several studies have been conducted from a hegemonic biomedical model within late capitalism, consequently leading to an individual analysis and pathologization of the subject. In the search for alternatives for social change within the system and with a rights-based approach, we advocate for Critical and Anti-Oppressive Social Work. The main objective is to deconstruct madness as a socio-historical construction, in order to reveal how the history of madness has been constructed and subsequently reconstruct it beyond the prevailing biomedical model. To achieve this, a theoretical and critical documentary review will be conducted, demonstrating as a result that the biomedical model continues to dominate and permeate professional practice.

KEY WORDS

Mental health, social discontent, late capitalism, critical and anti-oppressive social



work, alternatives.

1. INTRODUCCIÓN

Ao longo da historia, tense abordado a saúde mental dende distintos paradigmas, o que leva a cuestionarse como se está a tratar na actualidade. Dende a instauración das tecnoloxías do eu, co nacemento das profesións e da abordaxe na saúde mental en particular, comeza a facerse unha diferenciación entre o que se considera normal e o que non, adoptando distintas concepcións; dende a Idade Media, pasando pola modernidade, momento no que o pseudocapitalismo aproveita para expulsar a todo aquel que non comulgue co contrato social vixente na época (Fraser e Gordon, 1992).

Así mesmo, hai unha evolución do manicomial nos anos cincuenta cara a antipsiquiatría, sendo o inicio da crítica e reformas legais que darían comezo á reforma psiquiátrica, nun intento para ir en contra da manicomialización (Desviat, 2020). A reforma psiquiátrica, pola súa parte, expón un modelo comunitario que a lexislación non permitiu, polo que non conseguiu os seus desexos de desmanicomializar, e, despois da súa caída, xerouse unha sobrecarga da saúde mental e bioloxizouse. Na actualidade, continúan a apartarse aos seres improdutivos, sendo disfuncionais para o capitalismo feroz da actualidade, quen se esforza en naturalizar a cuestión social e o malestar, individualizando os problemas sociais (Fisher, 2009). A pesar de todo, deféndese que a saúde mental non pode definirse como a adaptación do individuo á sociedade, senón que se está san ou non, non é principalmente unha cuestión persoal, senón que depende da súa estrutura social (Fromm, 1964).

Tocante ao exposto anteriormente, a atención en saúde mental actual céntrase na hexemonía do modelo biomédico positivista, que separa en persoas “enfermas” e “normais”, favorecendo o estigma e deixándoas na marxe do sistema. Así mesmo, leva consigo un senso paternalista, onde as profesionais²⁰ son as responsables de actuar na solución do problema mental e as pacientes²¹ deben aceptar as actuacións, favorecendo así certas prácticas coercitivas.

²⁰ Neste documento usaremos o feminino xenérico referido as persoas.

²¹ Entendemos a terminoloxía “paciente” como persoa que recibe unha atención médica.

Consecuentemente, o paradigma tecnolóxico no que se move a atención en saúde mental de hoxe en día, dótaa dunha condición de ciencia, dificultando a súa análise crítica, a pesar de que os seus efectos negativos sexan claramente visibles (Ortiz-Lobo, 2013c). Este exercicio do poder e do control polos saberes expertos, interpela directamente as profesionais do Traballo Social, ao levalo a un paradigma de actuación funcionalista, exercendo control e burocracia.

Polo tanto, o obxecto do presente estudo céntrase na abordaxe de como o malestar social que produce o capitalismo tardío na poboación con leva problemáticas de saúde mental, motivo polo que se debe analizar en que medida a praxe dos sistemas de saúde mental teñen en conta esta manifestación como de carácter estrutural ou se esquece. Faise necesario tomar unha orientación crítica, na pescuda de alternativas que permitan o cambio social do sistema e enfocada cara unha perspectiva de dereitos, situando as persoas con enfermidade mental na mesma situación que o resto da cidadanía. Consecuentemente, é precisa a utilización de prácticas antiopresivas no Traballo Social (AOP), buscando o recoñecemento dos contextos sociopolíticos, das experiencias vividas polas persoas afectadas pola opresión e involucrándose no cambio para reformar os sistemas (Morgaine e Capous-Desyllas, 2020).

Partindo do anteriormente exposto, establécense como obxectivos; determinar a construción sociohistórica da *loucura*²² coa finalidade de ver como ten sido entendida e abordada ao longo da historia; explorar criticamente o hexemonismo da abordaxe biomédica positivista en relación co tratamento da loucura; entender como o malestar social no capitalismo/capitalismo tardío contribúe á medicalización e psicoloxización da vida cotiá; analizar, por esta razón, si este enfoque é asumido polo Traballo Social e si a súa aplicación na saúde mental sería adecuado; e propoñer, dende un Traballo Social antiopresivo e crítico, alternativas contra o modelo hexemónico actual.

Para dar resposta ao obxecto e obxectivos deste traballo, levarase a cabo unha revisión teórico crítica cunha análise documental, consistente nun procesamento analítico-sintético que pretende representar a documentación e

²² Utilizarase o termo *loucura* como forma de reapropiación da linguaxe, realizada dende os movementos críticos, para darlle visibilidade a estes suxeitos de dereito.

realizar unha análise da información para unha correcta selección e síntese das mensaxes presentes nos documentos (Dulzaides-Iglesias e Molina-Gómez, 2004).

Comézase cunha revisión histórica da loucura, onde se fai unha mención específica á antipsiquiatría e á reforma psiquiátrica, como dous fitos históricos fundamentais de cambio na mirada. Posteriormente, trátase de vincular o malestar social e o capitalismo coa saúde mental e a súa abordaxe. Continúase facendo un percorrido histórico do Traballo Social no ámbito de saúde mental, para, posteriormente, propoñer unha postura concreta antiopresiva fronte á positivista. Finalízase cunha argumentación crítica e conclusións, xunto coas reflexións finais.

2. DECONSTRUIR A LOUCURA: CAMIÑOS DISCURSIVOS ALTERNATIVOS

Neste primeiro apartado, preténdese mostrar como as concepcións e tratamentos dos problemas de saúde mental teñen mudado ao longo da historia; dende ser considerados como causas sobrenaturais, ata enfoques naturalistas baseados en teorías médicas, variando segundo a interpretación e atención ás enfermidades mentais da época.

O concepto de saúde mental é un termo en constante evolución, pois sofre variacións dependendo de factores sociais, culturais, filosóficos ou psicolóxicos; un exemplo disto é a consideración da homosexualidade e a transexualidade como un trastorno mental ata o ano 1990 pola Organización Mundial da Saúde (Brea Iglesias e Gil Rodríguez, 2016). Non existe unha conceptualización de saúde mental ou loucura sen ter en conta a sociedade; non se pode entender a saúde mental sen ter en conta o social, a situación socio-histórica e as desigualdades sociais existentes, xa que é o grupo social dominante o que determina o que é considerado normal.

Por un lado, pódese definir o concepto de saúde mental tamén dende a influencia da antipsiquiatría, movemento crítico que reformula as bases da psiquiatría, nacido entre 1955 e 1975 en Estados Unidos. A enfermidade mental pasa a ser un mecanismo social, unha tendencia da psiquiatría a patoloxizar a variedade humana e toda singularidade que se escape da norma.



Por outro lado, dende a Organización Mundial da Saúde (OMS), dáse unha definición diferente na que non se entende como a ausencia de trastornos mentais, senón que se considera a saúde mental como un estado de benestar. Deste modo, xérase unha conciencia das propias habilidades, con capacidade para afrontar as responsabilidades cotiás de forma produtiva e contribuindo na comunidade condicionado por diversos factores, como o carácter biolóxico, individual, familiar, social, económico e ambiental. Esta definición podería ser cuestionada, ao non ter en conta que as condicións do entorno onde se desenvolve o individuo, afectan ao desenvolvemento destas capacidades, facendo que as tensións normais da vida cheguen a superar a tolerancia humana.

Asemade, a mediados do século XX, durante a reforma psiquiátrica, cámbiase o termo *enfermo mental* por *trastorno mental*, entendéndose como unha alteración emocional, cognitiva e de comportamento fóra do considerado normal, seguindo os patróns establecidos pola maioría da sociedade.

2.1. Historizando a loucura

Tocante a esta cuestión, centrarase en como a loucura foi mirada dende diferentes puntos de vista ao longo da historia, pois, para facer unha boa historia da loucura, é necesario desvelar o sentido que se lle daba en cada época determinada.

Os problemas de saúde mental apareceron por primeira vez na literatura sacra occidental, establecéndose a crenza de que a tolemia era causada por deuses ou forzas naturais, chegando a realizar craneotomías para liberar os demos, causantes das enfermidades mentais (Salaverry, 2012).

Na antiga Grecia, desenvolveuse a teoría humoral, segundo a cal a saúde é o equilibrio dos catro fluídos do corpo, polo que as enfermidades mentais corresponderían ao desequilibrio do líquido cerebral. A pesar diso, mantíñase a crenza da posesión demoníaca e incluíanse as “enfermidades diviñas”, atribuídas aos deuses.

Máis adiante, durante o Imperio Romano, a enfermidade mental fai unha diferenciación entre teima ou melancolía, ata que comeza a extensión do



cristianismo, aceptando a idea da mesma como unha posesión demoníaca e os médicos cristiáns subordinaron os seus coñecementos á relixión.

Na Idade Media, continuaba a verse dende unha perspectiva cristiá, sendo tratada igual que a un pobre ou miserable da época, como obxecto de caridade, para, posteriormente, no Renacemento, pasar a ser visto como un ser respectado, incluso admirado pola súa diferenza respecto ao resto das persoas (Foucault, 1986).

Foi coa chegada da chamada Época Clásica, entre os séculos dezasete e dezoito, cando Foucault fala dun cambio de mentalidade. Comeza unha época na cal o pensamento ven baseado na razón e na produtividade, onde se chega ao encerro daqueles membros considerados como indesexables, os tolos non podían aportar, dando inicio así as institucións de saúde mental, organismos encargados de manter e aumentar o poder dos que xa o teñen e illar a aqueles que non. O illamento destas persoas, viría determinado por diferenzas baseadas na sociedade e nas crenzas do momento histórico, establecendo unha dicotomía entre estas e as consideradas normais, quen encaixaban no contrato social (Foucault, 1964). Tendo en conta isto, demóstrase a incerteza de que o internamento estivese destinado exclusivamente para o tratamento da loucura, pois segregouse do mundo moderno a todas as persoas manifestadas como asociais.

Ata os anos cincuenta do século pasado, hai un predominio da psicanálise; posteriormente, coa chegada da clorpromazina, xurdiu o paradigma biolóxico, quen non acadou a hexemonía (García-Valdecasas Campelo et al., 2016). A parte diso, a finais dos sesenta e dos setenta, comeza un rexeitamento xeral, por parte dun amplo grupo de psiquiatras e psicólogos, da psiquiatría médica hexemónica. Como expón Markez (2017), foi neste momento cando a Antipsiquiatría comeza a cuestionar se a Psiquiatría é esencialmente represiva e baseada nunha ideoloxía médica errónea. Este feito supón un ataque frontal contra o status quo psiquiátrico e unha reformulación radical da loucura como condición humana, asentándose nunha negación da institución psiquiátrica como instrumento de opresión e control social. En resumo, realiza unha crítica da atención en saúde mental, sobre todo do seu proceder médico, chegando a proclamar a inexistencia da enfermidade mental (Desviat, 2020).

2.2. A propósito da reforma psiquiátrica

Non será, ata despois da Segunda Guerra Mundial, que se tome consciencia sobre a situación na que vivían as pacientes ingresadas nos hospitais psiquiátricos e a ineficacia terapéutica destas institucións, facéndose urxente unha reformulación da atención ao sufrimento psíquico.

En España, iniciouse a reforma psiquiátrica durante a Transición, co comezo da democracia, levando consigo a dificultade da escasa vontade política dos gobernos e a sedución pola privatización da sanidade dende a década dos noventa. Esta desinstitucionalización que busca a reforma psiquiátrica, require dun modelo centrado na comunidade, coa necesaria pescuda de procedementos máis eficaces para o tratamento da cronicidade, involucrando para tal fin ao sistema sanitario e as atencións sociais (Desviat, 2010).

Moitas das pescudas da reforma psiquiátrica, víronse obstaculizadas pola aparición de novos crónicos e a persistencia de vellas deficiencias, incluíndo recursos económicos, asistenciais e comunitarios, xunto coa falta de acordo ideolóxico, non existindo un consenso entre quen debían desenvolver as funcións (Salazar, 2000).

Posteriormente, entre os anos oitenta e noventa, comeza a facerse predominante o paradigma biolóxico, coincidindo coa publicación do DSM-III e o DSM-III-R, xunto coa aparición dos psicofármacos (García-Valdecasas Campelo et al., 2016). Estes avances psiquiátricos, os cales prometían uns psicofármacos que garantían a efectividade terapéutica con menos efectos secundarios e unhas técnicas de neuroimaxe que confirmaban a etiología cerebral do trastorno psíquico, foron política e economicamente apoiados nos anos noventa, a coñecida como década do cerebro.

Finalmente, nas últimas décadas, coa expansión do modelo biomédico, a profesional é considerada a experta que conduce a práctica clínica e a paciente debe de “deixarse facer” para que se mellore do seu sufrimento psíquico, responsabilizándose do malestar provocado pola nova orde económica e catástrofe social na que se está a vivir, consecuencia das políticas neoliberais. Neste contexto, individualízase o malestar persoal, como unha forma de linguaxe a través da cal, as causantes reais dos seus malestar, quedan impunes e

carentes de responsabilidade (Ortiz Lobo, 2017).

Pola súa parte, Allen Frances (2014), quen foi director do comité diagnóstico da American Psychiatric Association (APA) en 1987 e director do Manual diagnóstico DSM-IV, mostrou unha gran preocupación respecto á publicación coa chegada do novo milenio do DSM-V. Este autor encamiñouse nunha tarefa de advertencia dos riscos deste manual, podendo chegar a diagnosticar a persoas sans, promovendo o uso inadecuado da medicación, levando á diagnose psiquiátrica polo camiño equivocado, creando falsas epidemias e favorecendo o abuso de medicación. Na súa opinión, o camiño correcto do DSM-V debería ter pasado pola limitación de diagnósticos, non por unha ampliación dos mesmos, o que provoca un aumento de tratamentos.

Este feito, axudou a que se producise unha patoloxización e medicalización dos problemas de saúde mental, etiquetando dende o momento en que o problema se diagnostica como enfermidade e xustificando así a asignación dun fármaco. Estase nun momento no que se trata a persoas sans, coas consecuencias negativas relacionadas, como as referidas a producir diagnósticos categoriais, a iatroxenia do tratamento farmacolóxico ou psicolóxico... (Markez, 2017). Ademais, a construción do coñecemento psiquiátrico non pode ser máis excluínnte. A pesar da súa aspiración universal, tense como referencia un varón, branco e occidental e faise uso dun método científico que non é neutral. Isto débese a que, quen fan a ciencia, tamén son persoas, con intereses variados, prexuízos e relacións de poder, non tendo en conta que o cerebro tamén pode enfermar por motivos exógenos e que os medicamentos poden ter efectos non desexados (Madera Minondo, 2022).

Hoxe en día, estase a recibir nos servizos de atención á saúde mental, numerosas demandas relacionadas con problemas da vida cotiá, sentimentos desagradables relacionados cos avatares da propia existencia ou cunha situación vital estresante. Estas respostas emocionais cualificadas como negativas, son adaptables e proporcionais, polo cal, non son patolóxicas. Tratar con fármacos ou con psicoterapia a persoas que están completamente sans, supón expoñelas a danos, levando a unha medicalización, coa consecuente psiquiatrización e psicoloxización da normalidade (Ortiz-Lobo, 2013a).



Segundo Kuhn (1975, como se cita en García-Valdecasas Campelo et al., 2016), a ciencia pasa por distintas fases. Comeza cunha fase de ciencia inmatura, onde varias tendencias ou escolas coexisten ata que unha se impón sobre as demais. Despois de establecerse un paradigma, segue un período de ciencia normal, caracterizado polo progreso na investigación. Eventualmente, chégase a un punto no que os problemas insolubles comezan a acumularse, levando a unha crise na que tende a ser substituído por un novo, coñecido como o período de ciencia revolucionaria. Nesta fase, prodúcese unha loita entre paradigmas, baseada na persuasión, popularidade ou capacidade de progreso e resolución de conflitos, podendo mesmo depender da capacidade para proporcionar financiamento ou prestixio. Despois da selección, a ciencia volve a normalidade, iniciando un período de resolución.

Partindo do modelo de ciencia de Thomas Kuhn, a situación actual da abordaxe en saúde mental, podería ser unha crise que desemboque nun novo paradigma, convivindo actualmente varios deles como contraposición ao hexemónico, pois leva un tempo estancado no seu progreso e os problemas comezan a acumularse.

3. MALESTAR SOCIAL E CAPITALISMO: CONFRONTANDO A INCERTIDUME

Neste seguinte apartado, preténdese concretar como o malestar social está atravesado polo capitalismo e como afecta á atención en saúde mental, nunha sociedade moderna onde as persoas son dependentes do coñecemento científico e adictas a organizar a súa vida persoal e social en base á opinión dos expertos (Oosterhuis, 2018).

Sen pretender realizar unha análise histórica, comézase a relatar dende a sociedade na era moderna, onde quedaba fora da cidadanía todo o que non era considerado normal, incluído a loucura. Para comezar, na base de toda a sociedade civil moderna, atópase o concepto de cidadanía, o que supuña a capacidade de realizar pactos de calquera clase libremente (Fraser e Gordon, 1992). Foi a metáfora creada a partir dese contrato, o que supuxo cambiar o arrendamento do traballo cara o asalariado, un intercambio contractual da forza de traballo por salarios, supostamente libre e igual. A hexemonía do contrato deu

lugar a unha concepción moderna da caridade como alternativa complementaria do mesmo, sendo un contrato, por exemplo, o seguro por accidentes de traballo e caridade as pensións de viuvez.

Máis adiante, en palabras de Fromm (1964), o concepto de saúde mental pasa a depender da propia percepción da natureza humana. As necesidades e paixóns xorden das condicións particulares do seu ser, sen esquecer que as que comparten cos animais son importantes, pero a súa plena satisfacción aínda non é condición suficiente para a saúde física e o equilibrio mental. O interesante deste concepto é que pode entenderse como un concepto aberto á evolución, porque non se sabe se os humanos desenvolverán un novo tipo de necesidade básica durante a evolución e se esas necesidades, formuladas por Fromm, existirán sempre. Dende un punto de vista psicolóxico, a solución das necesidades biolóxicas é simple, as dificultades atópanse nas sociolóxicas e económicas. A solución do home das súas necesidades humanas, é extraordinariamente complexa, depende de moitos factores, de como está organizada a súa sociedade e de como determina as relacións entre as persoas que viven nela (Ubilla, 2009).

A modo de tránsito entre a modernidade e o capitalismo, xa Foucault comezara a percibir en 1974, coa crise de 1973, a aparición do neoliberalismo, quen se encargaría de lexitimar a desigualdade, ao considerar que as sociedades contan con mobilidade social. Así, o neoliberalismo, en lugar de ver o mercado como algo natural, enténdeo como algo a producir e manter mediante accións xurídicas e políticas (Salinas Araya, 2020).

A continuación, durante o capitalismo tardío, exacerbase o individualismo e a desintegración do vínculo social, ao estar as bases na economía e nunha visión conservadora da sociedade. Acentúase o concepto do individuo desvinculado da participación política ao igual que todos os cidadáns, como xa sucedía na idade moderna. Segundo Fisher (2009), hai un termo que se podería aplicar á situación actual, xa utilizado con anterioridade ao tempo actual, o realismo capitalista; enténdese como algo que condiciona a todo no seu conxunto, á produción cultural, á regulación do traballo e á educación, conformando unha atmosfera xeral. Nas últimas tres décadas, ten introducido unha ontoloxía comercial na cal toda a sociedade pasa a funcionar como un

negocio, afectando tanto a atención médica como a educación.

Este presente precario, culpable da inseguridade, causado polas fragmentación sociais e económicas do neoliberalismo, leva a unha sensación de desapego da poboación, ante o malestar que xera a precariedade das condicións de vida e de traballo. Ante todo isto, o campo da saúde mental vese desafiado polo crecente problema do estrés e a ansiedade na sociedade actual. Isto evidencia que o capitalismo, en lugar de ser o único sistema social que opera de maneira eficiente, é intrinsecamente disfuncional, e págase un alto prezo para manter a ilusión do seu funcionamento.

Actualmente, este malestar xerado pola insatisfacción das necesidades humanas, vese exacerbado polos procesos de modernización, é dicir, por este complexo tecido de experiencias individuais e colectivas que perpetúa, como correlato, outras expresións de violencia que resultan deste fronte á exclusión e á desigualdade social (Herrera Bautista e Rodríguez Rodríguez, 2014). Éntrase na era de auto construción do eu, sendo as únicas responsables de nós mesmas, nun mundo de capitalismo feroz. Profúndase a crenza de que non se poden afrontar os altibaixos da vida sen axuda das persoas expertas, o que converte a cada individuo nunha actitude pasiva fronte o sufrimento (Talarn et al., 2011).

Como se ten mencionado con anterioridade, non é novo o sentimento de que o malestar social ten aumentado a nivel mundial, afectando ao tecido social e desgastando os lazos sociais (Bhargava e Gupta, 2020). Debido á falta de investigación do seu impacto psicosocial sobre a poboación, é o momento de que se comece a ter en conta o contexto socio político, para así dar lugar a intervencións a nivel preventivo e rehabilitador do individuo. Dado que a psiquiatría utiliza como obxecto de estudo a conducta, emocións e pensamentos humanos, pódese argumentar que a psicopatoloxía carece do carácter obxectivo e científico da metodoloxía das ciencias naturais. Esta falta de obxectividade científica reflíctese en como, en tempos de crise económica e política, a atención psiquiátrica e psicolóxica se converte nun dispositivo de control do malestar, desviando a orixe social a aspectos individuais. Reflexa unha perspectiva capitalista que prioriza as ganancias sobre todo o demais, óptica que as compañías farmacéuticas aproveitan ao promover enfermidades que non son patoloxías reais, levando a un exceso de diagnósticos e medicalización (García-



Valdecasas Campelo e Vispe Astola, 2017).

Desta forma, os problemas colectivos de malestar pasan a ser un problema de saúde mental, un conflito privado, ocúltanse os problemas sociais tras os sufrimentos persoais para que non se detecte aos responsables reais. Isto leva a un sobre diagnóstico, un erro de prognóstico, adquirindo a mesma evolución que outras entidades de similar diagnóstico, sendo malestares non patolóxicos. O dano que xera o sobre diagnóstico débese as consecuencias que leva consigo a etiqueta, tanto no ámbito clínico, como no persoal e social. Tendo en conta que diagnosticar da certa reputación ás profesionais como mostra de erudición, hai que recordarlles que só sucede cando da lugar a máis beneficios que danos na paciente (Gervás e Pérez Fernández, 2014). O dano que poden causar as clasificacións DSM/CIE, provén do seu deseño taxonómico que tende a etiquetar e desvincular da normalidade, do modelo médico no que se basean e da súa hexemonía, o que fai que prevalezan outras visións en culturas non occidentais, defendendo a posición universalista (Ortiz-Lobo, 2013b).

De acordo con este punto de vista, o que pode diferir dunha cultura a outra é o limiar no que os síntomas da enfermidade ou o comportamento se consideran normais ou patolóxicos. O problema é que, esta clasificación ideolóxica colonialista, require dunha nova forma de entender os problemas mentais e o seu tratamento, pero non serve para pacientes de culturas non dominantes. Nun clima social no que o que se proclama é a felicidade como ben de consumo e como dereito, téntase eliminar o sufrimento, por adaptativo que sexa, exercendo unha nova forma de control social (Ortiz-Lobo, 2013a).

Non se pode esquecer facer mención á pandemia da covid-19, relevante como proceso histórico por ser unha forma de encerro nunca vista nas últimas décadas, tendo unha serie de efectos na saúde mental e en malestares diversos, pasando do individual ao social e colectivo (García, 2021). Non é certo que, nestas circunstancias, os gobernos tiveran de prioridade a saúde fronte a economía, senón que se tomaron medidas sen pensar nas consecuencias emocionais, afectivas ou mentais que podían ter. Deuse prioridade ao acudir ao teu posto de traballo e o moverse en transporte público, expoñéndote ao contaxio, fronte a momentos de pracer, como poden ser dar un paseo ou compartir tempo cos teus seres queridos. Estes malestares, que poderían mellor

cualificarse como traumas colectivos, pasa a ser palpable de forma física ou psíquica, non debería ser tratado soamente por profesionais da medicina ou de saúde mental, non se debería individualizar e interiorizar (Desviat, 2021).

4. TRABALLO SOCIAL EN SAÚDE MENTAL

Partindo do modelo hexemónico bioloxicista imperante nas profesións de atención en saúde mental, non é de estrañar que o traballador social acabe supeditado a un rol funcionalista, de control social e de poder, dende a presunción dunha posición de saber experto. Para poder dar unha visión máis completa do que se considera que debería ser o Traballo Social, vaise realizar unha introdución de como se entendeu a figura do traballador social ao longo da historia, centrada na atención á saúde mental, e como debería ser levada a cabo a súa función a partir de argumentación crítica.

O Traballo Social é unha profesión baseada na práctica e unha disciplina académica que busca o cambio e o desenvolvemento social, a cohesión social e o empoderamento e a liberación das persoas (Stone et al., 2021). Actualmente, queda supeditado á protección dos máis vulnerables, en nome dun ben común, en busca do benestar individual, construído como responsabilidade pública. Así, dásele un papel de control, disciplina e corrección, co obxectivo de producir cambios nos suxeitos e nas situacións sociais, para a consecución final da inclusión social. Esquécense, nalgunhas ocasións, tanto aspectos do macrosocial como os que afectan ao máis individual, caendo no modelo médico, buscando “un recurso-medicina para cada necesidade-enfermidade” (Molleda Fernández, 2007, p.149). Para non quedar condenadas a unha labor de administrativas, de simples xestoras de recursos, e poder facer unha atención social real, tense que elaborar primeiro unha teoría da práctica, construír un saber rico e vivo que permita situarse máis aló das funcións profesionais asignadas.

A práctica do Traballo Social, comezou como auxiliar da psiquiatría social, entre o asistencialísimo e as reivindicación emancipadoras, entre a axuda á persoa pobre e o activismo, fronte a condicións estruturais que posibilitan a marxinação e a pobreza (Desviat, 2020). Foi en América Latina, e en concreto en Brasil, onde o Traballo Social toma certa relevancia, considerado cunha



entidade conceptual e técnica propia que propicia a reflexión teórica na interdisciplinaridade, non sendo subordinado á psiquiatría nin á psicoloxía, cun enfoque diverso e amplo.

A nivel de profesión, o Traballo Social en saúde mental é pouco coñecido, sendo entendido como aquel que actúa dentro dos servizos de saúde mental, para atender aos aspectos sociais e complementar ás profesionais da saúde implicadas. Todo comeza coa inclusión das traballadoras sociais nos hospitais psiquiátricos, co obxectivo de dar unha visión social aos trastornos mentais, por iniciativa de Adolph Meyer a partir de 1904, quen defendía a necesidade de incluír actuacións sociais nos tratamentos das pacientes (Garcés Trullenque, 2010). Mare Potter Brook foi considerada a primeira traballadora social psiquiátrica, foi a creadora dun programa que vinculaba a psiquiatría co traballo en comunidade, visitando ás pacientes nos seus domicilios, para así dar continuidade ao tratamento, e recollendo información sobre a súa situación social. O propio Meyer (1922, como se citou en Desviat, 2020) afirmou que axudaba a situar o problema nun marco social máis amplo, entendendo a orixe da enfermidade coa familia e coa comunidade.

En Barcelona, o Dr. Sarró creou a terceira Escola de Traballo Social de España en 1953, dependente do Departamento de Psiquiatría do Hospital Clínico, con influencia da psiquiatría social e saberes laborais das traballadoras sociais psiquiátricos nos centros de saúde mental. Foi nesta escola, onde disciplinas como a psiquiatría e a psicoloxía dinámica se incorporaron por primeira vez ao currículo profesional do Traballo Social.

Primeiramente, a asistencia psiquiátrica estaba controlada polas Deputacións Provinciais, excluída da Seguridade Social. Foi a mediados da década dos setenta, cando se inicia en Europa o movemento da reforma psiquiátrica, coa apertura de hospitais psiquiátricos, externalización das persoas ingresadas e inserción e tratamento na comunidade. A pesar diso, estes anos caracterizáronse pola precariedade de recursos sociais, cunha escasa rede de beneficencia e asistencia social, estando a asistencia psiquiátrica excluída como prestación sanitaria da seguridade social. Este feito, xunto coa pouca asistencia por parte dos servizos sanitarios das deputacións provinciais, reducía ao sistema psiquiátrico á organización manicomial.

A continuación, na década dos oitenta, comeza un forte cambio na concepción da persoa enferma mental, considerándoo unha persoa con dereitos e obrigas que precisan dunha intervención técnica, psicolóxica e social. Coa aprobación da Lei Xeral de Sanidade, comeza a integración da asistencia psiquiátrica no sistema sanitario xeral, sendo o punto de partida e o marco que permite o desenvolvemento da atención á saúde mental nas últimas décadas. Simultaneamente, comeza a ligarse o papel do Traballo Social coa misión de normalizar á paciente no seu ámbito social.

Por último, na década dos noventa, prodúcese unha sobrecarga de poboación con enfermidades mentais no ámbito sanitario-psiquiátrico. Estas centrábanse en problemáticas psicosociais, discapacidades e déficits na autonomía, froito de situacións de desvantaxe social como a pobreza, falta de emprego, illamento social..., coa consecuenta sobrecarga nas familias e xerando tensións. Todo isto, fai relevante a actuacións das traballadoras sociais para atender as dificultades psicosociais e necesidades sociais que rodean á problemática psiquiátrica, buscando unha rehabilitación e integración social normalizada na comunidade.

Polo tanto, actualmente, o Traballo Social consiste nunha valoración da relación entre a experiencia biolóxica, psicolóxica e social do individuo, facendo de guía para a intervención clínica (Garcés Trullenque, 2010). Noutras palabras, a actuación da traballadora social implica, en maior ou menor medida, encontro, diálogo e cambio a través do sistema de protección social, é dicir, institucións, políticas, plans e programas que teñan algunha expresión na singularidade de cada situación.

Por outra banda, os cambios ocorridos neste país e rexión na última década, dan mostras de diversos intentos de construción de alternativas, dende a nova presenza do Estado na sociedade e a intervención na economía, ata a creación dunha economía nacional. Neste contexto de cambios, as novas políticas sociais e de saúde, remiten a paradigmas que se enfocan na protección dos dereitos humanos e a inclusión social (Carballeda, 2012). A traballadora social realiza a súa labor profesional dende un rol terapéutico, con actuacións dende o nivel individual ao grupal, co obxectivo de promover a convivencia, fomentando hábitos e habilidades no fogar, fortalecendo a relación das pacientes



coa súa contorna social e, ademais, sempre se considera importante a posibilidade de promover a autonomía persoal (Gómez Parada, 2017).

A nivel xeral, a práctica da traballadora social na saúde mental céntrase na aplicación e apoio a enfoques do modelo médico psiquiátrico, nunha metanarrativa do Manual Diagnóstico Estatístico (Johnstone, 2021). En correlación co anterior, as restricións neoliberais da eficiencia fiscal e de rendición de contas, levan aos servizos de saúde mental a estar máis orientados a tarefas e enfocar as actuacións na resolución de problemas e na pescuda de solucións inmediatas, en lugar de xerar un entorno terapéutico de relación e escoita da experiencia do “cliente” e comprensión do problema. Esta persoal definición patolóxica do problema, axuda a despolitizar as causas sociais e nega a influencia de factores estruturais, favorecendo así que, a psiquiatría como institución, remate intimamente relacionada co mantemento do control social (Morley, 2015).

En relación co exposto, a pesar da concepción do Traballo Social que se ten como antiopresivo, fronte a exclusións como o racismo, o heterosexismo e o capacitismo, tense que parar a pensar noutro tipo de discriminación máis relacionada co que se está a falar, o *sanism*²³. Este tipo de opresión, perpetúa as concepcións médicas e a linguaxe sobre a saúde mental, minimizando á súa vez o abuso xeneralizado dos dereitos e a opresión experimentada polas persoas que sofren de estigma²⁴ por algunha problemática de saúde mental. Seguindo a Healy (2005, como se citou en Poole et al., 2019), as prácticas antiopresivas son un novo engadido do Traballo Social Crítico, consistente na consideración das múltiples formas de opresión, nadas de relacións de poder desiguais, sendo imprescindible a interseccionalidade, para ter en consideración o conxunto de opresións.

A literatura crítica do Traballo Social sobre saúde mental, esixe que as traballadoras sociais asuman activamente a responsabilidade de deconstruír como opera o discurso médico para manter a orde social e ocultar as relacións

²³ Non existe unha tradución directa para este termo inglés.

²⁴ A pesar de non ser obxecto deste traballo, consideramos necesaria a definición deste concepto como unha forma de opresión, ao ser este entendido como un atributo ou característica negativa dun grupo social calquera, considerado polo grupo social dominante como desacreditador (Brea Iglesias e Gil Rodríguez, 2016).



de poder desiguais. Dende unha perspectiva crítica do Traballo Social, existe unha clara necesidade de desafiar estes procesos cando se traballa con persoas de servizos individuais, grupos e comunidades.

5. ALTERNATIVAS DENDE UN TRABALLO SOCIAL ANTIOPRESIVO

Neste apartado, preténdese xustificar a necesidade dun cambio de paradigma a nivel profesional e dentro da axenda pública, para poder atender á situación sociohistórica actual dende unha perspectiva de dereitos humanos. Farase uso de postulados antiopresivos e referenciaranse experiencias que amosan a pertinencia deste cambio de paradigma.

O Traballo Social clínico asociouse, orixinalmente, co modelo médico, co diagnóstico das necesidades individuais e familiares, e as súas intervencións tradicionais sumíronse nunha nova revictimización e exclusión, debido á opresión estrutural que priva de dereitos a quen carece do poder, culpando as persoas dos seus problemas sociais (Grandón, 2018). No contexto global destas últimas décadas, coa complexidade en aumento dos problemas sociais e onde o sufrimento mental dos países de capitalismo avanzado ven mediatizado pola subxectividade do neoliberalismo e a fragmentación do suxeito, vólvese necesario pensar na saúde mental de forma colectiva e entendela como un dereito fundamental (Serrano-Miguel, 2022).

Prácticas como a supervisión xerárquica, as sancións normalizadas e os exames, xeran formas de poder explícitas e implícitas nas disciplinas. En España, a burocratización das actuacións sociais xeneralizouse dende a década dos oitenta, dando lugar a unha sobreinstrumentalización e intervencións paternalistas, debido a predominancia de funcións de xestión sobre as de axuda. A burocratización, foi identificada como unha das principais causas das relacións de poder entre as traballadoras sociais e as persoas, xa que as profesionais forman parte da administración burocrática, afectando tanto á autonomía das profesionais, como limitando o empoderamento das persoas. É determinante, recoñecer e evitar o abuso de poder no Traballo Social, sendo necesario partir dunha formación ética para sensibilizar ás profesionais ante a violencia e o abuso de poder, fomentando unha actitude perpetuamente crítica e autocrítica (Idareta Goldaracena, 2017).



5.1. Fomentando a comunidade e a participación como chaves para a transformación social

Neste complexo armazón social, onde a colaboración e a axuda mutua se converten en estratexias fundamentais para o sostemento da vida, as profesionais do Traballo Social poden ser actores chave para activar redes solidarias e acompañar ás pacientes no seu proceso de recuperación persoal e social. Así mesmo, tense alertado dos problemas que pode xerar o despregamento do modelo médico de forma acrítica por parte das traballadoras sociais, xerando un proceso lineal de actuación de identificación de síntomas clínicos, que levan a un diagnóstico, co seu correspondente tratamento, axuda ou intervención.

Como contraposición, xorde o modelo de recuperación, buscando un cambio filosófico e conceptual, cambiando o foco de atención da enfermidade ás fortalezas e capacidades. Para que este cambio sexa efectivo, recoñecendo a experiencia das persoas como únicas coñecedoras da súa situación, as traballadoras sociais deben levar a cabo unha práctica que favoreza a inclusión da diversidade na sociedade, mediante redes relacionais, e o traballo comunitario, mediante a supresión de estigmas e desigualdades (Cazorla Palomo e Parra Ramajo, 2017). O Traballo Social, ten a responsabilidade de recoñecer os saberes e as vivencias das experiencias silenciadas pola diversidade, para que a práctica da disciplina se converta nunha plataforma que facilite a creación de novas institucións simbólicas e formais, ampliando o diálogo con novos actores.

Para evitar repetir as dinámicas de opresión e discriminación, é necesario reflexionar sobre as posicións e rumbos das traballadoras sociais, podendo así introducir prácticas antiopresivas que busquen reducir as desigualdades estruturais e promover o empoderamento das persoas. Facelo require, non só dunha reflexión crítica, senón tamén dunha comprensión do impacto da exclusión en diferentes niveis (Grandón, 2018). Neste sentido, a práctica antiopresiva, asume o empoderamento como unha estratexia para equilibrar os diferenciais de poder, considerando ás persoas como axentes sociais activas capaces de xerar cambios dende enfoques de recursos, asumindo que é unha experta sobre a súa vida, familia e antecedentes.



A profesional de saúde mental, debe xerar redes de solidariedade e reforzar vínculos sociais, debe velar pola construción dun lazo social que cuestione o poder e o saber, buscando unha igualdade, sen impoñer o saber duns sobre os outros, xuntando forzas, non só con outras profesionais, senón tamén coa comunidade e coa cidadanía (Amico, 2004). A profesional que fai uso dunha práctica antiopresiva, consegue obter unha mirada reflexiva e empática, favorecendo o concepto da persoa como suxeito activo e axente de cambio persoal, máis aló da tradicional percepción da paciente cun rol pasivo e do saber experto como o encargado de solucionar os seus problemas.

Neste mundo globalizado e dependente da economía do mercado, vólvese crucial a utilización dun Traballo Social crítico e antiopresivo, pois é necesaria unha reflexión crítica para que as traballadoras sociais comprendan como, as estruturas sociais, perpetúan a opresión. Para iso, esta reflexión ten que ser interseccional, a través de distintas categorías, para así centrar as relacións de poder e ser capaces de abordar a opresión nas súas múltiples dimensións (Mattson, 2014). Nesta dirección, débense obter alternativas que fomenten o exercicio dos dereitos que lles corresponden, mediante un compromiso e participación máis activa na súa defensa. Tamén é relevante o despregue de novos abordaxes terapéuticos, xerando dispositivos e espazos de enunciación, para rescatar a subxectividade das persoas, coa participación no centro do cambio (Amico, 2004).

5.2. Visibilizando experiencias contrahexemónicas

Partindo da análise realizada no anterior apartado, continúaase reflexionando sobre o Traballo Social antiopresivo mediante experiencias xa existentes. Radio Nikosia²⁵, é un exemplo dunha iniciativa que cumpre cos requisitos dun Traballo Social antiopresivo, ao empoderar ás persoas, desafiar a estigmatización e promover a inclusión e a participación activa. Ademais, aborda as desigualdades e inxustizas sociais, traballando para a eliminación da opresión en todas as súas formas. Configúrase nun espazo de contrapoder, para a loita por un lugar social activo, cuestionando a atención do sufrimento psíquico dende a hexemonía do paradigma biomédico. Busca facer visibles e audibles a aqueles que foron

²⁵Para máis información: <https://radionikosia.org/es/>



historicamente oprimidos e excluídos, promovendo a igualdade de oportunidades e loitando por un cambio social positivo. A súa principal tarefa é a recuperación da palabra das persoas ingresadas, revalorizando o seu discurso e utilizando os medios de comunicación para establecer un diálogo social coa comunidade.

No campo da saúde mental, as emisoras e os programas de radio teñen sido en España o principal altofalante das persoas psiquiatrizadas durante a última década, sendo un espazo onde defender un lugar social activo e cuestionar a unidimensionalidade do paradigma biomédico na abordaxe do sufrimento psíquico. Radio Nikosia, foi pioneira neste sentido, estando ligada a un movemento maior coñecido como Movemento Tolo (Correa-Urquiza, 2023). Xurdiu inspirada na Colifata, emisora realizada por pacientes psiquiátricas dende o Hospital José T. Borda en Buenos Aires, Arxentina. Tiña como obxectivo levar a cabo unha labor terapéutica de restauración da rede social e de valoración discurso individual das persoas internas, chegando a ser vista pola sociedade e polo sistema sanitario como unha ferramenta de concienciación e sensibilización cidadán.

Radio Nikosia forma parte tamén da Asociación Sociocultural Radio Nikosia, unha entidade creada co obxectivo de crear un marco institucional e administrativo da experiencia, cunha Xunta Directiva formada integramente por membros redactoras e co apoio dun grupo de antropólogas, psicólogas e periodistas que forman parte á súa vez do equipo de traballo. Preséntase como unha reelaboración teórica de La Colifata, adaptando a experiencia a un contexto sociocultural diferente.

Esta experiencia, ten unha clara converxencia cun Traballo Social crítico e antiopresivo, pois, mirando directamente aos seus obxectivos, busca xerar espazos seguros onde poder levar a cabo procesos de resubxectivización, cuestionando a estrutura e prácticas opresivas do sistema de saúde e promovendo a participación activa na toma de decisións sobre a propia vida (Radio Nikosia, s.d.). Relacionado co anterior, contribúe á de-construción do estigma, desafiando as categorías diagnósticas fronte á patoloxización das persoas, cuestionando os marcos biomédicos dominantes e propiciando relacións intersubxectivas baseadas na igualdades e no respecto. Para



conseguir estas cuestións, xera espazos de reflexión e consciencia política, para realizar unha análise das estruturas de poder sobre as persoas cuxo sufrimento ten sido medicalizado e considerado disfuncional para a comunidade en conxunto. Co obxectivo de chegar a desafiar as narrativas dominantes, intervénse nos medios e na comunicación social, coordínanse espazos culturais e sociais e deséñanse e impártense formacións e seminarios, aollendo tamén a estudantes en itinerario de prácticas, co fin último de democratizar o coñecemento, dende espazos abertos á comunidade e fomentando a participación activa desta.

Para as súas integrantes, Radio Nikosia é unha oportunidade para intervir socialmente a través dun medio de comunicación, no intento de deconstruír a súa situación de exclusión, promove nas participantes unha certa politización do sufrimento ao evidenciar os determinantes sociais e desligándoo da exclusividade diagnóstica, habilitando espazos onde poder ser pensadas e escoitadas máis alá dunha exclusividade de categorías médicas. Configúrase nun contexto no que teñen cabida os saberes profanos, un dispositivo de diálogo social e cuestionamento das etiquetas en tanto homicidas das identidades. Se o estigma está nos diagnósticos (Colina, 2020 como se citou en Correa-Urquiza, 2023), a revolución nace na xeración de novos contextos para a reapropiación do relato da loucura, con novas formas de nomear e pensar os sufrimentos, cuestionando a medicina hexemónica coa súa sobremedicación, terapias electroconvulsivas, silenciamento e contencións mecánicas.

6. ARGUMENTACIÓN CRÍTICA

A modo de peche deste traballo, pódese afirmar que existe unha preeminencia do discurso médico como superior a outras disciplinas, tanto no traballo en equipo como en supostos de interdisciplinariedade, facendo que a traballadora social acabe tendendo a facerse cargo de solucionar problemas que afectan ao programa terapéutico, provocando que o social quede reducido a un obxecto de intervención da profesión e normalizando os problemas sociais (López et al., 2012). Un dos desafíos que se presentan, está vinculado coa efectución de garantías ou de recoñecemento dos dereitos das persoas.

Na actualidade, téndese a unha estratexia de normalización, baseada na

xestión de corpos, incluso atribuíndo a dificultades cotiás na inserción social dos individuos a etiqueta de discapacidade mental, motivo polo que é necesario recordar que, as traballadoras sociais nos servizos de saúde mental, non se ocupan da enfermidade mental, senón de persoas que teñen ou experimentaron unha enfermidade mental. Neste sentido ético-político, hai que ter en conta que, defender os dereitos humanos e respectar ás persoas, está lonxe de adaptarse aos servizos que prestan as institucións. Non se pode deixar de visibilizar que, no ámbito da saúde mental, son identificables múltiples desigualdades, as cales se representan en procesos de asimetría, comezando pola hexemonía do modelo médico hexemónico, cuxo trazo estrutural dominante é o bioloxicismo (Acosta e Heras Monner Sans, 2015).

Como características desta asimilación dos individuos como organismos vivos, refórzase unha concepción do modelo médico bioloxicista como natural, como libre de variación histórica. Algunhas das súas características principais son o individualismo, a eficacia pragmática, a relación médico paciente onde a paciente se considera subordinada..., xerando unha sensación de que o saber experto é o único depositario do saber en saúde. Dentro do seu recoñecemento social como expertas, xustifícase a coerción, sendo mecanismos de exercicio do poder e do control social, mediante ingresos involuntarios, suxeicións mecánicas, uso forzado de medicación..., prácticas naturalizadas pola súa frecuencia na asistencia, destruindo a relación terapéutica e aumentando a perda de poder e de autoestima da persoa con sufrimento psíquico (Beviá e Girón, 2017).

Por outra parte, tamén se fai uso do estigma, exclusión e poder interpersoal conseguindo, mentres se trata de xustificar as prácticas coercitivas, ocultar as realidades sociais que conforman a orixe dos problemas de saúde mental, para que sexa aceptado o uso da coerción é necesario primeiro deshumanizar á persoa co etiquetado. Así mesmo, o saber experto trata de facer uso das taxonomías, agochando así as prácticas realizadas sobre o tecido social, chegando a ter a concepción de saber social, con presenza inclusive fóra dos propios ámbitos institucionais do biomédico. Os suxeitos deixan de ser persoas e pasan a ser considerados en termos de enfermidade total (Correa-Urquiza, 2018).

A Organización Mundial da Saúde (OMS), define en 1948 a saúde como

o estado de completo benestar físico, mental e social, tendo lugar unha abordaxe tanto biolóxica como psíquica e social (Juesas Celorio et al., 2020). O Modelo Biomédico imperante, queda afastado desta concepción de saúde anteriormente mencionada, sendo máis próximo o modelo Biopsicosocial, que leva a un tratamento ou recuperación que ten en conta todas estas variables. Pero, a pesar do que se poida pensar, este modelo queda baleiro de contido, pois está centrado na mera reunión das tres vertentes, sen aludir a unha forma de praxes, sendo compatible cunha práctica dende un modelo opresivo e positivista na realidade. Este modelo pode expoñer unha mirada integral, pero a pregunta é, dende onde?

Máis aló da necesidade técnica de aprender unha mirada máis plural, biopsicosocial e política no Traballo Social Sanitario, se non se é quen de dar resposta ao sufrimento psíquico sen facer uso da coerción, a persoa estará sola e desamparada fronte as dificultades e non se dará a oportunidade de acompañala no proceso (Beviá e Girón, 2017). Unha posible saída e transformación desta realidade, sería a de crear espazos naturais fundamentados nun coidado que non patoloxice, que non poña a mirada na outra persoa, é precisa unha experimentación e aprendizaxe, repensando a complexidade taxonómica (Correo-Urquiza, 2017).

Relacionado con anteriormente exposto, atópanse iniciativas moi interesantes, pero hai que ter en conta o contexto de xurdimento das mesmas, comezando algunhas en Latino América, onde a comunidade sigue vixente e o Traballo Social comunitario ten moita forza, polo que habería que repensar como poder levalo a cabo en España, onde hai unha predominancia do individualismo, coa consecuenta rotura dos lazos sociais, dificultando o despregue deste tipo de abordaxes.

Respecto a problemática na atención en saúde mental que xerou a covid-19, demostrouse que si xa se atendía mal antes da pandemia, máis nefasta foi esta asistencia coa utilización de mecanismos que non eran efectivos, nin para aqueles que xa estaban presentes nos sistemas de atención á saúde mental, nin para os que se viron pechados nas súas casas con estas problemáticas (García, 2021), polo que se cuestiona, en particular sobre a covid-19 e en xeral, importa máis a economía e o control social que a cidadanía e os suxeitos de dereitos?

7. CONCLUSIONES

Para dar resposta as necesidades do traballo, neste apartado faise unha presentación dos principais puntos chave e dos descubrimentos realizados ao longo deste proceso de investigación e revisión teórica.

- Establécese que a loucura non ten sido un concepto inmóbil, senón que é considerado unha construción sociohistórica, polo que a forma de mirala vai ter que ver coa lectura dominante que se faga en cada contexto, como se reflectiu no primeiro apartado.
- Enténdese que, a psiquiatría, como todas as ciencias, ten pasado por diversas etapas, atopándose actualmente nun período de crise, pero, a pesar diso, ten unha serie de consecuencias sociais, entre as que destacan a medicalización da vida cotiá, a categorización, o sobre diagnóstico. Facendo á poboación insegura e impotente á hora de xestionar o seu propio malestar. Consideran que deben acudir a un saber experto que os guíe e os corrixa, ao ser os propios individuos os responsables do seu sufrimento.
- Queda vixente que, o capitalismo tardío, é un sistema que favorece esta individualización dos malestares sociais, facendo crer á persoa que debe acudir a un servizo de saúde mental para dar resposta a ese problema e, en lugar de colectivizarse, acaba medicalizada e sendo atendida por un servizo que o enferma e fai que adquira unha conciencia de enfermidade.
- Obsérvase que, o Traballo Social clínico, ten evolucionado como auxiliar da psiquiatría, cuxa única función era complementar os diagnósticos cos factores sociais, non favorecendo un cuestionamento e quedando subalterno ao sistema vixente, provocando que adquirise un rol asistencial, individualizador dos problemas e establecendo unha relación vertical entre profesional e suxeito de axuda, continuando cos parámetros marcados polo enfoque bioloxicista.
- Analízase como o Traballo Social debe fomentar a transformación social, devolvéndolle o poder a aqueles aos que a opresión os fixo meros suxeitos pasivos, dándolles voz e dotándoos de novo coa capacidade de



tomar decisións, presentando alternativas exemplificadoras coa participación activa da cidadanía e da comunidade como núcleo deste proceso transformador.

Para concluír, é urxente e de vital importancia, rematar resaltando que levamos anos tratando sobre a mesma temática e seguimos formulándonos as mesmas cuestións, xa chegou o momento de buscar as respostas necesarias e de tomar acción!

8. REFLEXIÓNS FINAIS

Para finalizar, quérese destacar a importancia da realización de máis produción científica onde se reflicta as voces dos *tolos*²⁶, sendo escasa na nosa humilde opinión. Este traballo, a pesar de ter limitacións relacionadas coa falta de formación académica sobre a temática, pode facilitar unha reflexión e afondar sobre a nosa función como axentes de cambio. Como engadido, sería interesante a ampliación desta perspectiva teórica mediante un estudo cualitativo ou cuantitativo, aportando novas vías de actuación para a abordaxe das diversas problemáticas xestadas polo paradigma vixente, escoitando a outras voces.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, C. e Heras Monner Sans, A. I. (2015). *Salud mental, asimetrías de poder-saber y heterotopías* [Xornadas Internacionais]. Discurso y poder: Foucault, las ciencias sociales y lo jurídico (A cuarenta años de la publicación de "Vigilar y castigar"). UNLA, Lanús, Pcia. de Buenos Aires. <https://n2t.net/ark:/13683/pomx/r5t>
- Amico, L. C. (2004). Desmanicomialización: "Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental". *MARGEN Revista de Trabajo Social*, (35), 1-39.
- Beviá, B. e Girón, M. (2017). Poder, estigma y coerción. Escenarios para un práctica no autoritaria en salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 37(132), 321-329. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000200001>
- Bhargava, R. e Gupta, N. (2020). Social unrest and its impact on mental health. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 36(1), 3-4. http://dx.doi.org/10.4103/ijsp.ijsp_27_20
- Brea Iglesias, J. e Gil Rodríguez, H. (2016). Estigma y salud mental: una reflexión desde el trabajo

²⁶ A palabra *tolo*, ao igual que loucura, utilízase con intencionalidade, como unha forma de reapropiación da linguaxe, devolvéndolle a voz a aquelas que foron silenciadas.



- social. *Trabajo Social Hoy*, (78), 95-112. <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2016.0012>
- Carballeda, A. J. M. (2012). La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. *Margen*, (65), 1-13.
- Cazorla Palomo, J. y Parra Ramajo, B. (2017). El cambio en los modelos del trabajo social en salud mental: del modelo rehabilitador al modelo social. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, (24), 43-54. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2017.24.03>
- Correa-Urquiza, M. (2018). La condición del diálogo. Saberes profanos y nuevos contextos del decir. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 38(134), 567-585. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352018000200012>
- Correa-Urquiza, M. (2023). Justicia social, comunicación y desestigmatización en salud mental. La experiencia de Radio Nikosia. *RAE-IC, Revista de la Asociación Española de Investigación de la Comunicación*, 10(19), 134-159. <https://doi.org/10.24137/raeic.10.19.7>
- Desviat, M. (2010). Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 253-263.
- Desviat, M. (2020). Evolución histórica de la atención a la salud mental: hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria. *Educación social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 75, 17-45. <https://doi.org/10.34810/EducacioSocialn75id367856>
- Desviat, M. (2021). La privatización del malestar. *Vientos sur*, (177), 66-73.
- Dulzaides-Iglesias, M.E. e Molina-Gómez, A.M. (2004). Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. *ACIMED*, 12(2), 1.
- Fisher, M. (2009). *Realismo capitalista. ¿No hay alternativa?*. Titivillus.
- Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica 1*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1986). *Historia de la locura*. Fondo de Cultura Económica.
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales?*. Ariel.
- Fraser, N. e Gordon, L. (1992). Contrato versus caridad: una reconsideración de la relación entre ciudadanía civil y ciudadanía social. *ISEGORIA*, (6), 65-82. <https://doi.org/10.3989/isegoria.1992.i6.324>
- Fromm, E. (1964). *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. Fondo de cultura económica.
- Garcés Trullenque, A. M. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuaderno de trabajo social*. 23, 333-352.
- García, T. (2021). Malestar social y salud mental. *Vientos sur*, (177), 45-49.



- García-Valdecasas Campelo, J., Vispe Astola, A., García-Valdecasas Campelo, V.G. e Hernández González, M. (2016). ¿Hacia un nuevo paradigma en Psiquiatría?. *Norte de salud mental*, 14(55), 20-30.
- García-Valdecasas Campelo, J. e Vispe Astola, A. (2017). El fin de la psicopatología (o de como nombrar las cosas no es sino un ejercicio de poder). *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria*, 14(1), 21-33.
- Gervás, J. e Pérez, M. (2014). Sobrediagnóstico, un problema clínico, ético y social. *FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 21(3), 137-142. [http://doi.org/10.1016/S1134-2072\(14\)70724-8](http://doi.org/10.1016/S1134-2072(14)70724-8)
- Gómez Parada, L.T. (2017). Intervención en Salud Mental desde el Trabajo Social. *Revista Margen*, (86), 1-8.
- Grandón, E.P. (2018). La práctica antiopresiva en contexto de trabajo social clínico. *Comunidad Internacional del Trabajo Social Clínico*. <https://jpineroregalado.wixsite.com/citsc/copia-de-articulos>
- Herrera Bautista, M. R. e Rodríguez Rodríguez, G. (2014). El sufrimiento social como un problema de salud pública. *Archivos en Medicina Familiar*, 16(4), 73-81.
- Idareta Goldaracena, F. (2017). Eufemización de la violencia ejercida en Trabajo Social: Hacia el reconocimiento intradisciplinar del abuso de poder. *Trabajo Social Hoy*, 81, 59-82. <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2017.0011>
- Johnstone, M. (2021). Centering social justice in mental health practice: epistemic justice and social work practice. *Research on social work practice*, 31(6), 634-643. <http://doi.org/10.1177/10497315211010957>
- Juevas Celorio, R., Álvarez Alonso, M., Otero del Castillo, B. e García Meré, B. (2020). La importancia del modelo biopsicosocial frente al modelo biomédico en el Trabajo Social sanitario. *Revista Ocronos*. <https://revistamedica.com/modelo-biopsicosocial-biomedico-trabajo-social-sanitario/>
- López, M.N., Andreoni, M.L. e Gulino, F. (2012). La lógica manicomial en cuestión: habitar tensiones, interrogar prácticas, fundar propuestas. *Claroscuros: Trabajo Social, capitalismo tardío y subjetividades*, 47(380), 121-157.
- Madera Minondo, M. (2022). La salud mental y la locura a partir de Michel Foucault. *Claridades, Revista de filosofía*, 14(1), 191-197. <https://doi.org/10.24310/Claridadescrf.v14i1.14670>
- Markez, I. (2017). Ayer y hoy, en la Psiquiatría, épocas de cambio posible. *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria*, 14(1), 53-63.
- Mattson, T. (2014). Intersectionality as a Useful Tool: Anti-Oppressive Social Work and Critical



- Reflection. *Journal of Women and Social Work*, 29(1), 8-17.
<http://doi.org/10.1177/0886109913510659>
- Molleda Fernández, E. (2007). ¿Por qué decimos que no podemos hacer intervención social? *Cuadernos de Trabajo Social*, 20, 139-155.
- Morgaine, K. e Capous-Desyllas, M. (2020). *Anti-oppressive social work practice. Putting theory into action*. Cognella.
- Morley, C. (2015). Towards critical social work practice in mental health: a review. *Journal of progressive human services*, 14(1), 61-84. https://doi.org/10.1300/J059v14n01_05
- Oosterhuis, H. (2018). Locura, salud mental y ciudadanía: del individualismo posesivo al neoliberalismo. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 38(134), 515-545.
<https://doi.org/10.4321/S0211-57352018000200010>
- Ortiz-Lobo, A. (2013a). El tratamiento de las personas sanas. En M. Fernández González (Ed.), *Hacia una psiquiatría crítica* (67-85). Editorial Grupo 5.
- Ortiz-Lobo, A. (2013b). Las consecuencias negativas de producir diagnósticos categoriales DSM/CIE. En M. Fernández González (Ed.), *Hacia una psiquiatría crítica* (107-125). Editorial Grupo 5.
- Ortiz-Lobo, A. (2013c). ¿Por qué hablar ahora de los daños que produce la psiquiatría?. En M. Fernández González (Ed.), *Hacia una psiquiatría crítica* (17-33). Editorial Grupo 5.
- Poole, J., Jivraj, T., Arslanian, A., Bellows, K., Chiasson, S., Hakimy, H., Pasini, J., e Reid, J. (2012). Sanism, Mental Health, and Social Work/Education: A Review and Call to Action. *Intersectionalities: A Global Journal Of Social Work Analysis, Research, Polity, And Practice*, 1, 20-36.
- Radio Nikosia (s.d.). *Objetivos y valores*. Radio Nikosia. <https://radionikosia.org/es/quienes-somos/objetivos-y-valores/>
- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 29(1), 143-148. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2012.291.322>
- Salazar, I. (2000). El modelo gallego de atención a la salud mental. *GOZE*, 3(9), 39-44.
- Salinas Araya, A. (2020). El análisis foucaultiano del neoliberalismo. Elementos para un balance actual. *Dorsal. Revista de Estudios Foucaultianos*, (8), 35-72.
<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.3901007>
- Serrano-Miguel, M. (2022). Salud mental colectiva y trabajo social. Una ventana de oportunidad para nuevas prácticas en la atención social al sufrimiento mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 35(2), 243-252. <https://doi.org/10.5209/cuts.79225>
- Stone, K., McCusker, P., Davidson, G. and Vicary, S. (2021). An Exploratory Survey of Mental



Health Social Work in Europe. *Int J Environ Res Public Health*, 18(19).
<https://doi.org/10.3390/ijerph181910462>

Talarn, A, Rigat, A. e Carbonell, X. (2011). Los malestares psicológicos en la sociedad del bienestar. *Aloma, Revista de Psicología, Ciènces de l'Educació i de l'Esport*, (29), 325-340.

Ubilla, E. (2009). El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm. *Rev. Chil. Neuro. Psiquiat.*, 47(2), 153-162. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000200008>



APROXIMACIÓN AO SERVIZO DE REHABILITACIÓN DO HOSPITAL MEIXOEIRO NO CHUVI. PERFIL DOS/AS PACIENTES E INTERVENCIÓN DENDE O SERVIZO DE TRABALLO SOCIAL SANITARIO.

APROXIMACIÓN AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL MEIXOEIRO EN EL CHUVI. PERFIL DE LOS/AS PACIENTES E INTERVENCIÓN DESDE EL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO. APPROACH TO THE REHABILITATION SERVICE OF THE MEIXOEIRO HOSPITAL IN CHUVI. PATIENT PROFILE AND INTERVENTION FROM THE HEALTH SOCIAL WORK SERVICE.

Alejandro Guerra Rivas – Traballador Social Sanitario no SERGAS.

Alejandro.guerra.rivas@sergas.es.

RESUMO

O servizo de traballo social intervén para analizar e valorar a situación social dos/as pacientes. Elabora e organiza plans de coidado á persoa enferma trala alta hospitalaria, asesorando ao paciente e á unidade familiar sobre os servizos e recursos existentes programando o seu retorno ao domicilio. Debe elaborar un diagnóstico social e deseñar un plan de intervención, coordinando o apoio que pode recibir a persoa proveniente da súa rede social, coa adquisición de servizos e os recursos que complementan ditos apoios non profesionalizados, garantindo que a persoa estea atendida trala alta hospitalaria.

No artigo, analízase o perfil dos/as pacientes hospitalizados/as no servizo de rehabilitación, así como coñecer a intervención do traballador/a social dentro do equipo asistencial para preparar o retorno dos pacientes ao domicilio.

PALABRAS CHAVE

Traballo social sanitario, dano cerebral, rehabilitación, intervención social e



autonomía funcional.

RESUMEN

El servicio de trabajo social interviene para analizar y valorar la situación social de los y las pacientes. Elabora y organiza planes de cuidado a la persona enferma tras el alta hospitalaria, asesorando al paciente y a la unidad familiar sobre los servicios y recursos existentes programando su retorno al domicilio. Debe elaborar un diagnóstico social y diseñar un plan de intervención coordinando el apoyo que puede recibir la persona proveniente de su red social con la adquisición de servicios y recursos que complementen dichos apoyos no profesionalizados, garantizando que la persona esté atendida tras el alta hospitalaria.

En el artículo se analiza el perfil de los/as pacientes hospitalizados/as en el servicio de rehabilitación, así como conocer la intervención del trabajador o trabajadora social dentro del equipo asistencial para preparar el retorno de los pacientes a su domicilio.

PALABRAS CLAVE

Trabajo social sanitario, daño cerebral, rehabilitación, intervención social y autonomía funcional.

ABSTRACT

The social work service intervenes to analyze and assess the social situation of patients. Its purpose is to develop and organize care plans for the sick person after hospital discharge, advising the patient and their family unit on the existing services and resources and programming their return home. The social work service has the responsibility of elaborating a social diagnosis and designing an intervention plan, coordinating the support that the person can receive from their social network with the acquisition of services and resources that complement these non-professionalized supports, ensuring that the person is cared for after hospital discharge.

In this article is to analyze the profile of patients hospitalized in the rehabilitation service, as well as to understand the intervention of the social worker within the



care team to prepare the patients for their return to their residence after hospital discharge.

KEYWORDS

Health social work, brain damage, rehabilitation, social intervention, and functional autonomy.

INTRODUCCIÓN

O dano cerebral e o ictus son diagnósticos clínicos que están vixentes na sociedade, producindo nas persoas que os sofren dificultades na súa autonomía e repercutindo no desenvolvemento das actividades básicas diarias.

Para contrarrestar os efectos producidos polos diagnósticos que inciden no dano cerebral é de vital importancia o proceso de rehabilitación integral. Existen recursos públicos e privados que favorecen, a través dun traballo coordinado de terapia ocupacional e fisioterapia, unha melloría na autonomía funcional do/a paciente.

Neste artigo descríbese o servizo de rehabilitación do Hospital Meixoeiro do Complexo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI) dependente do Servizo Galego de Saúde. Ademais, faise unha aproximación conceptual do dano cerebral e do ictus, das súas principais consecuencias así como unha descrición do equipo asistencial que integra o servizo. En concreto, analízase o papel que ten o traballador/a social sanitario/a á hora de planificar a atención dos coidados e participación no proceso de rehabilitación dos/as pacientes.

1. CONCEPTUALIZACIÓN DO ICTUS E DANO CEREBRAL ADQUIRIDO

Segundo FEDACE (2019), o Dano Cerebral Adquirido (en adiante DCA), é unha lesión producida no cerebro de forma inesperada provocando unhas secuelas con diferente afectación segundo a área do cerebro lesionada e a gravidade do dano causado. Ademais, estas secuelas, provocan dificultades na percepción e na comunicación, asociando outro tipo de alteracións como poden ser físicas, cognitivas e emocionais.

As principais causas do DCA (FEDACE, 2019) son enfermidades



cerebrovasculares (isquémica ou hemorráxica), traumatismo craneoencefálico producidos por accidentes e traumatismos directos (caídas, deportes de contacto, agresións...), encefalopatía anoxia, tumores cerebrais e infeccións.

O ictus é a principal causa do DCA. É coñecido como un infarto cerebral ou embolia, considerado como unha enfermidade cardiovascular.

Este diagnóstico ocorre cando hai unha rotura nun vaso sanguíneo. Diminúe o fluxo do sangue que lle chega ao cerebro, provocando que as células nerviosas non reciban osíxeno e deixen de funcionar, afectando ao sistema nervioso do corpo. Se o fluxo sanguíneo deixa de alcanzar algunha zona do cerebro, as súas células quedan danadas alterando as funcións que cumpre esa parte do cerebro. Por este motivo sóese afirmar que cando unha persoa sofre un ictus, o tempo é cerebro activo (Clinic Barcelona, 2022).

Pódense diferenciar diferentes tipos de ictus. O ictus isquémico ou infarto cerebral, prodúcese cando unha arteria está obstruída por un coágulo de sangue ou un trombo, limitando a cantidade de sangue que chega ao cerebro. Por outro lado o hemorráxico, no que un vaso sanguíneo se rompe e prodúcese unha hemorraxia dentro do cerebro, polo que o osíxeno non é suficiente e afecta ás células nerviosas que deixan de funcionar morrendo ao pouco tempo.

As enfermidades cerebrovasculares están vinculadas aos factores de risco non modificables. Rodríguez (2017) afirma que “o sexo, idade, cultura, raza e antecedentes familiares son os máis comúns” (p.8). Estas variables, xunto con outros factores condicionantes vitais e ambientais (consumo de tabaco, alcol, vida sedentaria, alimentación...), teñen especial incidencia no proceso de rehabilitación integral e no de recuperación. O propósito é que a persoa poida recuperar a súa autonomía funcional e conservar a calidade de vida que mantiña previo ao accidente cerebrovascular.

2. TRABAJO SOCIAL NOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

As lesións provocadas por un ictus producen diferentes impactos persoais, familiares e sociais. A nivel persoal moitas das tarefas da vida cotiá que realizaba a persoa non as vai poder desenvolver ou como mínimo desempeñar coa mesma autonomía que antes de sufrir a enfermidade. Esta situación xera diferentes



sentimentos encontrados como incertidume, temor, angustia e impotencia, incidindo na calidade de vida da persoa.

Os déficits ocasionados polas lesións cerebrais producen unha implicación, normalmente na unidade familiar, na forma de apoio e sostén físico e emocional da persoa. A medio e longo prazo pode orixinar episodios de sobrecarga que deriven en conflitos familiares durante o proceso de rehabilitación, así como no apoio das actividades básicas e instrumentais diarias.

O proceso de rehabilitación integral debe considerar á persoa como un ser bio-psico-social, que mediante propostas terapéuticas, educativas e sociais logren incrementar a calidade de vida e unha adaptación ao seu medio sociofamiliar e ocupacional (Olmedo, 2021). Dende esta perspectiva cobra vital importancia a planificación da alta hospitalaria. Dende o servizo de traballo social, de forma conxunta co servizo de rehabilitación, realízase unha planificación da alta hospitalaria abordando a situación persoal e familiar. Deséñase un diagnóstico social e realízase unha intervención adecuada ás necesidades mostradas pola persoa e o seu entorno familiar.

As funcións do traballador/a social nos equipos interdisciplinares de rehabilitación son as seguintes :

- Estudar a situación sociofamiliar do paciente e elaborar un diagnóstico social en función dos factores de risco detectados.
- Participar co/a paciente e familia no proceso de planificación da alta hospitalaria.
- Acompañar, facer de soporte e ventilación emocional co/a paciente e a rede social de apoio, creando espazos de liberación emocional.
- Xerar unha comunicación intrahospitalaria co servizo interdisciplinar de rehabilitación.
- Coordinar con entidades externas que poidan participar no apoio social da persoa de cara a alta hospitalaria.
- Coordinar e derivar cos equipos de atención primaria e servizos sociais comunitarios para iniciar un seguimento e unha continuidade asistencial.



3. SERVIZO DE REHABILITACIÓN DO CHUVI E FASES DA HOSPITALIZACIÓN

O equipo de rehabilitación intervén dende unha perspectiva global facendo un recorrido interdisciplinar. Cumpre coas directrices sinaladas previamente no Plan de Atención Individual (en adiante PAI) de cada especialidade. Este traballo é realizado polos/as profesionais de forma conxunta coa persoa hospitalizada. Cada disciplina traballa nunha dimensión concreta do/a paciente, facilitando o funcionamento de forma axeitada e coa maior autonomía funcional posible.

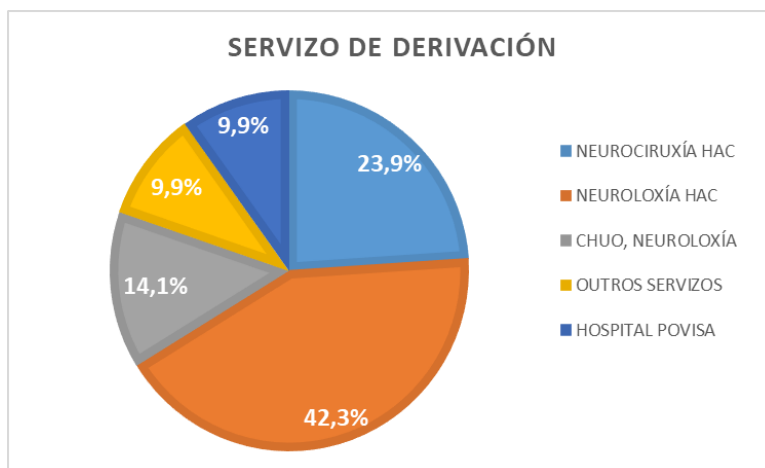
O obxectivo xeral, polo cal o servizo de rehabilitación desempeña as súas funcións, é lograr a máxima autonomía funcional do/a paciente en función da extensión do dano cerebral persistente. Focaliza os obxectivos e finalidades marcados por cada especialidade no PAI.

O traballo levado a cabo polo equipo asistencial durante a hospitalización terá continuidade, favorecendo que as súas intervencións se sigan realizando de forma ambulatoria cando a persoa está en situación de alta hospitalaria.

A estadía do/a paciente no Hospital do Meixoeiro pode vir derivado do Hospital Álvaro Cunqueiro (HAC) e dos seus distintos servizos como neuroloxía, medicina interna, unidade de Ictus ou neurociruxía. Outros centros hospitalarios que derivan pacientes son o Hospital Povisa e o CHUO (Complexo Hospitalario Universitario de Ourense).

Figura 1.

Servizo de derivación dos pacientes hospitalizados/as en rehabilitación



A **Figura 1** amosa que máis da metade dos/as pacientes hospitalizados/as proceden do Hospital Álvaro Cunqueiro HAC (23,9% do servizo de neurociruxía e o 42,3% de neuroloxía). Aqueles/as pacientes categorizados/as como “Outros Servizos” no HAC (9,9%) poden proceder de Medicina Interna, Traumatoloxía ou Unidade do Ictus. O 14,1 % dos/as pacientes proceden da Área Sanitaria de Ourense.

Na **Figura 2** indícanse os recursos xerais clasificados segundo a fase do proceso clínico e organizados segundo os recursos sanitarios e sociais.

Figura 2.

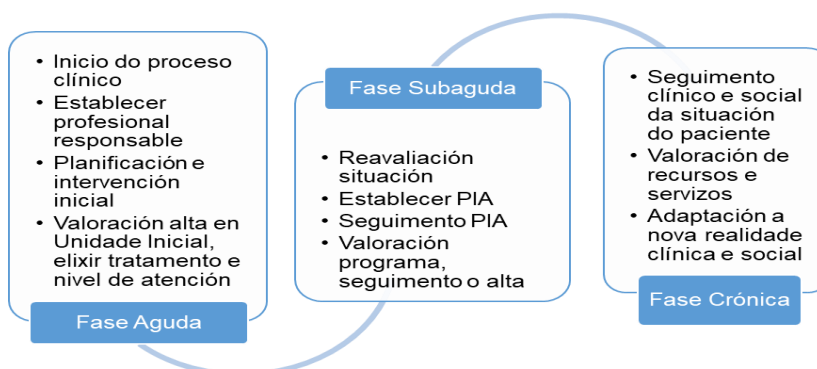
Modalidade dos recursos en función das fases da evolución clínica



O ingreso do/a paciente no propio servizo de rehabilitación prodúcese cando a persoa ten síntomas ou un diagnóstico establecido de DCA. O/a paciente encóntrase nunha situación clínica de estabilidade. É por iso que o/a paciente durante a súa estadía hospitalaria pasa por diferentes fases, segundo se aprecia no esquema da **Figura 3**.

Figura 3.

Descrición das fases segundo a evolución clínica



4. METODOLOXÍA DA INVESTIGACIÓN

O obxectivo deste artigo é analizar o perfil dos/as pacientes hospitalizados/as no servizo de rehabilitación, e coñecer a intervención do traballador/a social dentro do equipo asistencial para preparar o retorno dos/as pacientes a súa estancia trala alta hospitalaria.

No estudo utilizouse un enfoque cuantitativo recollendo información de diferentes aplicacións como Clínica, datos do aplicativo do Sistema de Información Galego á Atención a Dependencia (SIGAD) e informes de alta hospitalaria dos/as pacientes. O proceso de recollida de información realizouse sobre unha mostra aleatoria de 71 pacientes hospitalizados, dende o ano 2022 ata o 30 de abril del 2023.

Para a análise empregáronse dous indicadores que informan sobre o nivel de autonomía que ten a persoa: o Índice de Barthel, e o grado de dependencia recoñecida de cada paciente.

- Índice de Barthel: É unha escala que se utiliza cando a persoa ingresa e posteriormente é alta. Con esta ferramenta o servizo de terapia ocupacional e enfermería categorizan o nivel de dependencia ou autonomía funcional que dispón a persoa, así como a variación de puntuación, de unha serie de indicadores aplicados as actividades básicas e instrumentais da vida diaria, dende que a persoa ingresa ata que se atopa en situación de alta hospitalaria.
- Grao de dependencia: O proceso iníciase cando alguén necesita axuda de terceiras persoas para o desempeño das actividades básicas e instrumentais da vida diaria. Existen tres graos de dependencia, sendo o grao III persoas con máis necesidades de apoio. O procedemento comeza cunha solicitude por parte da persoa, e despois realízase unha valoración por parte do Equipo de Valoración da Xunta de Galicia. Por último emítese unha resolución co tipo de grao e recurso ou servizo solicitado.

5. RESULTADOS

Analízase a situación do servizo de rehabilitación e posteriormente a intervención do traballador/a social no período que abarca dende o ingreso hospitalario a posterior alta e incorporación ao seu entorno social habitual.

5.1 Pacientes con dano cerebral e ictus

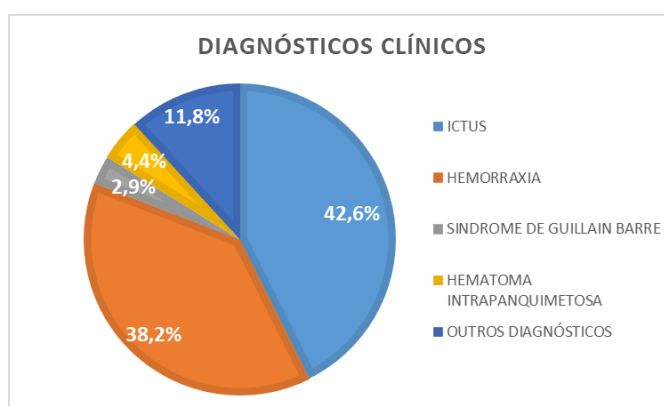
A continuación reflíctese a información obtida en función do diagnóstico clínico do/a paciente, variables en función do sexo e idade, autonomía e duración da estada hospitalaria.

5.1.1 Tipos de diagnósticos clínicos e perfil dos/as pacientes

Na figura posterior obsérvase como a maioría dos/as pacientes teñen diagnosticado un ictus (42,6% do total dos/as pacientes hospitalizados/as) ou unha hemorragia (38,2% do total). Outros diagnósticos clínicos non contemplados na figura serían estenose, miopatía do enfermo crónico por COVID, meninxíoma, entre outros diagnósticos clínicos (representando 11,8% dos/as pacientes).

Figura 4 .

Tipos de diagnósticos de pacientes hospitalizados no Servizo de Rehabilitación



5.1.2. Impacto do DCA e o ictus na sociedade, comparativa cos/as pacientes do servizo de rehabilitación do CHUVI

Segundo Geritricarea (2019), “O ictus é a primeira causa de discapacidade adquirida na idade adulta e constitúe a segunda demencia despois do Alzheimer” (parág.2.). Por outro lado, FEDACE (2022), recolle que 194.054 persoas con DCA teñen recoñecido un grao de discapacidade, e ademais un 43% destas persoas están recoñecidas cun grao de discapacidade igual ou superior ao 75%. No informe deseñado pola Sociedade Española de Neuroloxía se sinala que “no ano 2018 diagnosticáronse en Galicia 4338 casos novos ao ano, o 52% das persoas diagnosticadas foron homes e o 48% mulleres, sendo a primeira causa de mortalidade en Galicia nas mulleres e en segundo lugar nos homes”

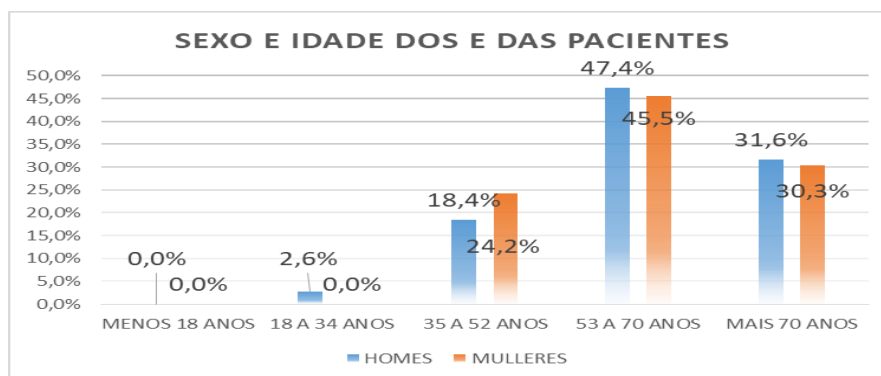


(Sociedad Española de Neurología, 2020, p.19). Pódese comparar e extrapolar estes datos aos propios pacientes do Servizo de Rehabilitación do Hospital Meixoeiro, tal e como se aprecia na figura 5.

Tal e como se mostra na gráfica seguinte, máis da metade dos/as pacientes hospitalizados/as no servizo de rehabilitación son homes (53,5%), datos que son similares os do devandito informe da Sociedade Española de Neuroloxía. A maior diferenza de idade dos/as pacientes en función do seu sexo encóntrase no rango de idade de 53 a 70 anos, sendo el 54,5% homes en relación ao total de pacientes nesa franxa de idade. Pola contra son mais as mulleres hospitalizadas no rango de idade de 35 a 52 anos, representando tamén o 53,3% de pacientes totais no dito rango de idade.

Figura 5.

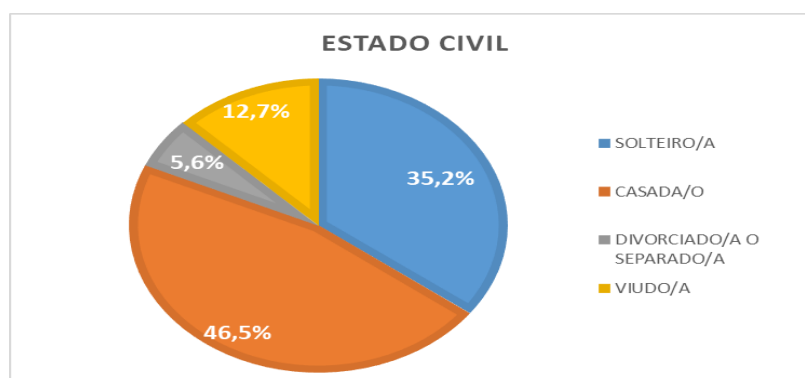
Sexo e idade dos/as pacientes do servizo de rehabilitación



Outro dato a sinalar recollese na figura 6. Significativo nos pacientes de rehabilitación é o seu estado civil. O 46,5% dos/as pacientes están casados/as fronte ao 35,2% que están solteiros/as.

Figura 6.

Estado civil dos/as pacientes do servizo de rehabilitación



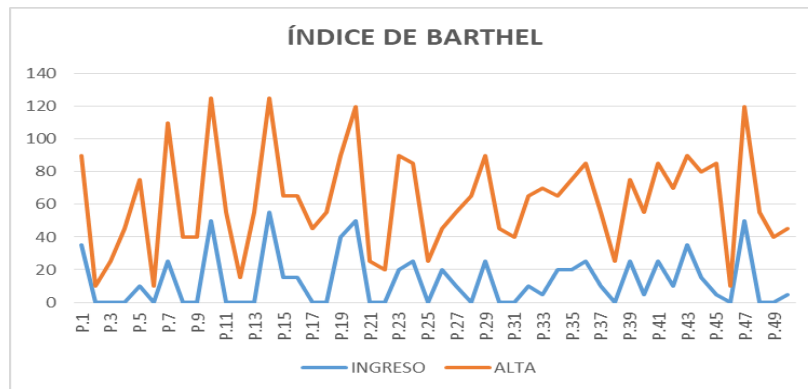


5.1.3. Nivel de autonomía

Na seguinte gráfica recóllense as variacións en base o Índice de Barthel dos/as pacientes hospitalizados.

Figura 7.

Representación del Índice de Barthel



Na figura anterior aparecen representadas as puntuacións obtidas no Índice de Barthel. No eixe de abscisas aparece reflectido os/as pacientes, representando unha liña por cada paciente, e no eixe de ordenadas figura a puntuación obtida de cada un deles. Na parte inferior de cada liña sinala a puntuación cando o/a paciente ingresa no servizo de rehabilitación e na parte superior da liña cando o/a paciente obtén a alta hospitalaria.

Canto máis alta sexa a puntuación, indica que a persoa dispón de máis autonomía para realizar as actividades básicas da vida diaria. A puntuación media dos/as pacientes hospitalizados/as cando ingresaron no servizo de rehabilitación era de 13.2 puntos, é dicir, estaban en situación de dependencia total. Pola contra, previa alta hospitalaria, a puntuación media dos/as pacientes aumentou a 48.7 puntos, o que se identifica como unha dependencia moderada en actividades como vestirse, asearse, comer, deambular e outras actividades básicas diarias.

Outro dato de interese aportado polo Índice de Barthel é a diferenza de puntuación media existente entre os/as pacientes cando chegan ao servizo e cando retornan a súa estancia trala alta hospitalaria. A puntuación media é de 36.4 puntos que aumentaron os/as pacientes durante a súa estancia hospitalaria, é dicir as persoas hospitalizadas no servizo de rehabilitación dispoñen de moita



maior autonomía funcional dende o seu ingreso ata a posterior alta.

Este aumento de puntuación no Índice de Barthel é o resultado do traballo dun equipo especializado de rehabilitación integrado por diferentes servizos: neuroloxía, fisioterapia, logopedia, enfermmería, terapia ocupacional, psicoloxía e traballo social que traballan xuntos para conseguir unha maior autonomía funcional, participación social e mellor calidade de vida despois do diagnóstico clínico, tratamento e proceso de rehabilitación.

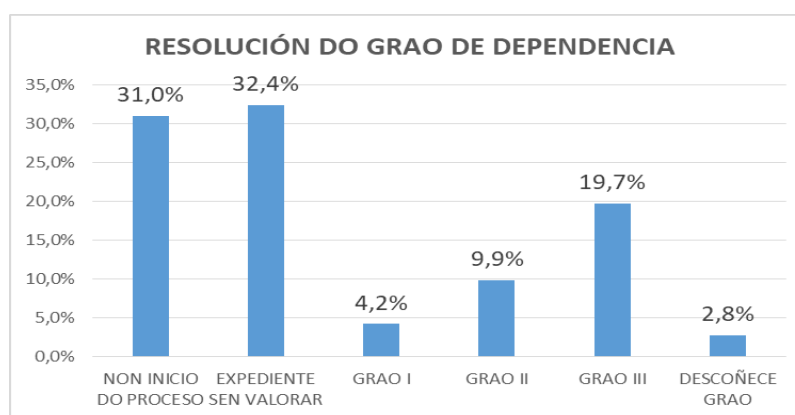
Outra forma de medir a autonomía funcional das persoas hospitalizadas é co grao de dependencia recoñecido. Na gráfica seguinte descríbense os datos do grao de dependencia dos e das pacientes hospitalizados/as.

Tal e como se recolle na figura seguinte, hai un elevado número de pacientes que non quixeron iniciar o procedemento ou que dito recoñecemento iniciouse dende os Servizos Sociais Comunitarios ou co seu traballador social do seu centro de saúde de referencia, representando isto o 31% dos casos.

O 32,4% dos expedientes presentados durante o estudo están aínda sen valorar e emitir resolución. Sinalar que o 19,7% teñen recoñecida un grao III de dependencia, en contraposición ao o 4,2% que teñen un grao I.

Figura 8

Graos de dependencia dos/as pacientes de rehabilitación

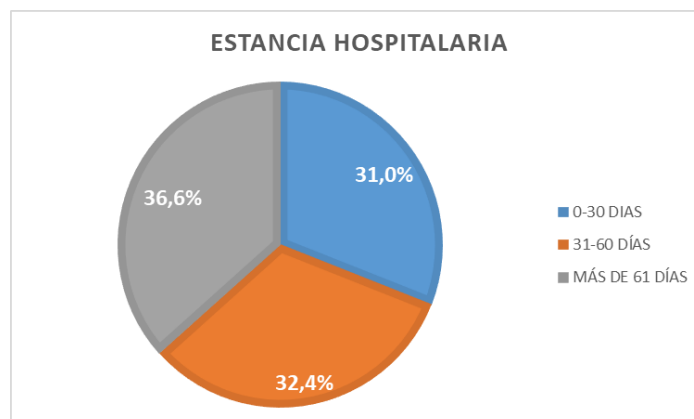


5.1.4. Estancia hospitalaria

A figura anterior sinala que a duración das estancias hospitalarias son moi similares en canto ao número de días no hospital, sendo máis de 61 días o 36,6% do total dos/as pacientes.

Figura 9.

Tempo de estancia hospitalaria



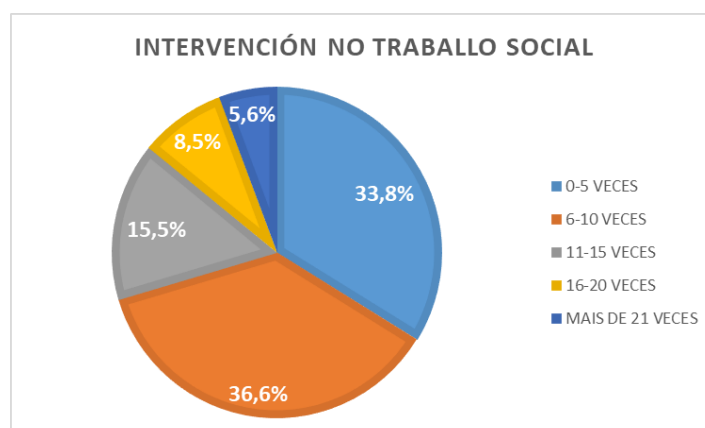
5.2. Intervención do Servizo de Traballo Social

A solicitude de intervención social polo servizo xorde pola detección dunha necesidade por parte do equipo médico, enfermería, paciente ou familia. A intervención prodúcese por unha solicitude de interconsulta na historia clínica electrónica que provén do equipo médico ou supervisor de planta onde se encontran hospitalizados/as os/as pacientes.

A frecuencia de intervención do traballador/a social é moi variable, tal e como se aprecia na seguinte figura 10. O servizo de traballo social intervén unha media de 7 veces con cada paciente hospitalizado/a no servizo de rehabilitación. Nun 33,8% dos casos, a intervención social resólvese con menos de cinco intervencións, tal e como se amosa na seguinte figura.

Figura 10.

Número de intervencións por parte do Servizo de Traballo Social Sanitario





Cando a/o profesional realiza unha intervención, a información do ou da paciente, recollerase da forma máis precisa posible, incluíndoa nun informe propio de traballo social dentro da historia clínica de cada persoa. O proceso de intervención por parte do Servizo de Traballo Social de Rehabilitación comprende varias fases:

- Valoración e intervención psicosocial:

Nesta fase prodúcese a primeira toma de contacto coa persoa e a súa rede de apoio, iníciase o estudo social, valoración das necesidades psicosociais e realízase a intervención orientada a iniciar o deseño do plan que orienta os cuidados que recibirá a persoa cando sexa alta hospitalaria.

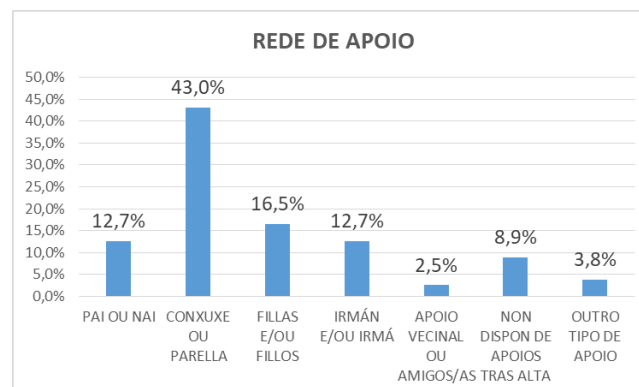
Dita intervención iníciase unha vez que se asigna a interconsulta por parte dun ou dunha profesional do servizo de traballo social, contáctase co/a paciente, rede de apoio e trabállase de forma coordinada co resto de profesionais do equipo asistencial.

- Deseño e planificación de apoios trala alta hospitalaria.

O servizo de traballo social intervéndose dende a prevención social, avaliando as necesidades que poida ter a persoa en función do seu contexto e circunstancias sociais. Despois do estudo social e a coordinación co resto do equipo asistencial axúdase a deseñar un plan de cuidados á persoa e a súa rede social de apoio de referencia. É importante informar sobre recursos de apoio trala alta, reorganizar os cuidados familiares, localizar a familiares ou rede de apoio informal ou veciñal, primeiro contacto con servizos sociais ou atención primaria, recompilar documentación para a tramitación de recursos e implicar a rede de apoio na participación dos cuidados durante a hospitalización, sendo un proceso transversal cando o/a paciente sexa alta hospitalaria.

Figura 11.

Tipoloxía da rede social de apoio do ou da paciente hospitalizada



Nesta fase é importante coñecer o soporte co que contan os/as pacientes. Na figura anterior móstrase que o 43% dos e das pacientes contan co soporte principal do seu cónxuxe ou parella sentimental. O 16,5% das persoas hospitalizadas tiveron o apoio dos seus fillos/as e en menor medida outros pacientes contaron con outro apoio como pais ou irmáns. É relevante que o 8,9% dos pacientes non teñen apoio trala alta hospitalaria, necesitando de servizos privados que interveñan na atención aos coidados que necesitan.

En concreto, o servizo de traballo social do equipo de rehabilitación, conta coa particularidade de que a maior parte dos/as pacientes que ingresan no servizo, trala alta hospitalaria, ven modificadas as súas circunstancias previas ao ingreso aumentando as necesidades de apoio cando regresen ao seu entorno habitual.

- Seguimento e apoio socioemocional a persoa e a súa rede social

Durante o seguimento e a evolución clínica e social do/a paciente é moi importante a coordinación co equipo asistencial. Para favorecer esta coordinación mantense unha sesión clínica con todos os profesionais integrantes do equipo, na que se aporta información sobre a evolución clínica e social de todos os e as pacientes que están hospitalizados/as no servizo de rehabilitación, comparten obxectivos interdisciplinares do servizo, así como propostas de cara á alta hospitalaria.

A coordinación interna consiste en recoller información dende distintas disciplinas e servizos que conforman o equipo asistencial, xa que para elaborar

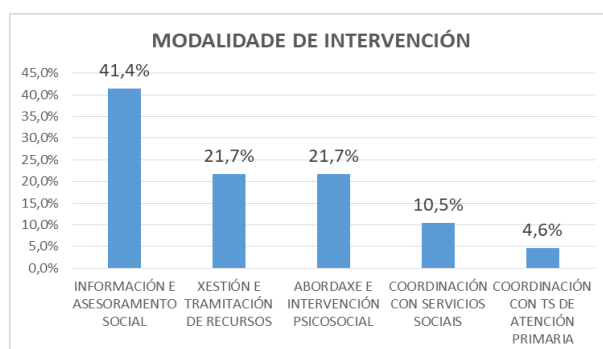
o plan de coidado da persoa necesítase coñecer as necesidades de apoio que vai ter para o desempeño das AVD, posibilidades de mobilidade á hora de realizar transferencias, recursos necesarios para unha mobilidade máis autónoma posible, saber que tipo de apoios ou visitas recibiu a persoa durante a hospitalización, diagnósticos clínicos así como estas incidencias que poidan afectar ao desenvolvemento do día a día durante o proceso de adaptación á nova realidade clínica e social. En definitiva, unha comunicación fluída e recíproca por parte do traballador social sanitario co servizo médico, enfermería, psicoloxía, fisioterapia, logopedia e terapeuta ocupacional.

Segundo se reflicte na seguinte figura, o servizo de traballo social focaliza a súa intervención no proceso de guía, información e orientación ao paciente, realizando nun 41,4% unha intervención conxunta co servizo de psicoloxía así como unha xestión na tramitación de recursos.

Tamén pode necesitarse engadir información que aporten outras administracións mediante unha coordinación externa. A maioría da información que o/a traballador/a social aporta ao estudo social vén proporcionada por fontes primarias (propio paciente, unidade familiar ou rede de apoio).

Figura 12.

Modalidade de intervención social por parte do/a traballador/a social



En moitos casos, a información de fontes primarias é preciso complementala con outra información de forma coordinada cos servizos sociais municipais ou atención primaria para incorporar máis datos ao estudo da situación social do paciente con información recibida a través de fontes secundarias proporcionadas por entidades externas, equipo interdisciplinar de servizos sociais ou centro de saúde, incidindo estes datos na planificación da alta hospitalaria.

Outra das funcións é o apoio socioemocional á persoa e a súa rede de apoio, mantendo informadas as persoas e facer un seguimento para coñecer a evolución e a súa perspectiva emocional da súa situación.

- Alta social e clínica da persoa hospitalizada.

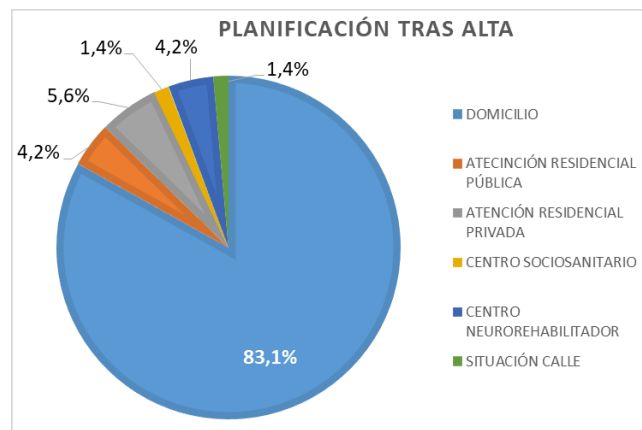
Durante a hospitalización é importante preparar á persoa informando de forma conxunta co servizo médico e de psicoloxía, da súa nova realidade social.

Unha vez que se diseña o plan de coidados do/a paciente e se finaliza o proceso de neurorrehabilitación durante a hospitalización por alta clínica do/a paciente, a persoa continuará co servizo de rehabilitación de forma ambulatoria, sendo o seu traballador/a social de referencia dos servizos sociais comunitarios ou atención primaria da súa localidade. Durante o proceso de alta hospitalaria, no caso de que a persoa necesite continuidade asistencial por parte do servizo de traballo social, realizarase unha derivación aos servizos sociais comunitarios ou traballador/a social do centro de saúde para continuar coa intervención.

A alta hospitalaria dos/as pacientes de rehabilitación soe ser alta ao domicilio habitual ou domicilio alternativo dunha persoa que forma parte da rede de apoio do paciente, ingreso nun centro residencial ou derivación a outro centro hospitalario de neurorrehabilitación ou sociosanitario. No caso de derivación ao centro sociosanitario, dende o servizo de traballo social, envíase unha solicitude e a documentación necesaria cun informe social motivando e xustificando o ingreso da persoa no centro sociosanitario.

Figura 13.

Planificación tras o alta hospitalaria do/a paciente





Como se indica na figura anterior, o 83,1% dos/as pacientes hospitalizados/as voltan ao domicilio cando están en situación de alta clínica, mentres que o 5,6% ingresan nun centro residencial privado, e o 4,2 % dos casos nunha residencia pública por vía de emerxencia social a través da lei de dependencia da Xunta de Galicia. Outro recurso utilizado co 4,2% dos/as pacientes que acoden a un centro de neurorrehabilitación integral de forma privada.

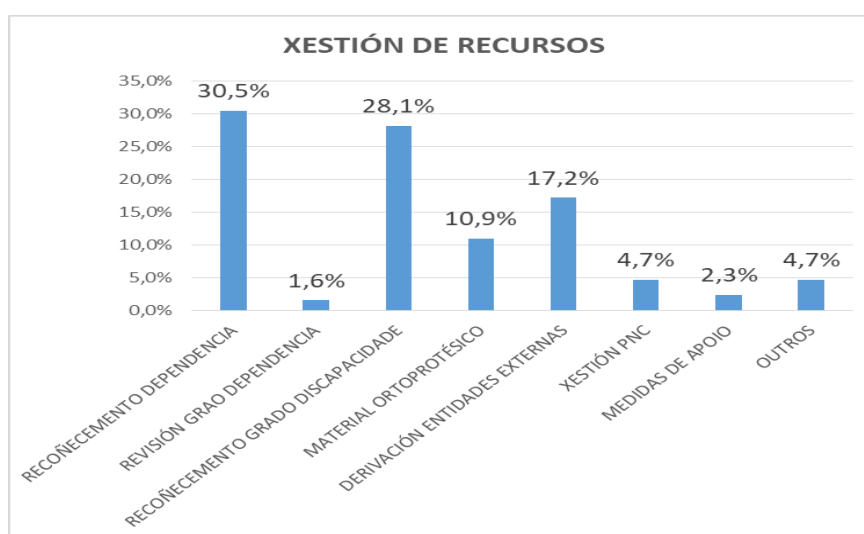
5.3. Xestión de recursos dende o Servizo de Traballo Social

A función principal do/a traballador/a social sanitario/a no hospital é preparar e organizar un plan de coidados para cando o/a paciente sexa alta hospitalaria. O plan ten que ser consensuado polo propio paciente e a súa rede de apoio formal. É importante no deseño do plan ter en conta tódalas dimensións de calidade de vida da persoa como a capacidade de autodeterminación e toma de decisións, seu benestar físico, emocional e socioeconómico.

Para a planificación da alta hospitalaria é importante que o/a traballador/a social dispoña de recursos que complementen o apoio que deba recibir o/a paciente a través da súa rede de apoio non profesional. Na figura seguinte poden observarse os diversos recursos que se xestionan no servizo de traballo social enfocados no contido de rehabilitación da persoa.

Figura 14

Tipoloxía xestión de recursos de apoio





A maior parte desta xestión enfócase no recoñecemento do grao de dependencia e acceso ás prestacións do sistema (30,5% do total dos recursos xestionados) e recoñecemento do grao de discapacidade, que supón o 28,1% do total de recursos xestionados.

Outro recurso utilizado é a derivación a outras entidades externas do terceiro sector como Cruz Vermella, ortopedias, clínicas de rehabilitación e fisioterapia, entre outras, abarca esta intervención o 17,2% de todos os recursos. Outras intervencións, realizadas en menor medida, é a xestión dunha pensión non contributiva ou préstamo de material ortoprotésico.

Esta variedade de recursos forman parte do plan individualizado de apoio, que debe fomentar a autonomía da persoa no desempeño das AVD, e previr sobrecarga familiar, realizando un proceso de acompañamento durante o proceso de hospitalización.

Outra función do profesional é orientar e dar información sobre servizos e recursos que o/a paciente ou a súa rede de apoio necesita ou demanda, complementando, en moitos casos, o soporte familiar con servizos profesionalizados.

Simultaneamente co proceso de asesoramento e información ao paciente e a súa rede de apoio, débese orientar ao resto do equipo asistencial sobre os recursos e o soporte que vai a dispor a persoa trala alta hospitalaria, xa que o tratarse dunha intervención multidisciplinar, o desenvolvemento dos obxectivos do resto dos profesionais pódense modificar en función de variables como son o destino trala alta hospitalaria, implicación da súa rede de apoio así como recursos e servizos que a persoa vai dispor cando estea en situación de alta hospitalaria.

Tamén é importante o apoio psicosocial durante a abordaxe das necesidades sociais das persoas hospitalizadas no servizo de rehabilitación, sendo conscientes de que as súas circunstancias vitais se modificaron por unha situación sobrevivida que na gran maioría dos casos non se espera ou formula de forma previa, dando lugar a un proceso de dó e adaptación a unha nova realidade social.



6. CONCLUSIONES

Neste estudo analízase o perfil de pacientes hospitalizados no Servizo de Rehabilitación do Hospital Meixoeiro de Vigo e se profunda sobre as competencias e implicación do Servizo de Traballo Social no equipo asistencial de rehabilitación.

Durante a investigación traballouse de forma coordinada co equipo asistencial do servizo de rehabilitación do hospital, collendo como período temporal de referencia os/as pacientes hospitalizados/as durante o ano 2022 e principios de 2023. Deste xeito, pódese concluír que:

- O equipo de rehabilitación fórmano diferentes servizos como neuroloxía, fisioterapia, logopedia, enfermería, terapia ocupacional, psicoloxía e traballo social. Actúan de forma coordinada para conseguir unha maior autonomía funcional, participación social e mellor calidade de vida despois do diagnóstico clínico, tratamento e rehabilitación do/a paciente. Durante a hospitalización, no proceso de rehabilitación, os/as pacientes aumentan o seu nivel de autonomía segundo se reflicte no Índice de Barthel cun incremento medio de 36 puntos.
- O/a traballador/a social intervén unha media de 7 veces con cada paciente hospitalizado no servizo. En menos da metade dos casos, a intervención social resólvese con menos de cinco intervencións.
- O/a traballador/a social sanitaria ten un papel moi importante na planificación de coidados trala alta hospitalaria, que pode denominarse como alta social sendo de igual relevancia e indispensable para ter a alta clínica. Dende esta perspectiva enténdese que a saúde non é só a ausencia de enfermidade senón a unión de moitos factores que repercuten no benestar físico, social e emocional. É prioritario neste proceso a recollida de información das distintas fontes próximas, asesoramento social, a procura de recursos e acompañamento. Segundo se recolle dos resultados, a maioría (83,1%) dos/as pacientes hospitalizados/as regresan ao domicilio cando están en situación de alta clínica. Preto do 10% dos/as pacientes ingresan nun centro residencial, mentres que menos do 5% dos casos obteñen praza nunha residencia pública por vía de emerxencia social a través da lei de



dependencia da Xunta de Galicia. Apuntar que o 4,2% dos/as pacientes, acoden a un centro de neurorrehabilitación de carácter privado. A maioría dos familiares, unidade de convivencia ou persoas que forman parte da rede de apoio da persoa asumen os coidados ao terminar o proceso de rehabilitación.

- No servizo de traballo social a maior parte da xestión dos recursos oriéntanse ao recoñecemento do grao de dependencia e acceso ás prestacións do sistema (30,5% do total dos recursos xestionados) e o recoñecemento do grao de discapacidade (28,1% do total de recursos). Outro recurso tramitado con frecuencia é a derivación a entidades do terceiro sector como Cruz Vermella, Cáritas, clínicas de rehabilitación, fisioterapia, etc.
- En paralelo ao proceso de asesoramento e información ao paciente e a súa rede de apoio é importante orientar ao resto do equipo asistencial sobre os recursos e o soporte que vai a dispor a persoa trala alta hospitalaria, xa que o tratarse dunha intervención multidisciplinar, o desenvolvemento dos obxectivos do resto dos profesionais pódense modificar en función de variables como o destino trala alta hospitalaria, rede de apoio e recursos ou servizos que a persoa terá na situación de alta hospitalaria.
- O/a traballador/a social no hospital ten un labor importante no proceso de preparación da alta hospitalaria dos e das pacientes. Durante a hospitalización realiza un estudo do ámbito social, sanitario, económico e laboral para deseñar un plan orientado a alta hospitalaria do e da paciente. Para iso, realiza entrevistas coa persoa e coa súa rede de apoio, analizando e estudando o grao de implicación da súa rede social, organización e estrutura dos apoios, circunstancias da vivenda e económicas da persoa; para cando dispoña da alta hospitalaria poida ter os recursos que necesita para adaptarse a nova realidade clínica e social.
- O Servizo de Traballo Social non xestiona recursos de forma exclusiva senón que abarca un amplo abano, como acompañamento familiar, soporte emocional, coordinación e derivación con outros servizos, administracións e organizacións reducindo a xestión e tramitación de recursos a unha función complementaria á planificación de coidados para preparar a alta hospitalaria do/a paciente.



- Para incrementar a calidade no proceso de planificación de alta, o/a traballador/a social debe ter coñecementos xenerais sobre os distintos termos clínicos relacionados con enfermidades cerebrais, factores de risco, probas diagnósticas, protocolos e guías de intervención así como una coordinación fluída co equipo interdisciplinar do servizo de rehabilitación.

De forma específica, dende o propio servizo de traballo social, débense adquirir máis competencias propias e específicas centradas no coñecemento e uso de diferentes escalas (Lawton e Brody para medir a capacidade funcional do/a paciente, escala de Zarit para coñecer a sobrecarga familiar ou a escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón permitindo identificar a existencia de risco social), participar en grupos científicos, publicacións e investigación social que impulse o coñecemento sobre o proceso de rehabilitación integral dende unha perspectiva social. Tamén crear guías de intervención con pacientes diagnosticados de enfermidade cerebrovascular e coas súas familias incidindo na posibilidade de soporte emocional, escoita activa e planificación de alta hospitalaria.

Esta investigación pode servir de base para un estudo retrospectivo de anos posteriores que permita coñecer a evolución e autonomía funcional dos pacientes que estiveron hospitalizados no servizo de rehabilitación e realizar un seguimento dos/as pacientes que acoden a rehabilitación de forma ambulatoria.

Tamén é de interese formular liñas de investigación orientadas a coñecer o grao de sobrecarga dos/as coidadores/as principais dos pacientes de rehabilitación, valorando si existen variacións na rede de apoio dende a alta hospitalaria.

Por último, é relevante avaliar a autonomía funcional das persoas valorando os expedientes iniciados a través do recoñecemento de dependencia e analizar a resolución formulada polo Equipo de Valoración de Dependencia e se nun futuro as persoas hospitalizadas no servizo de rehabilitación, continúan tendo o mesmo grao de dependencia ou se teñen algunha variación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar Idáñez, M.J. y Olmedo Vega, V. (2022). *Guía práctica del trabajo social*



- neurológico* (36). Ediciones de la Universidad de Castilla la Mancha.
- Aldunate, N. (2015). *Trabajo social sanitario en casos de ictus en Navarra*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Pública de Navarra] Académica-e. <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/19131>
- Carnerero Sánchez, D. (2018). *Propuesta de protocolo de Trabajo Social Sanitario (TSS) de intervención psicosocial en personas con Trastorno Mental Grave (TMG) desde un Centro de Salud Mental (CSM.)* [Trabajo de Fin de Máster, Universitat Oberta de Catalunya]. <https://openaccess.uoc.edu/simple-search?query=Propuesta+de+protocolo+de+Trabajo+Social+Sanitario+%28TSS%29+de+intervenci%C3%B3n+psicosocial++en+personas+con+Trastorno+Mental+Grave+%28TMG%29+desde+un+Centro+de+Salud+Mental+%28CSM%29+>
- Clinic Barcelona. (27 de diciembre de 2022). *¿Que es un ictus?*. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/ictus>
- Colom, D. (2013). *Modelos de trabajo social sanitario. La gestión y la clínica*. [Archivo en PDF]. https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/76845/9/Contexto%20hist%C3%B3rico%20en%20el%20TSS_M%C3%B3dulo%204_Modelos%20de%20trabajo%20social%20sanitario.%20La%20gesti%C3%B3n%20y%20la%20cl%C3%ADnica.pdf
- Colom, D. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y Sostenibilidad del sistema sanitario. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria, revista de servicios sociales*, (47), 109-119.
- Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia. (2023). *Actualización do plan de asistencia ao ictus en Galicia (código ictus)*. [Archivo PDF]. <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Plan-Ictus-Asistencia?idioma=es>
- Deltoro Rubio, A. (2020). *Percepción social del trabajo social sanitario como disciplina y profesión*. [Trabajo de Fin de Mestrado, Universitat Oberta de Catalunya]. <https://openaccess.uoc.edu/simple-search?query=Percepci%C3%B3n+social+del+trabajo+social+sanitario+como+disciplina+y+profesi%C3%B3n>.
- Federación Española de Daño Cerebral e Observatorio Estatal Daño Cerebral. (2021). *Estudio sobre la situación de las personas con daño cerebral en proceso de*



- envejecimiento y necesidades de prestación de apoyos.* [Arquivo en PDF].
https://www.fedace.org/estudio_envejecimiento
- Federación Española de Daño Cerebral (2023). *¿Cómo debe ser la rehabilitación del daño cerebral adquirido?* [Arquivo en PDF].
https://fedace.org/index.php?V_dir=MSC&V_mod=showart&cmd=print&id=169
- Federación Española de Daño Cerebral. (2021). *Modelo de atención al daño cerebral adquirido.* [Arquivo en PDF]. https://fedace.org/modelo_atencion_dano_cerebral
- Federación Española de Daño Cerebral. (2006). *Trabajo social y daño cerebral adquirido.* [Arquivo en PDF]. https://fedace.org/files/MSCFEDACE/2016-10/17-18-40-2.admin.1_trabajo_social_y_DCA.pdf
- Federación Galega de Dano Cerebral Adquirido. (2019). *Cousas que debes saber sobre o dano cerebral adquirido cando o teu familiar está no hospital.* [Arquivo en PDF]
<https://www.fegadace.org/formacion-dano-cerebral-galicia-gal.html#coidados-atencion-dano-cerebral>
- FEDACE. (2019). *Conoce el Daño Cerebral.* [Arquivo en PDF]. <https://fedace.org/dano-cerebral>
- FEDADE. (13 de setembro do 2019). *Que es y causas principales*
<https://fedace.org/dano-cerebral>
- FEDACE. (13 de maio do 2022). *FEDACE publica infografías sobre las personas con Daño Cerebral con certificado de discapacidad.*
https://fedace.org/reconocimiento_discapacidad
- Garcés Carranza, C. M. (2013). *Trabajo Social y el plan de alta del hospital. Análisis,* 14(1), 62–73. <https://doi.org/10.54114/revanlisis.v14i1.13448>
- Geritricarea. (Outubro del 2019). *El ictus es la primera causa de discapacidad adquirida en el adulto y la segunda de demencia.*
<https://www.geritricarea.com/2019/10/28/el-ictus-es-la-primera-causa-de-discapacidad-adquirida-en-el-adulto-y-la-segunda-de-demencia/>
- Gijón Sánchez, M. T. y Colom Masfret, D. (2016). Debates transdisciplinares en torno a la especialización del trabajo social sanitario. Respuestas transdisciplinares en una sociedad global: Aportaciones desde el Trabajo Social (p. 143).
- Nepssa (17 de marzo de 2020). El papel del Trabajo Social en la neurorehabilitación.
<https://nepssa.es/el-papel-del-trabajo-social-en-la-neurorehabilitacion/>



- Olmedo, V. y Arranz, M. (2017). Trabajo Social Sanitario: Intervención con Pacientes con ictus desde el Servicio Médico de Neurología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. *Trabajo Social y Salud* (88), pp. 39-47.
- Olmedo, V. y Fernández, S. (2020). Las cuatro “q” del Trabajo Social en la atención a personas con enfermedades neurológicas: qué, quién, porqué y para qué. *Documentos de trabajo social: Revista de Trabajo Social y acción social*,(63),7-28.
- Olmedo Vega, V. (2021). *Rehabilitación integral post-ictus: factores sociales, impacto a largo plazo y trabajo social de neurología* [Tese de doutoramento, Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/48610/Tesis1885-210906.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Olmedo, V. y González, R. (2018). Repesando la intervención social en pacientes con ictus. *Acciones e investigaciones sociales* (39), 89-110. https://doi.org/10.26754/ojs_ais/23404507
- Rodríguez Moneo, A. (2017). *Trabajo social grupal: intervención grupal con familiares de pacientes de ictus*. [Trabajo de Fin de Grao, Universidad de Valladolid]. Repositorio documental Universidad de Valladolid.
- Rudilla Pinzón, L. (2017). Recursos sociales para personas afectadas de un ictus. intervención desde el trabajo social recursos sociales para personas afectadas de un ictus. intervención desde el trabajo social recursos sociales para personas afectadas de un ictus. intervención desde el trabajo social. [Trabajo de fin de grado, Universidad de Zaragoza]. Zagan repositorio internacional de documentos.
- Sociedad Española de Neurología (2019). *El atlas del ictus en Galicia*. [Archivo PDF]. https://www.sen.es/images/2020/atlas/Informes_comunidad/Informe ICTUS Galicia.pdf
- Vazquez Guimaraens, M (2017). Factores relacionados a una mayor recuperación funcional tras sufrir un accidente cerebrovascular [Tesis de doctorado, Universidade da Coruña]. <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/19544>



PREMIOS DÍA MUNDIAL DO TRABALLO SOCIAL 2024



ANHELOS: EXPOSICIÓN FOTOGRÁFICA SOBRE A DECONSTRUCCIÓN DA MASCULINIDADE TRADICIONAL

ANHELOS: EXPOSICIÓN FOTOGRÁFICA SOBRE LA DECONSTRUCCIÓN
DE LA MASCULINIDAD TRADICIONAL

DESIRES: PHOTOGRAPHIC EXHIBITION ON THE DECONSTRUCTION OF
TRADITIONAL MASCULINITY

Sober – Concello de Lugo - Marzo de 2023 ata a actualidade.

Patricia Vidal González - Traballadora Social

patri-vidal@hotmail.com

Ana de la Torre Alvaredo - Traballadora Social

Anadelatorre1@hotmail.com

Premio Día Mundial do Traballo Social de 2024

Modalidade de Boa Práctica

Ogallá estes anhelos se convertan en realidades

RESUMO

As mulleres foron e son partícipes de como a socialización diferencial entre o sexo masculino e o feminino as situou, ao longo da súa historia, nunha posición de opresión e nunha situación de clara desvantaxe. A masculinidade, aqueles mandatos sociais que lle estipularon aos homes como debe de ser a súa interacción coas mulleres e con eles mesmos, mantén intactos sempre eses roles e actitudes, xerando, deste xeito, relacións desiguais coas mulleres. Anhelos xorde coa finalidade de amosar novas formas de ser, relacións libres e en igualdade entre homes e mulleres, rompendo, así coas normas dun sistema patriarcal e androcéntrico.

PALABRAS CHAVE

Xénero, estereotipos machistas, masculinidade, deconstrución, igualdade.



RESUMEN

Las mujeres han sido y son partícipes de cómo la socialización diferencial entre el sexo masculino y femenino las ha colocado, a lo largo de su historia, en una posición de opresión y en una situación de clara desventaja. La masculinidad, esos mandatos sociales que dictaban a los hombres cómo debía ser su interacción con las mujeres y consigo mismos, mantiene siempre intactos esos roles y actitudes, generando, de esta manera, relaciones desiguales con las mujeres. Anhelos surge con el propósito de mostrar nuevas formas de ser, relaciones libres e igualitarias entre hombres y mujeres, rompiendo así con las normas de un sistema patriarcal y andocéntrico.

PALBRAS CLAVE

Género, estereotipos machistas, masculinidad, deconstrucción, igualdad.

ABSTRACT

Women have been and are participants in how the differential socialization between the male and female sex has placed them, throughout their history, in a position of oppression and a situation of clear disadvantage. Masculinity, those social mandates that dictated to men how their interaction with women and with themselves should be, always keeps those roles and attitudes intact, thus generating unequal relationships with women. Anhelos arises with the purpose of showing new ways of being, free and egalitarian relationships between men and women, thus breaking with the norms of a patriarchal and andocentric system.

KEYWORDS

Gender, sexist stereotypes, masculinity, deconstruction, equality.

INTRODUCCIÓN

Dende antes do nacemento de cada persoa, a sociedade xa lle atribúe unha serie de características en base o seu sexo. É o que coñecemos como xénero, como o conxunto de características, atributos, formas de ser, roles, etc., construídas por a sociedade e atribuídas, de forma diferenciadora, a homes e a mulleres. Este constructo social marca diferenzas entre ambos, os cales, interiorizan,

como propias, ditas expectativas, xerando unha desigualdade evidente entre o sexo masculino e o feminino (Rodríguez y Jabbaz, 2021). Indo mais ala e, mais concretamente, como indica De Potestad (2023), o xénero é:

Unha construción sociocultural que lle asigna unha suposta feminidade á muller biolóxica e unha masculinidade imaxinada ao macho biolóxico. Segundo o xénero sociocultural, os homes son máis prácticos e lóxicos, máis valentes, máis cualificados para o pensamento abstracto e para ocupar postos de responsabilidade. As mulleres, en cambio, son máis sentimentais, máis sensibles e sociais, polo que se consideran máis aptas para o coidado de nenos e persoas maiores e máis hábiles nas tarefas domésticas. Evidentemente estas diferenzas son unha construción social, propia da sociedade patriarcal, polo tanto, falsa. O xénero, en consecuencia, non é unha identidade, senón o conxunto de normas, estereotipos e roles, impostos socialmente ás persoas en función do seu sexo (p.85).

Polo tanto, o xénero coloca o sexo feminino en posicións de subordinación e aos varóns en posicións de hexemonía. Como expón Mary Beard, “non é fácil facer encaixar as mulleres nunha estrutura que, de entrada, está codificada como masculina” (Ranea, 2021, p.23). Con esta frase, facemos alusión ao poder do home fronte o que ten a muller, as relacións de desigualdade que se constrúen entre ambos e a situación de opresión na que se atopan elas e a de privilexio na que se atopan posicionados eles.

Xorden, deste modo, os termos masculinidade e feminidade, sendo, o primeiro, o obxecto deste estudo e proxecto. Así pois, falar de masculinidade é, como xa expuxemos, sinónimo de falar de xénero, pois ser home apréndese mediante o proceso de socialización, non ven, de forma tácita e innata, ao nacer con un corpo masculino. Por o tanto, que é ser home? É o proceso de encarnación dos mandatos e das probas estipuladas por a masculinidade, sendo esta, unha construción identitaria permanentemente a proba, posto que, de xeito continuo, teñen que demostrar que “son homes”. Calquera fisura nestes mandatos repercute, de xeito negativo, na proxección da súa masculinidade, na súa virilidade, perdendo estatus fronte o resto de iguais. Indo mais alá, para entender a socialización masculina, hai que valorar a mesma dende dous eixes: o vertical, en xerarquía coas mulleres e, en horizontal, con respecto aos homes.



Así pois, a socialización diferencial ensínalle ao sexo masculino a rexeitar todo aquilo que é propio do feminino, definíndoos en xerarquía e oposición respecto aos roles, actitudes, mandatos, valores e comportamentos definidas como femininos. A masculinidade defínese a través do antagonismo, correspondéndolle a femineidade valores e formas de ser como a sumisión, a pasividade, a dependencia, a debilidade, a delicadeza, o estar e ser para outros, etc., mentres que a masculinidade correspóndelle actitudes mais relacionadas co rol activo, co poder, independencia, autonomía, fortaleza, agresividade, ser para un mesmo, etc. Aos homes estipúlaselles asumir riscos, manter o poder e o control, utilizar a violencia cando xorden situacións de conflito e ter emocións, unicamente, ligadas ao enfado, a rabia e a ira. Con respecto o outro eixe, os homes, como dixemos con anterioridade, ven a necesidade de demostrar que “son homes”, pois a sociedade castígaos no caso de que se desvinculen do que a sociedade marca como propio do seu sexo (Ranea, 2021).

É necesario deconstruír a masculinidade tradicional, deixar de educar en diferenza, facéndoo en igualdade e en liberdade, afastándonos do que nos dixeron que significaba ser home ou ser muller. É de vital importancia desaprender o que nos ensinaron, sendo conscientes de que os privilexios que posen uns, sostéñense sobre a posición de subordinación doutras. É imprescindible que florezan novos xeitos de existir, de relacionarnos e de construír personalidades. Por ilo, dende este concello, levamos a cabo o proxecto de Anhelos, unha exposición fotográfica que mostra a homes rompendo cos roles que a sociedade patriarcal lle vendeu e que eles interiorizaron como propios, mantendo, deste xeito, relacións igualitarias co sexo feminino. Pero este proxecto non só se reduciu a isto, pois tamén se realizou unha enquisa sobre a presenza de pensamentos sexistas e estereotipos machistas na que participaron arredor de 310 persoas e numerosas charlas educativas en diferentes institucións, transmitindo e difundindo o sentido de Anhelos.

Ao longo deste traballo, levaremos a cabo unha exposición de dito proxecto e unha explicación da súa elaboración. Para ilo, desenvolveremos os obxectivos, as persoas destinatarias, a metodoloxía, a descrición das actuacións, a coordinación e 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.

Así pois, a continuación, levaremos a cabo unha exposición dos obxectivos de Anhelos.

1. OBXECTIVOS.

Nun primeiro momento, é esencial e de vital importancia levar a cabo unha exposición dos obxectivos que presenta o proxecto Anhelos, entendendo, deste xeito, o nacemento do mesmo. Para unha maior comprensión, distinguiranse entre obxectivos principais e obxectivos específicos.

1.1. Obxectivo principal:

- Deconstruír a masculinidade tradicional, entendendo que a mesma prexudica a existencia de relacións igualitarias entre homes e mulleres, situando, a estas últimas, nunha clara posición de desvantaxe e opresión.

1.2. Obxectivos específicos:

- Caracterizar, diferenciando, os conceptos de sexo e xénero.
- Reflexionar sobre a existencia do xénero e sobre os mandatos sociais que transmite.
- Observar os roles que a sociedade, por medio dos diferentes axentes socializadores, difunde, de forma diferenciadora, ao sexo feminino e ao masculino.
- Defender que mulleres e homes actúen de xeito libre, sen verse condicionados por as normas que a sociedade transmite como propias de cada sexo.
- Reflexionar sobre os privilexios que a masculinidade lle concede aos homes e sobre a situación de desvantaxe na que sitúa as mulleres.
- Promover outras formas de ser que fomenten a igualdade entre o sexo masculino e o feminino.
- Estudar, por medio dunha enquisa, a existencia de roles de xénero na



poboación.

A continuación, unha vez visualizados os obxectivos que persigue a exposición fotográfica Anhelos, levarase a cabo unha explicación daquela poboación a que vai destinado dito proxecto.

2. PERSOAS DESTINATARIAS.

Anhelos é unha exposición fotográfica que está destinada a toda a poboación en xeral. Así pois, e facendo mais fincapé nesta afirmación, é necesario destacar que a masculinidade e a femineidade son dous conceptos creados por a sociedade, polo que se transmite e difunde por as diferentes vías as que ten acceso o proceso de socialización a todas as persoas. Polo tanto, mulleres e homes son vulnerables ante ditos discursos, interiorizando e reproducindo os roles de xénero que a sociedade patriarcal e androcéntrica lles vende como normais, como algo inherente ao seu sexo. Por elo, e, ante dita realidade, a presente exposición fotográfica é aberta, o que implica que poidan acudir a visitala toda aquela persoa que así o desexe. Con respecto ao mesmo, e, coa finalidade de que un maior número de poboación poidan observar cada unha das fotografías, dito proxecto de igualdade é itinerante, por o que é trasladado a diferentes concellos, asociacións e institucións galegas.

Non obstante, é necesario destacar que a finalidade principal deste proxecto é a de desarmar a masculinidade para obter relacións igualitarias entre homes e mulleres, fomentando que os homes abandonen a súa situación privilexiada e as mulleres a opresora. Por elo, as fotografías recollen situacións que rompen cos roles e estereotipos de xénero, divulgando novas formas de ser e de actuar, en cada un e en todos os momentos vitais das persoas, as cales fomentan a igualdade e a liberdade. Por elo, consideramos que é de vital importancia que o sexo masculino valore o contido de cada unha das fotografías, reflexionando sobre a súa situación de poder e sobre a violencia que elo ocasiona cara as mulleres.

Por outro lado, tamén hai que destacar que se levaron e levarán a cabo diferentes charlas educativas 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 da masculinidade tradicional. É de vital



importancia traballar coa xuventude temáticas tan sensibles como a igualdade de xénero. A maiores, tamén se executaron e executarán ditas charlas en diversos centros penitenciarios da Comunidade Autónoma de Galicia, participando, así, no proceso de reinserción das persoas que se atopan nos mesmos.

Por o tanto, e, de forma resumida, podemos concluír que dita exposición fotográfica está dirixida e aberta a toda a poboación, se ben é certo que se fai un maior énfase na reflexión do sexo masculino e na poboación xove, entendendo que os primeiros son parte indiscutible da loita contra a igualdade de xénero, adoptando roles que os sitúan nunha posición máis avantaxada coas mulleres.

A continuación deste apartado, levarase a cabo un desenvolvemento daqueles métodos que se seguiron para executar dito proxecto de igualdade.

3. METODOLOXÍA.

Para desenvolver dita exposición fotográfica, nun primeiro momento, levouse a cabo unha enquisa sobre os roles de xénero, a cal tiña como obxecto indagar sobre os estereotipos e pensamentos machistas das persoas participantes, e en como inflúen as mesmas en diversos ámbitos da súa vida. Así pois, e, máis concretamente, formuláronse cuestións aludindo a educación diferencial entre homes e mulleres, facendo fincapé en aspectos como o ámbito privado e público, o coidado de persoas, as formas de ser e de actuar, a expresión de emocións e de afecto, o coidado persoal, as disimilitudes na socialización dos nenos e das nenas con respecto os xoguetes e os deportes, etc. Indo máis alá, o contido da enquisa elaborada conformábase con diferentes afirmacións nas cales os e as participantes tiñan que marcar o seu grado de conformidade, sendo estas as seguintes:

1. Un neno –sexo masculino- non debería xogar con bonecas, cociñas, barbies e sets de maquillaxe.
2. Un neno –sexo masculino- ten que xogar, especialmente, con xoguetes de aventura, acción e estratexia.
3. Non se debería ensinar a un neno –sexo masculino- a cociñar, limpar a casa ou coidar doutras persoas.



4. A socialización/educación dos nenos e das nenas debe ser diferente, pois existen disimilitudes, evidentes, entre eles.
5. Existen deportes para nenos e deportes para nenas porque hai diferenzas, evidentes, entre ambos os sexos.
6. Creo que os homes teñen que ser seguros, líderes e rudos e as mulleres sensibles, compracentes e preocupadas por os demais.
7. As mulleres teñen mais habilidades e unha maior capacidade ca os homes para exercer as tarefas domésticas.
8. O sexo feminino ten máis habilidades e unha maior capacidade ca os homes para coidar dos fillos e das fillas.
9. As mulleres teñen mais habilidades e unha maior capacidade ca os homes para exercer os coidados de persoas maiores.
10. O sexo masculino non é tan sensible como o feminino.
11. Entre homes non é normal darse mostras de cariño. Isto é máis propio das mulleres e dos homes homosexuais por as características diferentes que presentan entre uns e outros.
12. Os homes non deberían chorar en público porque iso da unha imaxe de persoa débil.
13. O sexo masculino debería resolver os seus problemas persoais por eles mesmos sen ter que recorrer a outras persoas e, menos, a outros homes.
14. Os homes teñen que ser os protectores da familia e da parella.
15. Un home que non se defenda cando outros homes o increpan a el ou a súa parella é débil.
16. Os homes non deben ser presumidos, nin coidarse nin prepararse mais que unha muller. Son cousas de sexo feminino.
17. O sexo masculino non debería maquillarse nin pintarse as uñas. Iso non é algo natural dos homes.
18. Un home de verdade é heterosexual.
19. Os homes homosexuais teñen mais semellanzas co sexo feminino que co masculino. Son homes feminizados.
20. Si un home non ten o suficiente sexo coa súa muller é normal que cometa unha infidelidade.
21. É normal que un home recorra a prostitución no caso de non ter sexo. É unha necesidade propia do sexo masculino.



22. Non ten nada de malo que un home lle diga un piropo a unha muller, sen coñecela e nun ámbito público, pois está alagando o seu físico.

23. Existe unha masculinidade tradicional que é necesario modificar.

As seis seguintes cuestións aluden a quen realiza as tarefas relacionadas co fogar e as actividades referentes o coidado doutras persoas, nomeando nas respostas o sexo feminino, o masculino ou ambos.

1. No meu fogar as tarefas domésticas recaen, principalmente:
2. No meu fogar, o coidado de menores recaen, principalmente:
3. No meu fogar, o coidado de persoas maiores recaen, principalmente:
4. Considero que as tarefas domésticas son executadas, na súa maioría, por:
5. Considero que o coidado de menores son executados, na súa maioría, por:
6. Considero que o coidado de maiores son executados, na súa maioría, por:

Dito cuestionario foi de elaboración propia, polo que, entendemos, pode presentar diversos sesgos e está composto por 31 preguntas, con catro opcións cada unha e dunha única resposta. A enquisa foi executada por 310 persoas.

Unha vez finalizado dito cuestionario e analizadas cada unha das súas respostas, iniciouse o proceso para a elaboración da exposición fotográfica. Nun primeiro momento, foron estudados os conceptos que querían ser incluídos na mesma, decidindo que os participantes de dito proxecto, serían, especialmente, homes, amosándoos en situacións que potencian a existencia de estereotipos de xénero e de relacións desiguais entre o sexo feminino e o masculino. Unha vez chegadas a esta conclusión, por medio das redes sociais do concello, solicitouse a participación, voluntaria, de homes e de certas mulleres –houbo fotografías que para amosar determinadas situacións requiríamos da presenza do sexo feminino-. Ditas persoas, por medio destas mesmas vías, puxéronse en contacto con nós, e, posteriormente, expuxémoslle, de xeito individual, e acordando, previamente, as fotografías que se querían amosar e os discursos que se querían transmitir, o escenario na que ían participar e como se ían amosar, buscando a súa aceptación, *ergo*, a súa comodidade. Unha vez executado o mesmo, puxémonos en contacto coa fotografa María Fernández, sendo esta quen realizou os retratos dos e das diferentes participantes. O proceso fotográfico executouse nun mes, reunindo as persoas que o conforman



en diferentes localizacións, tanto en interior como en exterior, as cales recollían todas as características necesarias para que o mesmo fora óptimo. No mesmo, os propios participantes escollían a fotografía que mais se axeitase o seu gusto, posto que, en ningún momento, desexamos que estivesen incómodos e incómodas coa mesma. Posteriormente, levouse a cabo a súa revelación e a compra dos marcos que ían encadralas.

Unha vez finalizado a preparación do material que conformaba a exposición, levouse a cabo a inauguración e a presentación do mesmo no noso concello, facéndoo nas instalacións coas que conta, manténdose nel durante un mes. Nese período, puxémonos en contacto con outras institucións, vía telefónica ou electrónica, para que Anhelos fora itinerante, é dicir, para que puidese estar presente noutros lugares, chegando, deste xeito, a un maior número de persoas. Así pois, dende xuño a exposición mantívose en constante movemento, tendo localizacións marcadas ata, case, finais do ano 2024.

Aproveitando a temática do proxecto e considerando a necesidade existente, levaranse a cabo diversas charlas educativas, nas cales se realizará unha reflexión sobre os roles de xénero e as consecuencias negativas que carrexan a súa existencia. Para ilo, tamén nos puxemos en contacto con diferentes centros escolares e con outras institucións.

No seguinte apartado, levaremos a cabo unha exposición das actuacións que se levaron a cabo ao longo do proxecto.

4. DESCRICIÓN: ACTUACIÓNS, INTERVENCIONS CLAVE E DESENVOLVEMENTO DAS MESMAS.

Co fin de obter unha maior comprensión das diferentes actuacións que se executaron ao longo do presente proxecto de igualdade, diferenciaremos as mesmas en cinco puntos.

1. Elaboración da enquisa. Co fin de obter unha maior proximidade a temática que queríamos abordar na exposición fotográfica, redactouse un cuestionario para observar os estereotipos de xénero presentes nos e nas participantes, así como a presenza marcada da masculinidade. Posteriormente, analizamos os resultados e executouse o plantexamento da exposición fotográfica.



2. **Exposición fotográfica.** Unha vez obtidos os resultados, realizamos unha busca de persoas que quixesen participar, de xeito voluntario, na exposición. Para elo, levouse a cabo o seguinte:

- Elección das situacións que se queren amosar e dos argumentos que se queren transmitir e reivindicar.
- Contratación da persoa encargada de realizar as fotografías, amosándolle e traballando, conxuntamente, o punto anterior.
- Busca, por medio das redes sociais do concello, de homes e mulleres que queiran participar no proxecto.
- Coordinación coas mesmas.
- Coordinación cos e coas modelos e coa fotógrafa para fixar unha data e o lugar onde se executaran as fotografías.
- Realización das fotografías.
- Elección das mesmas, contando coa aprobación de cada unha das persoas participantes.
- Impresión das fotos.
- Compra dos marcos e montaxe dos mesmos.

3. **Inauguración e presentación do proxecto 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 do mesmo. En dito acto, mantívose, tamén, unha retroalimentación coas e cos visitantes.

4. **Anhelos en continuo movemento.** A exposición, estivo e estará presente en diversas institucións. Para elo, contactamos coas mesmas por vía telefónica ou electrónica, fixando datas no caso de que estivesen interesadas. A maiores, axúntaselle solicitude de préstamo para que firmen e un documento no que se expoñen os deberes que deben de cumprir fronte a exposición.

5. **Charlas educativas.** Levaranse a cabo ao longo do ano 2024, diversas charlas educativas que xirarán en torno a exposición e a temática pola que naceu a mesma. Para elo, tamén nos poñemos en contacto con diversos centros escolares e outros organismos para propoñer dita execución, coordinando as datas cos mesmo, no caso de estar interesados. Execútase un soporte –power



point- para apoiarnos a hora de impartir ditas exposicións educativas.

A continuación, levaremos a cabo unha exposición mais pormenorizada das alianzas que se teceron ao longo deste proxecto.

5. COORDINACION E ALIANZAS.

Como xa expuxemos en apartados anteriores, o proxecto do que vimos a falar estivo presente en diversas institucións e continuará a facelo, posto que non ten un fin establecido, é dicir, é unha exposición que se iniciou e executou no ano 2023, pero a cal continuará presente no tempo, empregándoa o longo do mesmo e descoñecendo, pois, a data do seu fin. Destacar que a finalidade pola que se converteu en itinerante é porque cremos na necesidade de que, dende as diferentes administracións públicas, se executen actividades e proxectos educativos que cheguen a poboación, aproveitando, así, os recursos e instrumentos cos que contamos e, deste modo, ademais, podemos chegar a un maior número de persoas, levándoa fronte a un número mais elevado de ollos e de mentes.

Polo tanto, levamos a cabo unha clara coordinación coas institucións para a súa correcta posta en marcha, así como a creación de alianzas para conseguir os obxectivos que persegue Anhelos. Destacar, que en algunhas das que se van a nomear, aínda non se amosou a exposición ou non se levaron a cabo as charlas educativas, pero si existe unha data para facelo. E do mesmo xeito, sinalar que continuamos a ofrecerlle esta opción a outros organismos ou, eles mesmos, se poñen en contacto con nós. Así pois, estas institucións foron as seguintes:

Con respecto o préstamo da exposición:

- Concello de Sober (Lugo).
- Concello de Pantón (Lugo).
- Concello de A Agolada (Pontevedra).
- Concello de Taboada (Lugo).
- Concello de Escairón (Lugo).
- Centro para persoas con Discapacidade Física DomusVi de Bóveda (Lugo).
- I.E.S A Pinguela (Monforte de Lemos).



- Concello de Sarria (Lugo).
- Concello de A Pobra de Brollón (Lugo).
- Centro Penitenciario de Pereiro de Aguiar (Ourense)
- Centro Penitenciario de Monterroso (Lugo).
- Centro Penitenciario de Teixeira (A Coruña).
- Centro de Inserción Social Carmela Arias y Díaz de Rábago (A Coruña).

Con respecto as charlas educativas:

- Centro Penitenciario de Pereiro de Aguiar (Ourense)
- Centro Penitenciario de Monterroso (Lugo).
- Centro Penitenciario de Teixeira (A Coruña).
- Centro de Inserción Social Carmela Arias y Díaz de Rábago (A Coruña).
- I.E.S. A Pinguela.

Destacar, como dixemos con anterioridade, que o proxecto é algo prolongado no tempo, por o que, ao longo dos anos, pode prestarse noutras institucións que non están nomeadas no presente.

Pero, sen dúbida, neste apartado tamén é necesario subliñar a coordinación e as alianzas que se executaron coas persoas participantes, sendo elas a cara da loita pola que se inicia este proxecto de igualdade. Como dixemos con anterioridade, son elas quen se poñen en contacto con nós unha vez iniciamos a busca e, dende ese momento, mantemos diversas conversacións e entrevistas para explicarlles a finalidade do noso proxecto, así como o funcionamento do mesmo. Nas mesmas, fixamos unha data e unha hora para a execución das fotografías, así como a estipulación do lugar onde se van a realizar. No desenrolo dos retratos, mantívose un contacto mais íntimo cos homes e coas mulleres que decidiron participar, sendo neste mesmo, cando se lle solicita que firmen unha autorización para a difusión da súa imaxe e cando se lle amosa as diferentes fotografías que se captaron, para que escollan aquelas nas que se senten máis cómodos e cómodas.

Destacar, tamén, que esta actividade foi realizada con fondos do Pacto de Estado contra a Violencia de Xénero.

A continuación, trataremos, a pesar de nomealo ao longo deste escrito,



a difusión que se levou a cabo deste proxecto, sendo unha parte primordial e importante do mesmo.

6. PROMOCIÓN E DIFUSIÓN DA PRÁCTICA.

É evidente a importancia que tivo e ten a difusión neste proxecto, en cada un dos pasos que se levaron no seu proceso de elaboración. Para unha maior comprensión, como en apartados anteriores, levaremos a cabo unha distinción das diferentes etapas do proxecto:

1. Elaboración da enquisa. Para coñecer a presenza de estereotipos de xénero, especialmente sobre aqueles que xiran en torno a masculinidade e a feminidade, invitamos as persoas, homes e mulleres, por medio das redes sociais do concello, a responder a dito cuestionario. Como é evidente, foi necesario que estas publicacións se fixeran en diversas ocasións.

2. Creación da exposición fotográfica. Unha vez obtidas as respostas da enquisa, chegando as conclusións que pretendiamos obter e seleccionados aqueles conceptos que queriamos mostrar, solicitouse a participación, especialmente, de homes e de algunhas mulleres nas diferentes fotografías que se ían a realizar. Esta petición executouse por medio das redes sociais do concello.

3. Exposición Anhelos. Como xa expuxemos anteriormente, cando a exposición fotográfica estivo finalizada, levouse a cabo a súa presentación no concello. Para que tivese o número máximo de visitantes, tanto o día da inauguración como as datas posteriores nas que seguiría instalada nas nosas instalacións, promocionouse non só nas redes sociais do concello, senón tamén por medio de carteis, os cales se situaron nos puntos claves da localidade.

4. Anhelos en movemento. Esta etapa fai referencia ao momento no que nos puxemos en contacto con diferentes organismos e institucións para que a exposición fotográfica estivese presente nas mesmas. Unha vez estipulado o traxectoria, lévase a cabo publicidade da exposición por medio das nosas redes sociais e das propias das localizacións nas que se atopan para que acudan persoas a visitala.

Destacar, tamén, que se levan a cabo diversas entrevistas na radio e no



periódico para facer un maior reclamo daqueles organismos que queiran contar coa exposición nas súas instalacións e, tamén, dos e das visitantes que podan achegarse a reflexionar coas mesmas.

Unha vez exposto o procedemento que se levou a cabo para promocionar e difundir a práctica, explicaremos e plasmaremos a participación das persoas destinatarias.

7. PARTICIPACIÓN DAS PERSOAS DESTINATARIAS.

Ao longo da exposición leváronse a cabo diversas actividades, polo que, para unha maior comprensión, e do mesmo xeito que en apartados anteriores, faremos unha división das mesmas.

1. Elaboración da enquisa. Foron 310 persoas as que participaron na mesma, polo que, a participación, tanto de mulleres como de homes, foi extensa.
2. Busca de participantes. A pesar de que dito proceso presentou diversas dificultades , debido a que se estendeu mais do esperado, finalmente, a participación foi boa e satisfactoria. Participaron 41 persoas, 7 mulleres e 34 homes.
3. Presentación da exposición fotográfica. A inauguración que se desenvolveu nas instalacións do noso concello contou con moitos e moitas visitantes, arredor de 100 persoas. Nos días posteriores, tamén recibiu un elevado número de persoas, pero as cales non foron contabilizadas.
4. Anhelos en movemento. Tivemos constancia da participación da poboación nos organismos nos que estivo presente por medio do contacto que tivemos coa persoa responsable e, tamén, por medio dun libro no que se recollían firmas, opinións, suxestións, etc. Entres estas, atopamos as seguintes:

-“Orgullosa de vivir esta revolución feminista. Agora tócanos a nós dar un paso e derribar muros e prexuízos que nos farán máis libres a todos e a todas”.

-“Encantoume a perspectiva dende os opresores, como a sociedade inflúe enormemente no noso comportamento, pois cando nacemos non temos prexuízos nin estereotipos. Son eles quen no los crean cos seus escondidos



comentarios”.

–“Que fermosa exposición de realidade! Canta necesidade de que a arte reflexe realidade, conciencia, necesidade..., é preciso, aínda, non deixar de incidir en mellores costumes e hábitos para a convivencia igualitaria, pacífica e respectuosa. Estas intervencións, con tan fermosas imaxes, son un gran de area mais para sumar aos que imos tentando loitar dende outros campos. Moitas grazas por seguir a loita. Parabéns e adiante”.

5. Charlas educativas. Atopamos gran participación nos participantes. Destacar que son grupos cerrados, polo que o número de persoas que acoden é elevado.

A continuación, no seguinte apartado, levaremos a cabo a exposición dos resultados obtidos co mesmo.

8. RESULTADOS E IMPACTO.

Nun primeiro momento, é de vital importancia e de amplo interese nomear e expoñer os resultados da enquisa executada.

Con respecto ao perfil das persoas participantes, maioritariamente foron mulleres, ocupando o 64% do porcentaxe total. A maioría delas contan cunha idade entre os 18 anos e os 35 (54,2%), seguido de entre 36 e 64 (36,7%) e de mais de 65 anos (8,8%). Só 3 persoas teñen menos de 18 anos.

Incidindo nos xoguetes empregados por os e as menores, fronte a afirmación de que un neno –sexo masculino- non debería xogar con bonecas, cociñas, barbies e sets de maquillaxe, a maioría do mostrario están en completo desacordo ou en desacordo (89,9%), e son 31 as persoas que cren que non é axeitado que o fagan. Indo mais ala, o mesmo número tamén considera que os nenos de sexo masculino deben xogar con xoguetes de aventura, acción e estratexia.

Continuando no que respecta a socialización de nenos e de nenas, o 91,9% cree que non debe ser diferente, mentres que o restante porcentaxe cree que si debe ser dado que, entre eles, hai disimilitudes evidentes.

Con respecto os deportes, o 6,8% dos e das participantes cren que deben existir deportes diferenciadores entre o sexo masculino e o feminino por



a mesma razón que se expuxo con anterioridade, porque existen diferenzas entre ambos.

Na cuestión que alega que “creo que os homes teñen que ser seguros, líderes e rudos e as mulleres sensibles, compracentes e preocupadas por os demais”, o 93,2% considera que non é certo, mostrándose en completo desacordo ou en desacordo, mentres que o restante si cren que ha de ser así.

Facendo referencia as tarefas domésticas e os coidados, 45 persoas afirman que as mulleres teñen mais habilidades e unha maior capacidade ca os homes para exercer as tarefas domésticas. 64 participantes cren que as mulleres teñen, tamén, máis habilidades para coidar dos fillos e das fillas e 51 consideran que tamén as teñen mais fronte o coidado de persoas maiores.

Con respecto a sensibilidade do sexo masculino, o 20,1% cree que este non é tan sensible como o feminino, o 13,7% afirma que non é normal darse mostras de cariño entre homes, sendo mais propio das mulleres e dos homes homosexuais por as características diferentes que presentan entre uns e outros. O 7,5% considera que os homes non deberían chorar en público e o 10,5% cree que debería resolver os seus problemas persoais por eles mesmos sen ter que recorrer a outras persoas e, menos, a outros homes, afirmando, incluso, o 16,3% que deben ser os protectores da familia e da parella e o 16,5% que un home que non se defende cando outros homes o increpan a el ou a súa parella é débil. O 12,2% chega a alegar que un home de verdade debe ser heterosexual, posto que os homosexuais teñen mais semellanzas co sexo feminino que co masculino, sendo homes feminizados (15,5%).

No ámbito da imaxe persoal, 22 persoas afirman que os homes non deber ser presumidos, nin coidarse, nin prepararse máis que unha muller, sendo cousas do sexo feminino, confirmando 52 participantes que non deben nin maquillarse nin pintarse as unllas, posto que non é algo natural deles.

Con respecto a área sexual, 9,4% cree que é normal que un home cometa unha infidelidade senón ten o suficiente sexo coa súa muller e 28 persoas tamén cren que é algo normal é común que un home recorra a prostitución.



O 17,5% considera que non ten nada de malo que un home lle diga un piropo a unha muller sen coñecela nun ámbito público e alegando ao seu físico.

Con respecto a corresponsabilidade nas tarefas domésticas e nos cuidados no fogar dos e das participantes, o 37,8% afirma que as tarefas recaen na muller, o 1,3% no home e o 58% en ambos. Os cuidados dos e das menores recaen o 33,2% nas mulleres, o 0% nos homes, en exclusividade, e o 40,7% en ambos. Nos cuidados das persoas maiores, o 34,5% no sexo feminino, o 0,7% no home e o 40,7% en ambos.

Non obstante, en termos xerais, o 78,2% cre que as tarefas domésticas son executadas, na súa maioría por mulleres, o 69,8% dos cuidados dos e das menores tamén son realizados por as mesmas e o 77,6% que tamén o son os cuidados dos maiores.

43 persoas cren que non existe unha masculinidade que sexa necesario modificar.

Con respecto as fotografías, podemos facer unha reflexión individual de cada unha das mesmas, transmitindo unha explicación do seu contido e do que se quere transmitir por medio das mesmas, así como das frases que a acompañan.

1. “Portas que se abren sen mandatos que as pechen”. Na fotografía podemos observar a un pai entrando coa súa filla, duns poucos meses de vida, a un servizo público masculino onde podemos atopar un cambiador de cueiros. Con elo, queremos reivindicar unha maior presenza dos homes no cuidados dos e das menores e, tamén, a aparición, en lugares públicos, de espazos para que podan exercer de igual forma que as nais o fixeron o longo da súa historia, historia influenciada polo patriarcado.

2. “Non é axuda, é paternidade”. Nela, retrátase a un pai peiteando a súa filla. Como na fotografía anterior, pretendemos reivindicar a corresponsabilidade entre pais e nais no cuidado dos e das menores.

3. “Xogar en liberdade, crecer en igualdade”. Dous nenos, atópanse a xogar con diversos xoguetes, considerados, socialmente e tradicionalmente, como femininos. Na fotografía, podemos observar, tamén, xoguetes mixtos e

masculinos –etiquetas interpostas por a sociedade-. Con ela, pretendemos transmitir que os xoguetes non teñen xénero e que todo neno e toda nena debe ser libre para escoller aqueles cos que quere experimentar, crecer e aprender, sen virlle, estes, interpostos por unha educación diferencial.

4. Na fotografía baixo o lema “punteiras que protexen de tapices patriarcais”, observamos a un neno practicando o deporte de ximnasia rítmica, o cal, está, tradicionalmente e socialmente, mais vinculado o sexo feminino. O discurso que transmite a mesma é a defensa de que os deportes, tampouco, teñen xénero.

5. “Cores que tinguen a escuridade”. Fotografía na que aparece un home maquillado e coas unllas pintadas. Ambos feitos, sempre estiveron, relegados as mulleres, transmitíndose como algo prohibido para o sexo masculino.

6. “Descosendo tabús, enfiando liberdade”. Dous homes son retratados con roupa, socialmente, considerada feminina.

Destacar, tanto neste fotografía como na anterior, a presión maioritaria coa que contaron as mulleres, ao longo da súa historia, con respecto a súa imaxe.

7. As dúas seguintes fotografías, baixo o lema de “Érase unha vez unha muller que se salvou a si mesma” e “Érase unha vez un home que non rescatou a ninguén”, pretenden romper coa idea de que o home é o protector da familia, quen salva e protexe a muller. Nelas, observamos dúas parellas heterosexuais nas que a muller e máis alta que o home e é ela quen lle da unha aperta.

8. Co título “Latidos pausados, respiración relaxada, mans baleiras”, atopamos a unha muller, camiñando, soa, en horario nocturno e por unha rúa escura na que se atopan varios mozos bebendo. Observamos que ela circula con absoluta tranquilidade e que as miradas deles non se dirixen cara ela. Con elo, defendemos que as mulleres camiñen libres e sen medos.

9. “Tocar o ceo sen teitos que nos deteñan”. Un home e unha muller, vestidos en traxe –ela con pantalón e el con saia larga-, atópanse nunhas escaleiras, no mesmo paso. Con elo, quérese reflexionar sobre o teito de cristal co que se atopa, en moitas situacións, o sexo feminino.



10. “Alturas que non dan vertixe”. Observamos os pés das persoas protagonistas da foto anterior, observando que el leva tacóns e ela non.

11. Baixo o título “Manchas rancias que se desvanecen con corresponsabilidade”, observamos a unha parella heterosexual exercendo, conxuntamente, as tarefas do fogar. Con elo, pretendemos defender a importancia de que o ámbito privado non estea relegado, exclusivamente, as mulleres, as cales, ao longo da historia, viron como se lles asociou este por o simple feito de pertencer o sexo feminino.

12. “O home da na casa”. Un home maior, cun mandil, na porta exterior da súa casa, modifica a frase anterior, deixando patente que o sexo masculino non é o que prové a familia.

13. “Estrear uniformes dos que ninguén nos falara”. Nesta fotografía observamos a tres homes, os cales se dedican a profesionais, socialmente e tradicionalmente, consideradas femininas. Así pois, un é auxiliar de axuda no fogar, outro auxiliar nunha residencia da 3ª Idade e, outro, limpador.

14. “Xirar a roda dos coidados”. Un home empuxa a un señor maior en cadeira de rodas. Con elo, defendemos que os coidados, retribuídos e non retribuídos, non sexan só asociados co sexo feminino.

15. “Beizos que derriban muros arcaicos”. Unha parella homosexual estase a dar un bico nos beizos, defendendo a súa liberdade para elo.

16. “Emocións que voan fora da súa gaiola”. En diversas fotografías, observamos a seis homes demostrándose diversas formas de amor –nunha aparecen dándose a man, noutra unha aperta e, nunha terceira, un beizo na meixela-. Con elo, defendemos as mostras de amor no sexo masculino, as cales se viron cohibidas ao longo da historia.

17. “Bágoas que inundan ríos secos”. Nela, un home amósase chorando. Do mesmo xeito que na anterior, queremos reflexionar sobre a prohibición da que se viron acompañados ao longo da historia porque non era algo propio dun home.

18. Na última fotografía, baixo o lema “Percorrer as distancias que nos afastaban”, atopámonos con dous homes, maiores de 65 anos, dándose un bico.



Como nas anteriores, defendemos a importancia de demostrar os sentimentos.

Unha vez expostos os resultados, levaremos a cabo unha exposición das debilidades e fortalezas coas que nos atopamos.

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 un aprendizaxe e que das ameazas sempre se poden obter oportunidades. Así, de forma resumida, podemos nomear as seguintes debilidades e fortalezas do proxecto Anhelos.

DEBILIDADES:

- Longo proceso para a busca de participantes.
- Falta de persoas voluntarias para determinadas fotografías. Así pois, e, mais concretamente, naquela na que aparecen unha parella homosexual dándose un bico, tendo que acudir a outra provincia galega.
- Traslado constante do proxecto, o que ocasiona inversión de tempo e de diñeiro.
- Falta de respostas por parte de moitos organismos os cales lle 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 de todas as persoas que visitaron a exposición nos diferentes puntos nos que se amosou.
- Certa retroalimentación negativa, traducida, a mesma, en comentarios machistas e patriarcais.
- A enquisa é de elaboración propia, polo que se poden presentar diversos sesgos.
- Na enquisa non se diferenciou entre homes e mulleres e en base a idade de cada un deles.

FORTALEZAS:



- Elevado número de participantes e de persoas que a visitaron nos diferentes puntos nos que estivo presente.
- Respostas moi óptimas e interese por parte de moitos organismos para contar coa exposición fotográfica.
- Elevada participación na enquisa.
- Retroalimentación, maioritariamente, positiva das persoas que acudiron a ver o conxunto fotográfico.
- Participación elevada nas charlas educativas.

A continuación, e por último, levaremos a cabo unha breve exposición das conclusións.

10. CONCLUSIÓN.

Como observamos nos resultados do cuestionario, a inmensa maioría dos e das participantes non amosaron, no mesmo, estereotipos de xénero. Non obstante, consideramos que existe un elevado número de persoas que si os teñen, defendendo os argumentos que transmitiu e transmite a sociedade patriarcal e androcéntrica na que estamos inmersos e inmersas. É preocupante que existan resultados que amosan que hai persoas que consideran que os homes e as mulleres teñen que ser dunha forma determinada, castigándoos no caso de non selo, cohibíndoos, así, e coartando as súas liberdades, especialmente a elas. Sen embargo e, a pesar de que a poboación que executou o cuestionario defendeu, nun porcentaxe maioritario, unha educación igualitaria, nos seus fogares, alegan que quen realiza as tarefas domésticas e os coidados dos nenos, das nenas e das persoas maiores, nun porcentaxe moi elevado son as mulleres.

Con respecto a exposición, tamén observamos que a boa acollida que tivo é significado dunha reflexión positiva cara a mesma, pero, sen dúbida, tamén houbo persoas que non estiveron de acordo con moitas das fotografías, considerándoas, incluso, antinaturais. Tamén é evidente o poder que exercen os mandatos da masculinidade cando a aparición dos protagonistas foi tan custosa.

É necesario loitar contra o xénero, contra esa construción social que nos educa en base o noso sexo, de forma diferente, e que nos transmite unhas

actitudes, roles, funcións, formas de ser, etc., que, por norma xeral, sitúa a muller no ámbito privado e o home no público, no cal o sexo feminino atopa numerosas barreiras e que as define a elas como seres sensibles, empáticas, con dotes para coidar, para amar, para mostrar os seus sentimentos, etc. e a eles como seres agresivos, líderes, sen sentimentos e protectores. Así pois, e, mais concretamente, as regras que nos acompañan no camiño crean disimilitudes entre ambos sexos, sendo, entre outras, as seguintes:

Mulleres: cor rosa, xoguetes relacionados co coidado, coa maquillaxe, coa limpeza, con ser persoas adicadas as e os demais. Fomento de formas de ser que nos queren converter en seres dóciles, calmados, sensibles, lonxe de ser líderes e agresivas. Profesións feminizadas que nos recordan os xogos da nosa infancia, aos coidados que nos inculcaron e venderon como propios, combinándoas, sempre, co ámbito privado, na cal estiveron relegadas ao longo de toda a súa historia. Teitos de cristal que non nos deixa escalar a pesar de estar mais formadas. Frases que non nos deixan escalar a pesar de estar mais formadas. Frases que nos acompañan durante a nosa andadura, como “iso non é propio dunha muller, dunha señorita”, “como non vas a querer ser nai?”, “estáseche a pasar o arroz”, “se che pega o teu compañeiro de pupitre é porque lle gustas”, “habendo mulleres non o vai facer un home”, e un logo etcétera. Sinais que proceden dun dedo xulgador cando nos afastamos do que esperan que sexamos, cando nos consideran malas nais, malas esposas, malas mulleres, medíndoas cunha vara que nada ten que ver coa que se lle aplica aos homes.

Homes: cor azul, xoguetes que fomentan o seu liderado, a súa agresividade e que os afastan do sentimentalismo, porque demostrar amor non é algo desexable, porque chorar é de nenas e todo o que se asemelle o sexo feminino é algo prohibido, castigado. Porque si son o que a masculinidade considera como propio da feminidade, deixas de ser un home, converténdote, así, e nas súas palabras, nun nenaza, nun maricón.

É evidente que é necesario continuar na loita, fomentar a deconstrución do xénero, da masculinidade e do que isto implica. É imprescindible que, dende que nacemos, homes e mulleres, requirimos unha mesma educación, fomentando relacións igualitarias entre ambos e seres libres. E é de vital importancia porque as mulleres vailles a vida niso.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

De Potestad, F. (2022). Sexo y género. Norte de Salud Mental, nº 68, 81-88.

Ranea, B.(2021). Desarmar la masculinidad. Catarata.

Rodríguez, J.A. y Jabbaz, M. (2022). Deconstruyendo machos, contruyendo personas. Relatos de alejamiento de la masculinidad hegemónica en España. Revista de Estudios Sociales, nº79, 108-124.



TRABALLO SOCIAL E EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL EN GALICIA: UNHA ANÁLISE DOS MATERIAIS ELABORADOS POLOS CENTROS DE INFORMACIÓN E ASESORAMENTO PARA O ALUMNADO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA.

TRABAJO SOCIAL Y EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL EN GALICIA: UN ANÁLISIS DE LOS MATERIALES ELABORADOS POR LOS CENTROS DE INFORMACIÓN Y ASESORAMIENTO PARA EL ALUMNADO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA.

SOCIAL WORK AND AFFECTIVE-SEXUAL EDUCATION IN GALICIA: AN ANALYSIS OF THE MATERIALS PREPARED BY INFORMATION AND ADVICE CENTERS FOR SECONDARY EDUCATION STUDENTS.

Lucía Carballeira Vieites – Traballadora social

Lucia.carballeira.vieites@gmail.com

Ana Sánchez Bello -Traballadora social

Ana.sanchez.bello@udc.es

Premio Día Mundial do Traballo Social 2024

Modalidade de Investigación

RESUMO

O artigo que presentamos busca a contribución ao campo do Traballo Social e da Educación, centrado no traballo dos centros de información e asesoramento galegos, o foco sitúase nos materiais elaborados polos centros aquí analizados, a fin de determinar se o que estes ofertan correspóndese coas necesidades do alumnado galego.

A pesar de que os anos pasen e os partidos políticos muden, a sociedade continúa manifestando carencias no eido da Educación Afectivo-Sexual, é por iso que centramos a nosa investigación nos materiais elaborados polos centros para o alumnado galego, nais, pais e profesorado, a fin de amosar a súa necesidade. Reflctiremos a metodoloxía empregada para realizar a investigación, así como o percorrido dos centros analizados, a súa oferta e



materiais, aportando unhas pinceladas lexislativas, pretendendo nesta investigación demostrar a necesidade de recibir Educación Afectivo

Sexual reglada que colabore na conformación de persoas libres, autónomas e responsables que poidan desfrutar da súa sexualidade.

PALABRAS CHAVE

Sexualidade, Educación Afectivo-Sexual, Alumnado, Demanda

RESUMEN

El artículo que presentamos busca la contribución al campo del Trabajo Social y la Educación, centrado en el trabajo de los centros de información y asesoramiento gallegos, partiendo de un enfoque sexológico, el foco se sitúa en los materiales elaborados por los centros aquí analizados, a fin de determinar se lo que estos ofertan se corresponde con las necesidades del alumnado gallego.

A pesar de que los años pasen y los partidos políticos cambien, la sociedad continúa manifestando carencias en el ámbito de la Educación Afectivo-Sexual, es por ello que centramos nuestra investigación en los materiales elaborados por los centros para el alumnado gallego, madres, padres y profesorado, a fin de demostrar su necesidad.

Reflejaremos la metodología empleada para realizar la investigación, así como el recorrido de los centros analizados, su oferta y materiales, aportando unas pinceladas legislativas, pretendiendo en esta investigación demostrar la necesidad de recibir Educación Afectivo-Sexual reglada que colabore en la conformación de personas libres, autónomas y responsables que puedan disfrutar de su sexualidad.

PALABRAS CLAVE

Sexualidad, Educación Afectivo-Sexual, Alumnado, Demanda

ABSTRACT

The article we present seeks to contribute to the field of Social Work and Education, focused on the work of Galician information and advice centers, starting from a sexological approach, the focus is on the materials produced by the centers analyzed here, in order to determine whether what they offer corresponds to the needs of Galician students.

Even though the years go by and the political parties change, society continues to show deficiencies in the field of Affective-Sexual Education, wich is



why we focus our research on the materials prepared by the centers for Galician students, mothers, fathers and teachers, in order to demonstrate its need.

We will reflect the methodology used to carry out the research, as well as the route of the centers analyzed, their offer and materials, providing some legislative touches, intending in this research to demonstrate the need to receive regulated Affective-Sexual Education that collaborates in the formation of free people, autonomous and responsible who can enjoy their sexuality.

KEYWORDS

Sexuality, Affective-Sexual Education, Students, Demand.

1. INTRODUCCIÓN

O artigo que presentamos procura a contribución ao campo do Traballo Social e da Educación, centrado no traballo dos centros de información e asesoramento galegos Quérote+ (en adiante, centros Q+). Así, partindo do Traballo Social, resultado do desenvolvemento profesional de quen realiza este estudio, o foco sitúase nos materiais elaborados e ofertados polos centros e dirixidos ao alumnado galego, nais, pais e profesorado, a fin de determinar se o que ofertan os centros se corresponde co que precisa a mocidade.

Para elo observaremos os seus proxectos educativos e formativos a través das dúas etapas que viviron, as súas orixes dende o ano 2008²⁷ como Rede exclusivamente de asesoramento afectivo-sexual, e a súa transformación en centros Q+ ata o ano 2013, o que supuxo a abordaxe dun número maior de temáticas, e amosaremos a categorización dos materiais deseñados e despregados pola investigadora durante o seu labor como Traballadora Social dos mesmos.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Neste traballo empregamos unha metodoloxía cualitativa baseándonos nun estudo de caso fundamentado na observación participante, a través dos programas formativos e campañas dos centros.

²⁷ Os centros naceron no ano 2006 como Rede de Centros de Asesoramento Afectivo-Sexual Quérote.

A óptica cualitativa posibilita a descrición e interpretación da realidade xunto coa indución sobre a mesma, polo que empregamos este tipo de metodoloxía xa que o que se intenta é comprender e dar voz ás persoas participantes (McMillan y Schumacher, 2005; Stake, 2000), obtendo así unha información subxectiva que nos permite amosar e aproximarnos dun xeito significativo aos diferentes puntos de vista sobre a realidade a estudar (Flick, 2011).

Para o estudo do mesmo considerouse oportuno recoller de primeira man, mediante o diario de sesións da investigadora e mediante a axenda profesional a elaboración e desenvolvemento de formacións, campañas e material divulgativo. A estratexia de indagación da investigadora foi, porén, a través da súa implicación laboral no recurso, recollendo datos dun xeito non intrusivo (Taylor y Bogdan 1986), sendo unha observación cun grado de implicación moi alto e cunha participación completa e activa debido a esta relación laboral.

Á hora de organizar a investigación estudamos o percorrido dos centros, comezando polo seu inicio como Rede así como a historia da mudanza de Rede Quérote a Quérote+ (2º semestre 2010) coa conseguinte ampliación das novas temáticas: Conéctate (abordando o emprego seguro das redes sociais), Quérote (educación afectivo-sexual), Gústate (fomento dunha autoestima positiva), Vitalízate (prevención no emprego e consumo de substancias tóxicas), Móvete (por unha condución responsable), e Relaciónate (convivencia nas aulas), sinalando os seus obxectivos, a súa carta de servizos e os materiais elaborados polos mesmos.

Vázquez e Angulo (2003) destacan a importancia de levar a cabo un rexistro de observacións no caderno de observación e transcrición ao diario de campo. Este punto levouse a cabo dende o primeiro día da posta en marcha da investigación, empregando a axenda persoal e profesional da investigadora. Procurar exhaustividade e densidade nas descricións dos ambientes e persoas participantes é outro dos aspectos clave que propoñen os autores sinalados. Seguiuse este punto na descrición do servizo, os seus programas e materiais a fin de estudar os centros en profundidade. Outro punto importante sinalado polos autores e que levamos a cabo na nosa investigación é a anotación no diario da investigadora dos cambios no grado de implicación, se os houbera, razóns e consecuencias observadas.

Unha vez temos identificado o problema, como sinalan Vázquez e Angulo (2003), temos que xustificar o caso e garantir que a súa selección é axeitada. Así, como caso particular en todo o territorio español nos interesa a súa indagación, xa que é unha institución da que podemos aprender, sendo este motivo clave e fundamental (Stake, 1995). Os centros son únicos en todo o territorio español, abordando a temática afectivo-sexual e realizando probas dentro dun asesoramento profesional e personalizado; realizan, asemade, unha abordaxe de temáticas transversais de interese para a mocidade, o que o convirte nun servizo de gran cobertura e con grandes retos asumidos polas e polos profesionais dos centros, que poñen en marcha diversas accións para publicitalo e manifestar a necesidade da súa existencia. Para esta investigación realizouse unha recompilación de todos os programas e campañas ideados e desenvolto polos centros desde o ano 2008 ata o ano 2013; así, os instrumentos empregados para o rexistro dos datos foron a axenda da investigadora e o diario de sesións, nos cales anotáronse detalladamente os temas de interese máis comúns dos materiais dos centros: ideas asociadas á sexualidade, enfermidades, prácticas, mitos e falsas crenzas, os tabús e as actitudes, durante o despregamento das sesións formativas: sexualidade, convivencia nas aulas, imaxe corporal, consumos, e emprego seguro das contornas virtuais.

Realizamos un Estudo de Caso que, metodoloxicamente, permite abarcar a complexidade dun caso particular (Yin, 1994), procurando o detalle da interacción coa súa contorna para chegar a comprender de xeito exhaustivo a realidade a estudar. Serrano (1994) considera que o obxectivo principal é a comprensión do significado real dunha experiencia, Stake (2005) afirma que existen moitos xeitos de facer un estudo de caso. Así, realizamos o estudo de caso dos centros Quérote de información e asesoramento para a mocidade de Galicia, centros que non existen no resto do territorio español, xa que é unha metodoloxía axeitada cando se pretende analizar un fenómeno, un obxecto ou unha relación causal. Así, realizouse unha análise da realidade como investigadora e como coprotagonista, sendo os resultados atopados a base das conclusións que elaboramos. Realizamos unha categorización que nos permite observar as cuestións principais a observar da oferta formativa e materiais dos centros, a fin de observar se se produce unha correspondencia entre a oferta



formativa e o que indica a lexislación con respecto á educación afectivo-sexual da mocidade.

Non realizamos entrevistas con informantes nin enquisas xa que as particularidades do centro así o implican, xa que son centros de asesoramento confidenciais e anónimos; polo tanto, a metodoloxía que empregamos na nosa investigación baséase no estudo de caso empregando a observación participante, dado o dobre rol da investigadora e traballadora, o que permite un acceso directo á participación no deseño, elaboración e posta en marcha das programacións e no despregamento das mesmas.

Os centros Q+ son, porén, a base na que se contextualiza esta investigación. A partires dos materiais recollidos, é dicir, as formacións deseñadas e desenvoltas dos centros, os seus materiais e campañas, xunto con marco lexislativo da Educación Afectivo-Sexual en Galicia e España, puidemos establecer os tres grupos temáticos a analizar, como podemos ver na táboa nº1.

Táboa nº1.

Grupos analíticos.

GRUPO 1 Marco Lexislativo	GRUPO 2 Rede de Centros Quérote	GRUPO 3 Centros Q+
Marco lexislativo da educación afectivo-sexual en Galicia e España Educación Afectivo-sexual na Educación Secundaria	Os centros Oferta formativa Materiais Campañas	Reconversión dos centros Novas temáticas

Fonte: Elaboración propia.

Son estes os tres grupos sobre os que nos deteremos na nosa investigación e os que darán paso á elaboración das conclusións finais do estudo.



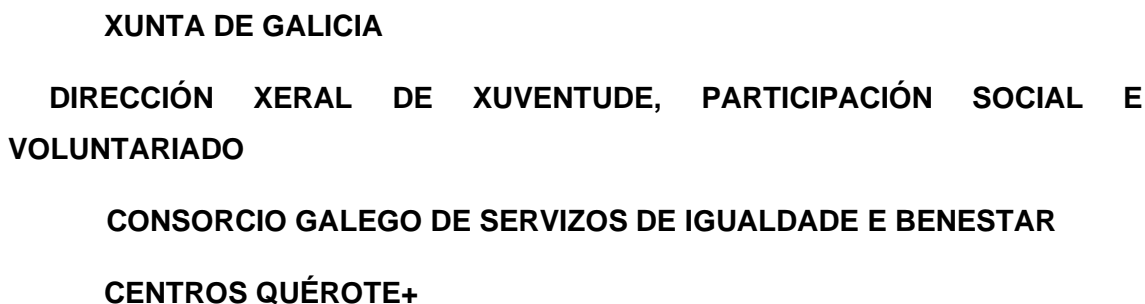
A.- Selección de caso.

Como xa sinalamos, o caso elixido é a Rede de Centros de Información e Asesoramento Afectivo-Sexual Quérote, posteriormente reconvertida en Centros de Información e Asesoramento para a Mocidade de Galicia: Q+, sendo relevante o estudo tanto no eido educativo como no persoal da poboación galega que emprega os seus servizos.

O marco institucional do caso é a Xunta de Galicia e o Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar, situándose as oficinas dos centros que conforman Q+ nas cidades de A Coruña, Lugo, Ourense, Santiago de Compostela e Vigo. No tocante á organización administrativa dos centros Quérote podemos sinalar que a dependencia funcional é actualmente da Dirección Xeral de Xuventude, Participación e Voluntariado e a dependencia laboral é do Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar Social que, á súa vez, depende completamente da Xunta de Galicia.

Figura nº1.

Organización da dependencia administrativa dos centros.



Fonte: Elaboración propia.

Así, a dependencia xeral dos centros corresponde á Xunta de Galicia, concretándose na Dirección Xeral de Xuventude, Participación Social e Voluntariado, que é a que marca os presupostos e as pautas de actuación para que o Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar xestione as actividades laborais dos centros.

O contexto socio-cultural da poboación é a mocidade galega, sen discriminar



por razón de idade, o que supón unha atención a toda aquela persoa que solicite o servizo, non discriminando por razón de idade. Os centros posúen un carácter innovador, xa que son únicos en todo o territorio español, sendo a súa titularidade pública. A implantación territorial dos mesmos foi de oito centros nas sete grandes cidades de Galicia, funcionando en Santiago de Compostela e Lugo e sendo de inmediata apertura os centros de: Ourense, Burela, Ferrol, Coruña e Vigo. O centro de Pontevedra non chegou nunca a materializarse. Na transición de goberno que se produce a finais do ano 2009, os centros transfórmanse en Quérote+, ampliando as súas temáticas e mantendo os seus espazos físicos, estando presentes en Lalín, Pontedeume, Ferrol, Vigo, Ourense, Vilagarcía, Betanzos, Tui, Curtis, Vilalbaey Noia, é dicir, atendendo estas localidades baixo demanda e cita previa, desprazándose as técnicas e técnicos para elo, do mesmo xeito que aos centros de ensino e concellos.

Ao longo da súa historia as profesionais que integran os centros de Santiago de Compostela, A Coruña, Ourense, Lugo e Vigo, que constan dunha Traballadora Social e unha Psicóloga por centro, ademais dunha Educadora Social no centro de Santiago, foron construíndo capacidades de respostas ás demandas expresadas pola poboación usuaria: mocidade de dentro e fora de Galicia, nais e pais, profesorado, persoas con diversidade funcional e todas aquelas que demanden os seus servizos. É importante salientar que se mantén a confidencialidade dos datos obtidos; a finalidade non é outra que amosar os materiais elaborados e ofertados polos centros, e confirmar así a necesidade da existencia dos mesmos.

Optamos por realizar unha investigación predominantemente cualitativa que se articula na descrición e valoración do percorrido dos centros, un percorrido dividido en dous períodos claramente diferenciados: os inicios como Rede e a súa transformación en centros Q+.

Na seguinte táboa nº2 realizamos unha exposición comparativa dos programas e campañas desenvolto polos centros durante o período analizado, a fin de poder observar dun xeito sinxelo os cambios experimentados.



Táboa nº2.

Comparativa de programas e campañas desenvolto desde os centros.

PERÍODO 2008-2009	PERÍODO 2010-2013
<p>TEMÁTICA: Sexualidade.</p> <p>PROGRAMAS:</p> <p>Centros de ensinanza primaria:</p> <p>Programa Sexualidades, dirixido ao alumnado de 6º de Primaria.</p> <p>Centros de ensinanza secundaria:</p> <p>Programa Sexualidades, dirixido ao alumnado de 3ºESO.</p> <p>“Nais/Pais-Fillos/Fillas”. Diálogos sobre Educación Sexual.</p> <p>“Quérome” Erótica Feminina para mulleres.</p> <p>“Intervención en centros de menores en réxime pechado e semiabierto”.</p> <p>“Educación afectivo-sexual para menores con medidas xudiciais de asistencia en centros de día”.</p> <p>“EN_BELECENDO” intervención con maiores.</p> <p>“Sen previa Cita”, habilidades para a erótica. Técnicas para ligar.</p> <p>302“Intervención en centro de menores Santo Anxo”.</p> <p>“Entendo”.</p> <p>“Sexualidade/s” en el Módulo Xove “Nelson Mandela” Centro penitenciario de Teixeiro.</p>	<p>NOVAS TEMÁTICAS:</p> <p>Gústate, Quérete, Vitalízate, Relaciónate, Conéctate, Móvete ²⁸</p> <p>PROGRAMAS:</p> <p>Soamente se continúa coas intervencións en Teixeiro.</p> <p>Dáselle continuidade ao Servizo Formativo:</p> <ul style="list-style-type: none">- En Centros de Ensinanza para o alumnado de 1º, 2º, 3º e 4º da ESO e para nais, pais e titoras/titores.- En Casas da Xuventude para a mocidade.- En Centros educativos para persoas con necesidades especiais, como por exemplo COGAMI, para usuarios e usuarias, as súas familias, os profesionais.- No centro penitenciario de Teixeiro para o módulo Nelson Mandela.- En centros de menores con medidas xudiciais.- A grupos de profesionais e axentes xuvenís.- En Campamentos de verán de campos de traballo.

²⁸ O despregamento da temática Móvete! non chegou ao ano de duración.



PERÍODO 2008-2009	PERÍODO 2010-2013
<p>“Afectividade e autoconhecimento”, intervención con persoas con diversidade funcional e as súas familias.</p> <p>Campamentos e Campos de Traballo.</p> <p>“Exprésss...ate”.</p> <p>Colaboración Servizo Galego de Igualdade (Sgi).</p> <p>ONCE delegación territorial Galicia.</p> <p>Menores en centros de protección.</p> <p>Confederación Galega de Minusvalidos (COGAMI).</p> <p>Centro penitenciario de Teixeiro.</p> <p>Stand para facultades.</p> <p>Instalación móbil.</p> <p>Periódico “INFOXOVE”.</p> <p>Programa de Radio.</p> <p>Produción de materiais.</p>	<p>- Estudantes en prácticas das Universidades Galegas.</p> <p>- Voluntariado.</p> <p>- Se continúa con la Producción de materiais.</p>
<p>CAMPAÑAS</p> <p>Latex_0.</p> <p>Lambetadas.</p> <p>CreatiVIHdade erótica.</p> <p>Chan pelveano (Cahn pelveano).</p>	<p>CAMPAÑAS</p> <p>Non se continúa con ningunha das anteriores, e elabóranse novas:</p> <p>Broncearse sen tostarse.</p> <p>Empleo do casco coa moto.</p> <p>¿Enredaste na rede?</p> <p>Implantase a realización da Proba Rápida de VIH en fluído oral.</p>

Fonte: Elaboración propia.

Como podemos observar a nun principio Rede contaba con dous programas



especificamente destinados aos centros de ensino: o Programa Sexualidades, dirixido ao alumnado de 6º de Primaria, e o Programa Sexualidades, dirixido ao alumnado de 3ºESO, ofrecendo así unha formación destinada á formación Afectivo-Sexual nestas etapas educativas. Xunto coa impartición de sesións formativas nos centros de ensino, ofrecían cobertura para toda a poboación, sen discriminar por idade, elaborando as programacións sinaladas.

No ano 2010 a Rede experimenta unha transformación que supón a desaparición de programas e a abordaxe das novas temáticas de atención. Desaparecen os programas que acabamos de sinalar e xorden as novas temáticas do servizo, coas súas respectivas novas programacións.

Así, atopámonos cos seguintes Programas: o Programa GÚSTATE: Que facemos para gustar? Traballando para acadar sentir o corpo e a imaxe de xeito satisfactorio e positivo, respectando todas as peculiaridades e capacidades que conforman a diversidade humana; o Programa QUÉRETE: Queres coñecer os segredos do sexo? Traballando para acadar contribuír ao coñecemento, aceptación e vivenciación da sexualidade do xeito máis pracenteiro e satisfactorio posible, dentro do cal nos atopamos co Programa: “Divers@s” Formación da diversidade afectivo-sexual, dirixido á mocidade de entre 14 e 16 anos, que se basea primordialmente na introdución de conceptos relativos á identidade sexual e á orientación do desexo, coa finalidade de analizar e diferenciarlos como elementos clave dentro do proceso de sexuación humana; o Programa RELACIÓNATE: De bo rolo! Traballando para promover que a mocidade solucione os seus conflitos dun xeito positivo; o Programa CONÉCTATE: Enrédaste na rede? Traballando para fomentar hábitos de emprego responsable nas novas tecnoloxías (TIC's), dentro do cal se atopa a programación: “Sacando as Redes da Pantalla”, dirixido á mocidade de entre 13 e 16 anos, para fomentar hábitos de emprego responsable nas novas tecnoloxías; o Programa VITALÍZATE: Sensacións sen substancias? Traballando para facilitar unha información e asesoramento de calidade na relación coas drogas, promovendo e fomentando a toma de decisións responsable, e o Programa que soamente se desenvolveu durante un ano, MÓVETE: Móveste segur@? Traballando para reducir os factores de risco que inciden na inseguridade viaria, promovendo actitudes e comportamentos



responsables.

Asemade atopamos os Programas mixtos: Arte da sedución (Quérete+Gústate+Relaciónate), dirixido á mocidade entre 18 e 30 anos, para o fomento das habilidades persoais que entran en xogo no feito de gustarnos, relacionarnos e emparellarnos. As Redes familiares: Nais, pais e titoras/es, para crear un espazo no cal nais e pais poidan expoñer as súas inquedanzas, dúbidas e dificultades, no cal poidan aprender mutuamente e que todas e todos poidamos reflexionar sobre as diferentes temáticas que se expoñan en cada unha das sesións, e as Formacións en Casas da Xuventude, Oficinas municipais de Información Xuvenil e asociacións.

Xunto coas diferentes programacións que acabamos de amosar, leváronse a cabo diferentes campañas divulgativas e se elaboraron materiais a fin de reforzar as sesións e formacións despregadas. Así, leváronse a cabo no binomio 2008-2009 Stands en facultades, a fin de achegar a existencia do centro á mocidade universitaria galega e promocionar así os seus servizos anónimos, gratuítos e confidenciais. Tamén se procede ao establecemento dunha mesa informativa no Día mundial da Sida. Establécese unha mesa informativa no Día do Orgullo Gai, concretamente os actos organizados ao redor do “Día do Orgullo LGBT” que tiñan como obxectivo a visibilización das realidades nas diferentes opcións na expresión e vivencia da sexualidade.

Elabóranse as seguintes campañas: LÁTEX_0, para a dispensación de preservativos sen látex; Lambetadas, para a promoción do emprego do preservativo; Chan pelveano, para a promoción dos exercicios de Kegel; e divulgación das sesións para Nais e Pais. O obxectivo desta campaña era dar publicidade a estas formacións específicas e promover a reflexión e o espírito crítico como vías para entender e vivir a sexualidade dun xeito positivo, saudable e responsable; CreatiVIHdade erótica, para a promoción dunha erótica saudable e prevención do VIH era unha campaña que abordaba o VIH-SIDA dende unha perspectiva sexolóxica; Entendo, para a promoción dun servizo de asesoría xurídica específico para persoas homosexuais, era un servizo dirixido á comunidade LGBTB (lesbianas, gais, bisexuais e transexuais) dende a Rede de Centros.



A Rede centrábase ademais na produción de materiais confeccionados polas/os técnicas/os dos centros Quérote; no ano 2008 contábase con cinco publicacións que formaban a serie “Sabelo todo sobre...?” A Rede contaba cunha Instalación móbil para poder chegar a tódolos espazos onde houbera mocidade e distribuíu o Xornal “Infoxove”, que incluía en tódolos seus números un artigo de temática afectivo-sexual asinado por unha profesional da Rede de centros; tamén se colaborou no Programa de Radio: “Extrarradio.” A partir do ano 2010 non se continúa con ningunha das campañas anteriores do binomio 2008-2009. Así, se deseñan e desenvolven as campañas: Broncearse sen tostarse; Emprego do casco coa moto; Enrédaste na rede?; Emprego seguro nas redes sociais. Do mesmo xeito, implantase a realización da Proba Rápida de VIH en fluído oral.

Tal e como acabamos de plasmar, a mudanza de temáticas supuxo un cambio nas programacións formativas, desaparecendo gran parte das existentes durante o binomio 2008-2009 e xurdindo os novos referentes á ampliación de temáticas. O mesmo aconteceu coas campañas, véndose eliminadas en grande parte as do binomio sinalado. É salientable a ampliación do servizo comezándose a realizar a Proba Rápida de VIH en fluído oral.

Con respecto á descrición do material, este evita en todo momento ser coitocentrista, xenitalizado e heterosexista, tanto na primeira etapa como Rede, coma na súa reconversión en centros de información con máis temáticas na súa oferta de servizos. Así, a maior parte do material é altamente visual, os folletos, concretamente, e as consultas rexistradas son orais, polo que, a continuación, nos deteremos no apartado correspondente á análise de contido e do discurso dos centros.

Laurence Bardin (1996, 32) conceptualiza o termo “análise de contido” como “o conxunto de técnicas de análise das comunicacións tendentes a obter indicadores, cuantitativos ou non, por procedementos sistemáticos e obxectivos de descrición do contido das mensaxes, permitindo a inferencia de coñecementos relativos ás condicións de produción/recepción (contexto social) destas mensaxes”. Nesta investigación optamos por esta técnica dado que reúne as condicións precisas para a investigación dos datos que recollemos, xa que os proxectos ou plans de investigación, mediante a técnica de análise de contido,

teñen que distinguir varios elementos ou pasos diferentes no seu proceso, tales como determinar o obxecto tema de análise, determinar as regras de codificación, determinar o sistema de categorías, comprobar a fiabilidade do sistema de codificación-categorización, e as inferencias. Así, con respecto á demanda do alumnado, procedemos á codificación da mesma do mesmo xeito que categorizamos a oferta formativa dos centros e os seus materiais.

Clasificar elementos en categorías impón procurar o que cada un deles teñen en común cos outros, e o que permite este agrupamento é a parte que teñen en común entre si (Andréu, 2012). A categorización é un proceso de tipo estruturalista que comporta dúas etapas: a primeira, na que realizamos o inventario e illamos os elementos, e a segunda, na que realizamos unha clasificación e distribución dos elementos, procurando ou impoñendo aos materiais unha certa organización, polo que debe levarse a cabo respectando unha serie de regras básicas na que cada serie de categorías ten de construírse de acordo cun criterio único. Así, nesta investigación seguimos un esquema común para a clasificación da oferta formativa, os materiais e a demanda do alumnado.

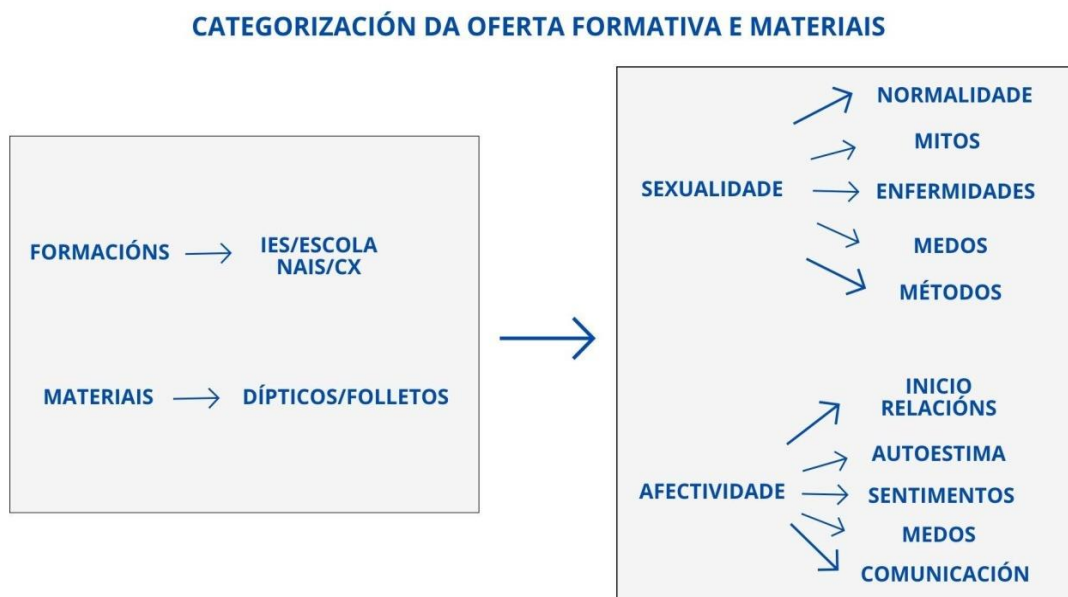
Asemade, no noso caso os materiais son sobre Sexualidade e Afectividade, dúas categorías que, a súa vez, subdivídense en subcategorías claras e entendibles, ademais de replicables, é dicir, que calquera outra investigadora pode ser capaz de realizar a distribución dos datos segundo o plan de categorización proposto por nós. As categorías teñen que ser significativas e, no noso caso, non son excluíntes, xa que nos atopamos con que todos os materiais están interrelacionados entre si, dado que a sexualidade e a afectividade están unidas. “As categorías son seccións ou clases que reúnen un grupo de elementos (unidades de rexistro no caso da análise de contido) baixo un título xenérico, reunión efectuada en función de características comúns destes elementos” (Bardin, 1996: 90). As categorías supoñen un nivel interpretativo maior, xa que na súa conformación a persoa investigadora elabora unha denominación capaz de conter e explicar determinados nudos ceibes. O criterio seguido para a elaboración de categorías, ao igual que os nudos ceibes é semántico (Bardin, 1996; Gibbs, 2012).

A continuación exemplarizamos co sistema de categorización elaborado por

nós no noso análise de contido dos materiais elaborados polos centros (ver cadro nº1). Queremos sinalar que a categorización é a mesma tanto para a oferta formativa, como para os materiais dos centros, e de cada categoría xorden subcategorías, así:

Cadro nº1.

Categorización da oferta formativa e materiais.



Fonte: Elaboración propia.

Así, categorizamos a oferta formativa dos centros e os seus materiais, cada un deles no seu apartado correspondente. Durante o proceso de recollida de datos para observar a evolución de Rede Quérote a Quérote+ as súas mensaxes, temáticas e campañas, percorría paralelamente ao desempeño profesional e experiencia de primeira man da investigadora, as impresións directas e as impresións desde fóra, seguindo un proceso de triangulación secuencial.

O conxunto da nosa análise pretende obter unha visión holística e exhaustiva sobre os programas dos centros. Somos conscientes de que todo estudo resulta máis útil cando pode ser comparado con outros, xa que a comparación nos ofrece a oportunidade de calibrar e valorar diferentes perspectivas e opinións, relacionándoas con acontecementos externos que inflúen ou desembocan inevitablemente en acontecementos internos. Este estudo é novidoso xa que é o



primeiro que se realiza, o que supón que non poderemos establecer comparativa algunha.

Resulta fundamental e imprescindible establecer, á hora de realizar unha investigación en ciencias sociais, un compromiso cos principios éticos de investigación neste campo (Bera, 1992, 2004; González, 2002; Tójar y Serrano, 2000). Seguindo a Simons (1987, 1989), Kemmis e Robottom (1981) e Angulo (1993) con respecto aos criterios éticos fundamentais para a investigación interpretativa, nesta investigación mantense a confidencialidade, a imparcialidade, a equidade e o compromiso co coñecemento. Quérote é un servizo anónimo, confidencial e gratuíto, requisitos aos que hai que sumar, asemade, os Códigos Deontolóxicos das profesións que o integran e desenvolven, concretamente nos centramos no Código Deontolóxico da profesión de Traballo Social que sinala no Capítulo IV: A confidencialidade e secreto profesional nos artigos: 48 y 49.

3. DISCUSIÓN

Xa que nesta investigación nos centramos na evolución dos centros e na oferta formativa e campañas, cómpre que realicemos unha contextualización sobre a lexislación educativa en Galicia e no estado español. Así, na seguinte táboa nº 3 podemos observar a evolución da lexislación sobre Educación Afectivo-Sexual, deténdonos no ano 2013, a fin de establecer un marco temporal que nos permita levar a cabo unha investigación abarcable; dado que os centros continúan coa súa traxectoria, vímonos na obriga de establecer un límite.



Táboa nº3.

Lexislación española e autonómica sobre Educación Afectivo-Sexual.

ESTATAL	OBXECTIVOS	AUTONÓMICA	OBXECTIVOS
LGE. Lei 14/1970, de 4 de agosto, Xeneral de Educación y Financiament o de la Reforma Educativa.	Obxectivo: acadar a calidade do ensino. Non se observan accións explícitas relacionadas coa educación afectivo-sexual ou para a saúde. España atópase en plena ditadura franquista.		
LOECE. Lei Orgánica 5/1980, de 19 de xuño, pola que se regula o Estatuto de Centros Escolares.	Esta lei non especificou ningún obxectivo de saúde no seu texto; dirixiuse cara a inspección medioambiental e exames de saúde.		
LODE. Lei Orgánica 8/1985, de 3 de xullo, reguladora del dereito a la Educación.	Está ausente a manifestación clara do dereito á educación para a saúde e ao desenvolvemento de habilidades sociais saudables.		
LOGSE. Lei Orgánica 1/1990, de 3 de outubro, de Ordenación Xeneral del Sistema Educativo.	Na etapa de ensino primario á hora de abordar o desenvolvemento dla capacidade de alumnas e alumnos atopamos: “Valorar a hixiene e saúde do seu propio corpo, así como a conservación da natureza e d medio ambiente” (art. 13, p. 28931). Na etapa de ensino secundario: “valorar criticamente os hábitos sociais relacionados coa saúde, o consumo e o medio ambiente” (art. 19, p. 28932). Nas dúas fases educativas obrigatorias destacan a necesidade de: “empregar a educación física e o deporte para favorecer o desenvolvemento persoal” (art.	Decreto 78/1993, do 25 de febreiro, polo que se establece o currículo da educación secundaria obrigatoria na Comunidade Autónoma de Galicia. Decreto 331/1996, do 26 de xullo, polo que se modifica e amplía o Decreto 78/1993, do 25 de febreiro, polo que se establece o currículo da educación secundaria obrigatoria na Comunidade Autónoma de Galicia. Decreto 133/2007, do 5 de xullo, polo que se regulan as ensinanzas da educación secundaria obrigatoria na Comunidade Autónoma de Galicia.	



ESTATAL	OBXECTIVOS	AUTONÓMICA	OBXECTIVOS
	<p>13 e art. 18).</p> <p>Para a etapa de primaria, o artigo 15 sinala: “coñecer o valor do propio corpo, o da hixiene e a saúde e la práctica do deporte como medios máis axeitados para o desenvolvemento persoal e social” (p.45195).</p> <p>Para secundaria, o art. 22 indica: “coñecemento do propio corpo, para afianzar os hábitos de coidado e saúde corporais, e incorporar a práctica do deporte, para favorecer o desenvolvemento no persoal e no social” (p.45196)</p> <p>Artigos que se refiren a coñecer o corpo, manter unha correcta hixiene e practicar deporte.</p>	<p>Orde do 30 de xullo de 2007 pola que se regulan os programas de diversificación curricular na educación secundaria obrigatoria</p> <p>Orde do 6 de setembro de 2007 pola que se desenvolve a implantación da educación secundaria obrigatoria na Comunidade Autónoma de Galicia</p>	
LOE. Lei Orgánica 10/2002, de 23 de decembro, de Calidade de la Educación.	<p>Para a etapa de primaria, o artigo 15 sinala: “coñecer o valor do propio corpo, o da hixiene e a saúde e a práctica de deporte como medios máis axeitados para o desenvolvemento persoal e social” (p.45195).</p> <p>Para secundaria, o art. 22 indica: “coñecemento do propio corpo, para afianzar os hábitos de coidado e saúde corporais, e incorporar a práctica do deporte, para favorecer o desenvolvemento no persoal e no social” (p.45196)</p> <p>Artigos que se refiren a coñecer o propio corpo, manter hábitos de hixiene correctos e realizar deporte.</p>	<p><u>Decreto 233/2002, do 6 de xuño, polo que se modifica o Decreto 130/2007, do 28 de xuño, polo que se establece o currículo da educación primaria na Comunidade Autónoma de Galicia.</u></p>	
LOE. Lei Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.	<p>Os obxectivos relacionados coa educación para a saúde e a educación afectivo-sexual refírense á nova materia: Educación para a cidadanía e os Dereitos Humanos, encamiñado cara o desenvolvemento dun sistema de valores que promovan as liberades persoais, o ser tolerantes e responsables,</p>	<p>Decreto 330/2009, do 4 de xuño, polo que se establece o currículo da educación infantil na Comunidade Autónoma de Galicia.</p>	



ESTATAL	OBXECTIVOS	AUTONÓMICA	OBXECTIVOS
	ademais de detallar a hixiene e saúde no coidado do corpo, obxectivos encamiñados ao desenvolvemento das capacidades afectivas e psicosociais do alumnado.		
LOMCE. Lei Orgánica 8/2013, de 9 de decembro, para a mellora da calidade educativa.	Non se outorga unha maior visibilidade á Educación Afectivo-Sexual; unicamente se explicita no apartado correspondente ás disposicións finais, mencionando o importante que resulta promover o deporte e manter uns hábitos dietéticos equilibrados en tódolos niveis educativos.	Decreto 105/2014, do 4 de setembro, polo que se establece o currículo da educación primaria na Comunidade Autónoma de Galicia. Decreto 86/2015, do 25 de xuño, polo que se establece o currículo da educación secundaria obrigatoria e do bacharelato na Comunidade Autónoma de Galicia.	

Fonte: Elaboración propia.

O currículo escolar actual é esixente, pero desatende un aspecto tan fundamental como o é o da Educación Afectivo-Sexual. Recóllea como tema transversal, tal e como podemos ver na lexislación, pero non a aborda directamente, o que xera que ninguén se faga cargo realmente da mesma. Resulta imprescindible que as políticas educativas asuman a absoluta e imperante necesidade de recibir unha Educación Afectivo-Sexual regrada e integrada como sinatura no currículo oficial.

Porén, amósame precisa a revisión constante das demandas e necesidades do alumnado, a fin de ofrecer unha Educación de calidade que se axuste ás necesidades que posúen e realizar así unha intervención que repercuta positivamente na vida do alumnado.

É salientable o feito de que en torno a unha consulta de sexualidade nos atopamos co medo á primeira vez, ao “se sairá ben”, a “se dolerá”, a “se exacularei antes de tempo”, a “se chegarei a orgasmo”, ao “meu corpo non me gusta”, ao “serei a derradeira persoa do meu grupo de amigas en manter unha práctica sexual”... polo tanto si, podemos afirmar que as novas temáticas xiran ao redor da sexualidade e da afectividade de xeito constante, polo que malia que a consulta principal de interese pode ser a sexual, esta con leva outras cuestións



que nos poden desligar da mesma, en definitiva, a relación coas demais persoas e cunha mesma.

En torno á sexualidade e afectividade é moi común o trasfondo de medos e inseguridades fomentadas polos estereotipos marcados polos medios de comunicación e a aínda existencia de mitos e falsas crenzas entorno á sexualidade. Ante isto, o discurso dos centros Q+ e o da investigadora, como parte integrante dos mesmos, baséase no respecto á diversidade e en transmitir a concepción da sexualidade dun xeito plural, de aceptar a igualdade dentro da diferenza, invitando a explorar os medos e a potenciar as fortalezas persoais, os propios desexos, e a procurar o pracer dun xeito construtivo e duradeiro, fomentando no alumnado a responsabilidade dos seus actos e condutas. En todo momento o que se procura é promover este respecto á diversidade, o dereito á diferenza sexual, o respecto polos sexos e a valoración positiva dos mesmos, apoiando e asesorando na resolución das dificultades no eido da sexualidade que actualmente inciden na sociedade, como embarazos non planificados, infeccións de transmisión sexual, homofobia, transfobia, e situacións de desigualdade. Promover tamén as habilidades que fomenten a convivencia entre os sexos e informar e asesorar con respecto ás prácticas eróticas é unha parte fundamental do discurso, contribuíndo a aclarar tabús e falsos mitos, e promover así actitudes positivas fronte ás diversidades e peculiaridades sexuais, aportando en todo momento elementos clarificadores e información para a comprensión de feitos habituais no noso día a día, como a orientación do desexo, a identidade sexual, os gustos e desexos.

4. CONCLUSIÓNS

Esta investigación enmarcase nunha liña de traballo que destaca a importancia de recibir unha Educación Afectivo-Sexual regrada, científica e veraz, que respecte a diversidade como o valor que é, e que repercuta positivamente no desenvolvemento da persoa, a fin de que esta poida vivenciarse dun xeito positivo, responsable e, en definitiva, libre.

A continuación enuméranse as principais reflexións derivadas desta investigación, as cales permiten evidenciar o seus puntos máis salientables:

a) *O valor dos centros como recurso pioneiro e punteiro en Galicia e o Estado español.*

Os centros, nos seus inicios Rede, son únicos en todo o territorio español, o que pon de manifesto o seu carácter de pioneiros. É salientable e evidenciase a aposta pola sexualidade e afectividade, xa que as formacións e campañas do binomio 2008-2009 centrábanse exclusivamente na sexualidade, destacando o feito de que se ofrecía formación para alumnado de 6º de primaria e non exclusivamente de secundaria, como nos anos posteriores nos que se produce a reconversión dos centros e nos que se obvia ao alumnado desta etapa educativa, centrándose exclusivamente no alumnado de secundaria.

Deste xeito, os centros tratan de ofrecer a través das diferentes programacións unha oferta formativa que motive a aprendizaxe do alumnado na temática afectivo-sexual, ademais de ofrecer unha oferta alternativa fóra do eido escolar, concretamente durante o ocio xuvenil, a fin de acercar o recurso o máximo posible. Ao mesmo tempo, cubre ao sector da poboación maior, ofertando formacións para persoas maiores de 65 anos, e se desenvolve unha formación específica para mulleres maiores de idade, xunto co Sgi (Servizo Galego de Igualdade).

Os materiais elaborados polos centros tratan de dar resposta á cuestións como: Normalidade, Medos, Mitos, Métodos e enfermidades, Enfermidades, Inicio das relacións, Sentimentos e desexo, Comunicación, Autoestima ou Medos, poñendo de manifesto a necesidade de, ou ben impartir máis sesións formativas por parte dos centros a fin de reforzar a acción educativa, ou ben a necesidade dunha inclusión curricular específica en materia afectivo-sexual, a fin de emendar as lagoas e falla de formación e coñecementos sobre sexualidades, recollidas de xeito transversal no currículo escolar, mais sen ser abordadas en concreto nas aulas.

É destacable o labor formativa dos centros, realizándose a abordaxe da sexualidade dun xeito integral, no que a afectividade está completamente ligada á mesma. Neste senso, evidenciase en tódolos obxectivos das programacións a procura do benestar do alumnado e a adquisición de ferramentas que lles permitan vivenciarse como seres sexuados dun xeito libre e responsable.



b) A Educación Afectivo-Sexual dende o Traballo Social..

Amósase precisa unha Educación Afectivo-Sexual presente, real, integrada no currículo oficial escolar, que permita a vivenciación dunha sexualidade sa, libre e responsable, informada, sen medos, estereotipos ou tabús, e sen adoutramentos de ningunha clase. Unha Educación Afectivo-Sexual científica, veraz e neutra, entendendo como tal aquela que respecta toda a diversidade existente e que fuxe de compartimentos estanco, sistemas binarios, heterosexistas, xenitalizados, coitocentristas...en definitiva, limitadores e reduccionistas.

O Traballo Social en Educación Afectivo-Sexual defende que a normalización e naturalización resultan fundamentais á hora de promover e educar nunha sexualidade positiva, libre de mitos, estereotipos, falsas crezas, prexuízos, etiquetas ou medos. Que as persoas sintan que se atopan dentro do considerado como normal pódelles aportar unha sensación de seguridade que lles calma e/ou indica que van no “bo camiño” ou que, simplemente, non son raras ou raros. Resulta fundamental a educación e transmisión dunha información veraz que elimine falsas crezas e evite que a poboación adquira falsos produtos milagrosos que venden uns resultados que nunca chegan a producirse. Promover unha sexualidade centrada na información veraz e científica terá como resultado un alumnado, unha poboación, ben informada e libre para tomar as súas propias decisións dun xeito responsable.

Abordar a sexualidade dende a figura da Traballadora ou Traballador Social é posible seguindo un xeito natural, sen medos nin tabús, colaborando á vivenciación da mesma dun xeito libre e responsable. Falar e vivenciar o corpo, os gustos, as preferencias, as prácticas...sempre dende a liberdade individual e o respecto, salientándose a diversidade de casuísticas para invitar ao alumnado mediante as formacións a acudir ao centro presencialmente e así abordar as cuestións persoais dun xeito personalizado, xa que cuestións como o descoñecemento do corpo xeran dúbidas e inseguridades que precisan dunha explicación polo miúdo do mesmo, xunto coa recomendación de acudir a un profesional sanitario de referencia; os centros tentan aportar a máxima información educativa posible.



A Educación Afectivo-Sexual dende o Traballo Social non aporta consellos, senón a información e as ferramentas precisas para que a mocidade decida libre e responsablemente que decisións tomar. Todas as consultas que poidan xurdir nas aulas deben responderse; se mantemos unha actitude aberta de comprensión e respecto, evitando vulgar e nin moito menos rifar, poderemos demostrarlle, non só á mocidade, que falar de sexualidade é algo natural, libre de medos, estereotipos, tabús e falsas seguridades, esas que afirman que hai tanta información que é imposible que sucedan imprevistos.

A orientación do desexo, a necesidade de etiquetarse, de axustarse a algo, a un modelo, a un patrón, formar parte dunha categorización, tamén motivan consultas; as persoas necesitamos enmarcarnos nun contexto, identificarnos, e para iso moitas veces recorremos ás etiquetas, e con estas limitamos as posibilidades reais das persoas. Pero isto son simples etiquetas das que moitas veces nos servimos para intentar categorizar ás persoas, para “ordenar”, para identificarnos, para situarnos no mundo e na nosa realidade. Resulta salientable o feito de que durante sesións que non son de sexualidade xurdan consultas sobre a mesma, o que amosa que tódalas temáticas abordadas relaciónanse entre si, non conformando ningunha delas compartimentos estanco; todo o relacionado coa persoa, as súas vivencias e desenvolvemento está relacionado, e a sexualidade constitúe, sen dúbida, o eixo vertebrador. O respecto, a comunicación e o diálogo son factores fundamentais en toda relación, ben sexa de amizade, afectiva, ou de compañeirismo. A sexualidade non se aborda dende un único punto de vista fisiolóxico, senón dende toda a súa dimensión: emocional, afectiva, social e relacional. A Educación Afectivo-Sexual que se recibe é escasa e insuficiente. Así o demostra a oferta dos centros, que tentan cubrir unha necesidade existente e non cuberta. A sexualidade continúa sendo un tabú e xerando medos: hai moitos medos, polo tanto, ao redor da sexualidade. Existe un discurso normativo do sexo? En xeral o sexo é considerado como coito, como heterosexualidade, embarazos e enfermidades. Os tabús, o morbo, os medos a “espertar” ideas entre o alumnado frean o establecemento dunha sinatura de Educación Afectivo-Sexual no currículo escolar oficial. As persoas precisamos etiquetas, xa que estas nos fan sentir seguras e que estamos dentro dun marco que cremos nos axuda a despexar as

incertezas. Unha muller non ten que reproducirse se non o desexa, ou se non pode non debería sentir que o seu “aparato non funciona”, xa que os xenitais son fonte de pracer, se este se desexa, e poden permitir a reprodución.

Hai unha necesidade real de Educación Afectivo-Sexual, mais non hai un consenso sobre o modelo a seguir e impartir. Cada ideoloxía ou corrente defende un modelo e, a día de hoxe, non existe un aséptico e válido para tódalas persoas, do mesmo xeito que non todas posuímos as mesmas crenzas políticas, relixiosas ou morais. Mais a sexualidade continúa sendo un tema considerado tabú, repleto de mitos, estereotipos e falsas crenzas, repercutindo elo na percepción, na vivenciación e na liberdade sexual das persoas, tanto a nivel individual como a nivel social. Por elo, a realización de programas educativos específicos facilita o achegamento a esta realidade, podendo así traballar as situacións que se lle expón tanto a nais e pais como a mozas e mozos. É salientable que non soamente a mocidade acude a Q+ na procura de asesoramento, senón que a poboación adulta tamén demanda e require os seus servizos. Unha Rede enfocada por e para a mocidade galega que recibe demandas de persoas adultas de entre 30 e 60 anos demostra que a educación sexual é fundamental para toda a sociedade e ao longo de toda a vida, xa que as dúbidas non soamente se deben á mocidade ou á inexperiencia, senón tamén ao período evolutivo no que nos atopemos, é dicir, dependendo da nosa idade, teremos unhas inquiredanzas ou outras. Así, o alumnado e as nais e pais xunto co profesorado, pónense en contacto cos centros a fin de recibir unha Educación Afectivo-Sexual especializada; o que acontece en moitas ocasións é que as persoas adultas non se manifestan tan claramente como as novas, ben por pudor, ben por presupoñer que debería saber todo o que hai.

Con respecto á ampliación de temáticas que experimentaron os centros na súa reformulación de Rede de centros a Q+, a temática estrela continúa a seguir sendo a sexualidade, polo que a reformulación dos centros non influíu nos materiais elaborados polos centros. Malia que é ben certo que as novas temáticas, xunto coa sexualidade, son transversais, é a referente á imaxe corporal a que suscita un interese algo máis considerable ca o resto.

Esta ampliación de temáticas que experimentan os centros analizados é positiva, xa que todo o que abarque e procure o benestar global da persoa o é mais,



correspóndese esta oferta coa demanda da poboación, ou responde a outros intereses? Poden ser estes intereses políticos? Dado o cambio de goberno e as modificacións sufridas polo servizo, todo nos leva a pensar que así é.

Os centros sofren unhas importantes fluctuacións. Que atopamos ante estes novos programas? É posible que non interese o afectivo-sexual e se promovan unhas novas temáticas baixo a óptica de que son de interese para a mocidade? Pasamos dun servizo altamente especializado e único en todo o territorio español a velo convertido nun recurso de atención á mocidade no cal parece que ten cabida calquera temática que se poida considerar de interese para este grupo. Vimos o nacemento da Rede e a súa posterior reconversión en centros Quérote+ de asesoramento á mocidade, un cambio de nomenclatura e de temáticas que pasa do específico e concreto, que é a sexualidade, ao amplo e xeral, o asesoramento á mocidade. Cara onde se dirixe Q+? A transformación fundamental prodúcese a finais do ano 2009, correspondente á evolución dos centros. Isto é algo que descoñecemos mais, observando a traxectoria dos mesmos, esta lévanos a pensar en que, de acadar manterse, farano suxeitos ás mudanzas políticas. E cales son as directrices ás que se ve suxeita Q+? Unhas directrices claramente políticas, variables polo tanto, dependendo en todo momento do goberno imperante, e primando diariamente a autoxestión dos mesmos, dado que as profesionais que desempeñan neles o seu labor levan anos manténdoo á flote, ideando para elo novas campañas e acordando convenios con diferentes entidades, tales como a Consellería de Educación ou o Servizo Galego de Saúde (Sergas).

A existencia destes centros é necesaria, xa que favorece que se fale da sexualidade dende a naturalidade e a profesionalidade, producíndose anécdotas positivas na aula como as expresións libres e espontáneas de experiencias persoais dalgunha alumna ou alumno. Se lle está ofrecendo á mocidade un recurso ao cal acudir e obter orientación e respostas, mais é destacable que nunca se falou tanto de sexo, mais a desinformación continúa.

Durante o período de afianzamento da Rede podemos afirmar que os materiais foron exclusivamente de temática afectivo-sexual. Así, o desexo, o pracer, os métodos anticonceptivos, as dificultades coa erótica, as infeccións e as prácticas abordábanse nas formacións educativas e campañas dos centros.



Asemade, o tamaño do pene ou dos peitos, ou a idade á que manter relacións sexuais son consultas entendibles nesta necesidade de uniformidade, de sentirse “normal”, polo que a intervención e resposta aportada debe intentar traballar a idea de diversidade e potenciar que cada persoa valore, acepte e potencie as súas diferenzas, converténdolas en potencialidades e particularidades propias e, por que non, positivas.

Con respecto á homosexualidade ou á transexualidade é importante explicar que a orientación do desexo non convirte ás persoas en menos mulleres ou homes, senón que é unha diferenza que pode existir, e que a identidade, algunhas veces, non se corresponde cos xenitais.

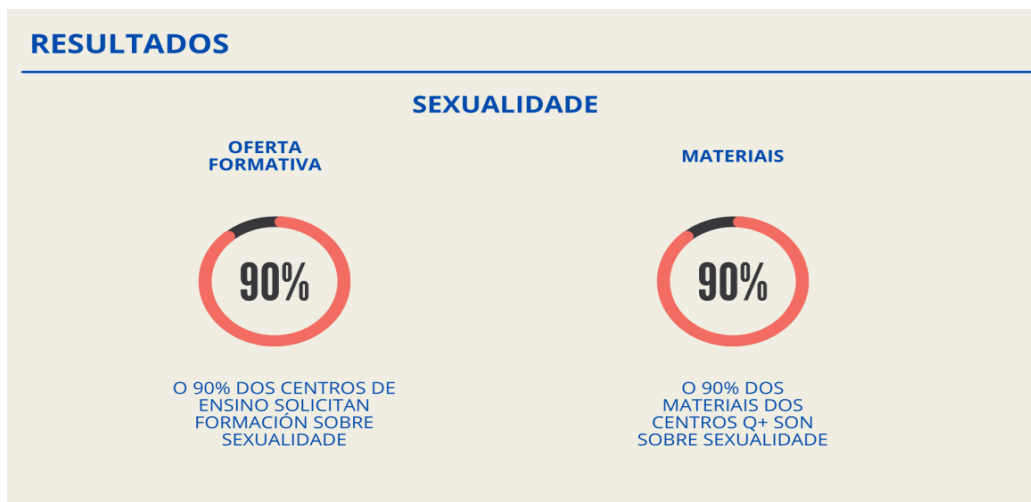
A nosa sociedade promove unha identidade sexuada que se corresponde cos xenitais externos, regulando como debe comportarse cada suxeito, dun xeito se é nena e doutro se é neno, categorizando dende a roupa, o nome, ata a orientación do seu desexo. O ideal e desexable é unha sociedade que respecte os desexos, necesidades e intereses do individuo sen tentar encaixalos nun modelo de referencia pechado e estrito que promove a sensación de frustración nos individuos que consideran que non encaixan.

É importante explicar a diversidade existente, que non todos os encontros eróticos son iguais do mesmo xeito que non o son as persoas, polo que os gustos, tempos e preferencias varían, non existindo un modelo exclusivo a seguir, nin un manual ou regra de ouro que, aplicada, proporcione os resultados que se desexan. No tocante ás fantasías, dáse moitas veces a confusión entre o que gusta e o que é real ou non, resultando imprescindible traballar a diferenza entre o que é conducta e o que é fantasía, diferenciándoas e amosando que unha evocación simbólica: unha persoa, unha imaxe, un son ou un aroma determinados, contribúen ao aumento da excitación, pero non teñen por que ser situacións que queiran vivirse e experimentarse, senón simplemente imaxinarse.

Coa reformulación dos centros e as novas temáticas abordadas desde os mesmos observamos que as novas temáticas e programacións que oferta Q+ comezan a xerar timidamente consultas sobre dependencia a determinadas substancias, como o tabaco. Preguntarlle ao alumnado se lle compensa ou lle

hai aportar algo positivo o feito de fumar colabora a que realicen un exercicio reflexivo sobre esta substancia e o que suporía ser dependentes da mesma.

Cadro nº2. Resultados da investigación.



Fonte: Elaboración propia.

O alumnado continúa sen coñecer os aspectos básicos e inherentes ao feito de ser sexuadas e sexuais, atópanse perdas e peridos á hora de acceder a unha información veraz que lles aporte solucións ás súas dúbidas e inquedanzas, co acompañamento preciso neste tipo de procesos, e no seu desenvolvemento evolutivo.

Porén, existe unha correspondencia entre a ausencia de medidas formativas nos centros de ensino, recollidas de xeito transversal na lexislación, e o que os centros ofertan? Con respecto á temática da Sexualidade, podemos afirmar que rotundamente si. Así, o resto de temáticas que ofertan os centros non suscitan un interese destacable como para categorizalo na demanda do alumnado rexistrada, ademais de ser destacable o feito de que a temática que se refería á Seguridade Vial finalmente foi eliminada da carta de servizos.²⁹ Non podemos obviar o feito de que todas as temáticas se relacionan entre si, é dicir, na Sexualidade poden entrar en xogo as inquedanzas sobre a propia imaxe ou as inseguridades á hora de relacionarse, ademais de que, en ocasións, o

²⁹ Decisións nas que o equipo técnico non forma parte, recibindo instrucións de instancias superiores dependendo do momento político no que se atopan.



consumo de substancias pode estar presente. Resulta positivo realizar un tratamento da Educación Sexual cun enfoque nin de medos nin exclusivamente bioloxicista, senón holístico, abarcando tódalas esferas posibles nas que está ou se ve implicada a persoa, neste caso, o alumnado galego de Educación Secundaria.

Podemos afirmar que os centros conseguen aportar unha información, formacións e campañas dirixidas á educación da sexualidade da mocidade. O Traballo Social en Educación Afectivo-Sexual é tan preciso e necesario como fundamental á hora de conformar individuos libres, cunha vivenciación sa das súas sexualidades, polo que a aposta pola promoción da figura da persoa profesional do Traballo Social en Educación Sexual ou na Educación das Sexualidades resulta unha realidade que como profesionais do Traballo Social debemos fomentar, promover e incentivar, a fin de que se asente como figura de referencia nos centros de información, de ensino e nos distintos dispositivos de atención social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angulo, J.F. (1993). La evaluación del proyecto curricular de centro o cómo ampliar la autonomía profesional del docente en tiempos de burocracia flexible. *Kikiriki*, 30.41-48.
- Andréu, M (2012) *Archaeological Encounters. Building Networks of Spanish and British Archaeologists in the 20th Century*. Newcastle : Cambridge Scholars Publishing, 2012
- Bardin, L (1996). *Análisis de contenido*. Ediciones Akal.
- Bera (2004). *Resources for research. Revised Ethical Guidelines for Educational Research*. Gibbs, G (2012). *El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa*. Ediciones Morata. Madrid. Colección Investigación cualitativa.
- Gonzalez, L. (2002). *Perspectivas autorreferenciales en ciencias sociales*. *Cinta moebio* 14: 190-195
- Flick, (2011) *Introducing Research Methodology: A Beginner's Guide to Doing a*



Research Project. Sage. https://brill.com/view/journals/mnya/13/1/article-p81_6.xml?language=en

- Kemmis, S. & Robottom, I. (1981). Principles of procedure in curriculum evaluation. *Journal of Curriculum Studies*, 13 (2). 151-155.
- McMillan, J. & Schumacher, S. (2005). *Investigación educativa: una introducción conceptual*. Pearson Educación, S. A.
- Serrano, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes I. Métodos*. Editorial Morata.
- Simons, H. (1989). *Ethics of Case Study in Educational Research and Evaluation*. En R.G. Burgess (Edit.) *The ethics of educational research* (pág. 114-138). The Falmer Press.
- Stake, R. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks (CA), Sage.
- Stake, R. E. (2000). *Case Studies*. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 435-453). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stake, R. E. (2005) *Investigación con estudio de caso*. Ediciones Morata. Madrid.
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1986). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. Paidós.
- Tójar, J. & Serrano, J. (2000). *Ética e investigación educativa*. RELIEVE, 6(2), 1-7.
https://redined.mecd.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/139877/RELIEVEv6n2_2.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Vázquez, R. & Angulo, F. (2003). *Introducción a los estudios de casos*. Los primeros contactos con la investigación etnográfica. Ed. Aljibe.
- Yin, R.K. (1989). *Case Study and Research. Design and Methods*. Applied Social Research Methods Series, Vol. 5, 93-95, Sage Publications, London.

LEXISLACIÓN:

Decreto 329/2005, del 28 de julio, por el que se regulan los centros de menores



y los centros de atención a la infancia. DOG Núm. 156, 14.270.
https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2005/20050816/Anuncio1BDC6_es.html

Decreto 85/2007, del 12 de abril, por el que se crea y regula el Observatorio

Galego de la Convivencia Escolar. DOG Núm. 88, 7.268.
https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2007/20070508/Anuncio11F96_es.html

Decreto 130/2007, de 28 de junio, por el que se establece el currículo de la

educación primaria en la Comunidad Autónoma de Galicia. DOG Núm. 132,
11.666.

https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2007/20070709/Anuncio23F6A_es.html

Decreto 133/2007, de 21 de diciembre, por el que se regulan las enseñanzas de

la educación secundaria obligatoria en la Comunidad Autónoma de Galicia. DOG
Núm. 136, 12.032.

https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2007/20070713/Anuncio2640E_es.html

Decreto 8/2015, de 8 de enero, por el que se desarrolla la Ley 4/2011, de 30 de

junio, de convivencia y participación de la comunidad educativa en materia de
convivencia escolar. DOG Núm. 17, 3885.

https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2015/20150127/AnuncioG0164-220115-0001_es.html

Ley de 5 de julio de 1985, de despenalización parcial del aborto. «BOE» núm.

184, de 2 de agosto de 1985, páginas 24550 a 24551.
[https://www.boe.es/eli/es/o/1985/07/31/\(2\)](https://www.boe.es/eli/es/o/1985/07/31/(2))

Ley Orgánica 1/ 1990, del 3 de octubre -BOE de 4 de octubre-, de Ordenación

General del Sistema Educativo, L.O.G.S.E. páginas 28927 a 28942,
<https://www.boe.es/eli/es/lo/1990/10/03/1>

Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de

menores. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2000/01/12/5/con>

Ley 13/2008, del 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia. «DOG» núm.

245,7-53. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2009/BOE-A-2009-807-consolidado.pdf>

Ley 6/2012, de 19 de junio, de juventud de Galicia. «BOE» núm. 217,5-32.



Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud sexual y reproductiva. «BOE»

núm. 55, <https://www.boe.es/eli/es/lo/2002/12/23/10>

Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación.

L.O.C.E. «BOE» núm. 307, de 24 de diciembre de 2002, páginas 45188 a 45220.

<https://www.boe.es/eli/es/lo/2002/12/23/10>

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. L.O.E. «BOE» núm. 106,

<https://www.boe.es/eli/es/lo/2006/05/03/2/con>

Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa.

L.OM.C.E. «BOE» núm. 295, <https://www.boe.es/buscar/pdf/2013/BOE-A-2013-12886-consolidado.pdf>

Ley 2/2014, de 14 de abril, por la igualdad de trato y la no discriminación de

lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales en Galicia. BOE núm. 127, de 26 de mayo de 2014, páginas 39758 a 39768 <https://www.boe.es/eli/es-ga/l/2014/04/14/2>

Orden de 1 de agosto de 1996, por la que se regulan los contenidos mínimos del

Reglamento de régimen interior y el proyecto educativo de los centros de atención a menores (PEI). DOG nº 168, 8.042-8.046. https://politicassocial.xunta.gal/sites/w_polso/files/arquivos/normativa/orde01ago1996.pdf

III Plan Estratégico de Xuventude (Juventud) 2013. Xuventude 20: unha

estratexia para a mocidade galega. III Plan Estratégico de Xuventude. Consellería de Traballo e Benestar Dirección Xeral de Xuventude e Voluntariado. Xunta de Galicia.

http://xuventude.xunta.es/uploads/docs/planestratexico/plan_estratexico_de_xuventude2013.pdf

Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio, por el que se aprueba la Regulación de

la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.

BOE núm. 209, páginas 30127 a 30149.



<https://www.boe.es/eli/es/rd/2004/07/30/1774>

Real Decreto 1105/2014, de 26 de diciembre, por el que se establece el currículo

básico de la Educación Secundaria Obligatoria y del Bachillerato.«BOE» núm.
3.<https://www.boe.es/eli/es/rd/2014/12/26/1105/con>

Resolución del 14 de agosto de 2012, de la Dirección Xeral de Educación,

Formación Profesional e Innovación Educativa, por la que se regula el Plan
Proxecta y se establecen las bases para la participación de los centros docentes
dependientes de la Consellería de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria.
DOG núm. 166, 34.765.



A MELLORA DA SATISFACCIÓN LABORAL EN PROFESIONAIS DE CENTROS DE DIA: UNHA PROPOSTA DE INTERVENCIÓN.

LA MEJORA DE LA SATISFACCIÓN LABORAL EN PROFESIONALES DE CENTROS DE DIA: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

IMPROVING JOB SATISFACTION IN DAY CARE PROFESSIONALS: AN INTERVENTION PROPOSAL.

Susana Seoane Veiras – Traballadora Social
gusiseve@hotmail.com

Premios Día Mundial do Traballo Social 2024
Modalidade TFG/TFM

RESUMO

Como profesionais do Traballo Social, dentro dos centros de atención de día a persoas en situación de dependencia, desenvolvemos a nosa profesión como técnicos de intervención social de persoas, familias e mesmo, posiblemente, na xestión. Non se pode adoptar un enfoque global sen ter en conta a calidade dos servizos prestados polos seus profesionais así este TFG pretendeu acadar os seguintes obxectivos: (1)Coñecer as variables sociodemográficas e organizativas dos profesionais que integran a mostra; (2) aumentar a satisfacción da compaixón e a realización persoal despois de completar un programa de adestramento, (3)diminuír o esgotamento emocional no traballo de coidado e a fatiga da compaixón despois de completar o traballo de formación e (4) a percepción da utilidade do programa como facilitador de ferramentas de autocoidado para que os traballadores teñan máis realización persoal.

Para iso, usouse un método mixto. Cuantitativo: un estudo descritivo transversal con metodoloxía pre-test e post-test Cualitativo: entrevista ad hoc descritiva. 12 profesionais: 7 de perfil de xerocultor e 5 técnicos de centros de día de Galicia. Responderon ao inventario ProQOL-V5, Maslach 1996 e cuestionarios sociodemográficos ad hoc. Os resultados cuantitativos non mostran melloras despois do programa, pero a nivel cualitativo mostran aumento da satisfacción despois. Como conclusións comentar que, aínda que non existen



grandes diferencias entre o pre e post a nivel cuantitativo por limitacións, na análise cualitativa si se reflicte un aumento da satisfacción trala formación, incidindo na necesidade de afondar nas emocións, sendo positiva a intervención multicompoñente, valorando necesidade de implantala a longo prazo.

PALABRAS CHAVE

Atención centrada na persoa, cuidados emocionais, calidade de vida profesional, fatiga por compaixón, satisfacción por compaixón.

RESUMEN

Las profesionales de Trabajo Social, en los centros de atención diurna a personas en situación de dependencia, desarrollamos nuestra profesión como técnicos de intervención social con personas, familias e incluso, en la gestión. No se puede hacer un enfoque global sin tener en cuenta la calidad con la que se prestan los servicios por parte de los profesionales por lo que este TFG pretendió los objetivos siguientes: (1) Conocer variables sociodemográficas de profesionales de la muestra; (2) aumentar la satisfacción por compasión y realización personal tras la realización del programa formativo, (3) disminuir el cansancio emocional en el trabajo del cuidado y fatiga por compasión tras las realizaciones del trabajo formativo y (4), percepción sobre la utilidad del programa formativo como facilitador de herramientas de autocuidado emocional compasivo a los trabajadores para tener más realización personal.

Se usó un método Mixto. Cuantitativo: estudio descriptivo de corte transversal con metodología pre-test y post. Cualitativo: descriptivo entrevista ad hoc. 12 profesionales: 7 gerocultor, 5 técnicos de centros de día de Galicia. Dieron respuesta al ProQOL-V5, inventario de Maslach 1996 así como cuestionarios ad hoc sociodemográfico. Como resultados cuantitativos hubo mantenimiento o ligeras mejoras en post. A nivel cualitativo muestran aumento de satisfacción tras programa. Como conclusiones comentar que aunque no existen grandes diferencias entre el pre y post a nivel cuantitativo por limitaciones, si se muestran en el análisis cualitativo donde reflejan un aumento de satisfacción tras la formación incidiendo en la necesidad de profundizar en emociones, siendo positiva la intervención multicomponente, valorando la



necesidad de implantarlo a largo plazo.

PALABRAS CLAVE

Atención centrada en la persona, cuidados emocionales, calidad de vida profesional, fatiga por compasión, satisfacción por compasión.

ABSTRACT

Social Work professionals, in day care centers for people in a situation of dependency, develop our profession as social intervention technicians with people, families and even in management. A global approach cannot be made without taking into account the quality with which the services are provided by the professionals, which is why this TFG sought the following objectives: (1) Know the sociodemographic variables of the professionals in the sample; (2) increase compassion satisfaction and personal fulfillment after completing the training program, (3) decrease emotional fatigue in care work and compassion fatigue after completing the training work and (4), perception of the usefulness of the training program as a facilitator of compassionate emotional self-care tools for workers to have more personal fulfillment.

A Mixed method was used. Quantitative: descriptive cross-sectional study with pre-test and post-test methodology. Qualitative: descriptive ad hoc interview. 12 professionals: 7 geroculturists, 5 technicians from day centers in Galicia. They responded to the ProQOL-V5, Maslach 1996 inventory as well as ad hoc sociodemographic questionnaires. As quantitative results, there was maintenance or slight improvements in post. At a qualitative level, they show an increase in satisfaction after the program. As conclusions, comment that although there are no major differences between pre and post at a quantitative level due to limitations, they are shown in the qualitative analysis where they reflect an increase in satisfaction after the training, influencing the need to delve deeper into emotions, the multicomponent intervention being positive. , assessing the need to implement it in the long term.

KEYWORDS

Person-centered care, emotional care, professional quality of life, compassion fatigue, compassion satisfaction.



1. INTRODUCCIÓN

Asociados ao proceso de envellecemento da sociedade actual, desenvolvéronse múltiples recursos xerontolóxicos de apoio formal á atención, como os centros de día para persoas maiores en situación de dependencia. Neste contexto, os profesionais, onde se inclúen as persoas do Traballo Social, están expostos a unha serie de estresores específicos que poden provocar a síndrome de Burnout ao longo do tempo. Para evitalo, esta investigación pretende comprobar se existe un aumento da satisfacción profesional dos traballadores dos centros de día de persoas maiores en situación de dependencia, mediante a formación na atención emocional autocompasiva. Método C2E.

Para iso, expóñense diversos aspectos relevantes como marco teórico para dar sentido ao obxecto da investigación e que se resumen nas seguintes ideas:

1. O proceso de envellecemento segue medrando e a previsión é que aumente o número de persoas en situación de dependencia. Aumentarase a demanda de servizos de atención á discapacidade e á dependencia e, polo tanto, medrará a necesidade de formar profesionais para o gran reto de atender a persoas maiores con dependencia e discapacidade en aumento.
2. Quedou comprobado que estes profesionais están formados a nivel teórico e práctico sen afondar en todas as profesións en reflexións éticas sobre o coidado ou a xestión das emocións, orixinando unha brecha no desenvolvemento das competencias relacionadas coas actitudes acordes coa atención centrada na persoa. .
3. A atención centrada na persoa [ACP] é un dos modelos que mellor define como se debe relacionar o profesional coas persoas maiores e, polo tanto, xerar espazos de relación baseados no benestar, a calidade e a calidez.
4. Recoñecer que os profesionais están expostos a sufrir emocións tanto positivas como negativas no seu traballo profesional axudará a mellorar as intervencións baseadas na atención do persoal e previr síndromes como a Fatiga Compasiva [FC] ou o Burnout.
5. Atopáronse evidencias de que a calidade da vida profesional é esencial cando nos centramos en promover e mellorar as emocións positivas



baseadas na Satisfacción Compasiva [SC].

6. Ademais, achegáronse diversos datos de investigación sobre como mellorar a SC chegando á conclusión de que as emocións hai que traballalas desde o positivismo.

Tendo en conta estes preceptos, decidiuse levar a cabo un programa de intervención para profesionais sociosanitarios de diversos centros de día, baseado na xestión das emocións desde unha perspectiva compasiva para xerar unha maior satisfacción na labor dos coidados.

BREVES REFERENCIAS TEÓRICAS

Calidade de Vida Profesional

Neste apartado centrarase a atención naqueles aspectos que inciden na relación asistencial porque implican directamente aos profesionais que prestan apoio e axuda e o seu benestar ou malestar afecta directamente á atención e, polo tanto, á persoa á que coidan.

Gallego-Alberto et al., (2018) cita a varios autores Brodaty, Draper e Low, (2003); Cooper et al., (2016); Duffy, Oyebode e Allen, (2009); Pillemer y Lachs, (2002); Woodhead, Northrop e Edelstein, (2016), pola investigación realizada en relación coa saúde do persoal dos centros xerontolóxicos, concluíndo altos niveis de estrés e esgotamento. Esta situación leva a entender que estas persoas, a nivel emocional, sofren situacións que as superan e que precisan controlar para establecer relacións positivas (Buceta et al., 2019).

Buceta et al., (2019) establecen que o coidador é capaz de experimentar "sensacións negativas (fatiga de estrés e compaixón, esgotamento por Burnout ou empatía) e sensacións positivas (satisfacción compaixón, vocación ou felicidade)" (p. 323) , cando realizar o seu labor de coidado. Estes factores positivos e negativos están relacionados coas emocións

Se falamos de emocións negativas, Figley (1995) destaca por ser o primeiro que acuñou o termo Compassion Fatigue [FC], referíndose ao "sentimento de profunda empatía e piedade por outro que está a sufrir, acompañado dun forte desexo de aliviar a dor ou resolver as súas causas" (citado por Campos-Vidal et al., 2017). En todo este contexto, a empatía

xoga un papel importante, xa que se considera como a capacidade de crear unha relación de vínculo afectivo, próximo e cálido, onde se saiba establecer os límites necesarios (Bermejo, 2012; García Lobarda e Rodríguez, 2005). , citado en Buceta, 2019) xunto cunha distancia emocional baseada na alianza de axuda, é posible levar a cabo unha relación eficaz (Campos-Vidal et al., 2017).

Polo tanto, a Fatiga por Compañón “é a consecuencia natural, previsible, tratable e paliabile de traballar con persoas que sofren” (Campos-Vidal et al., p. 129). A fatiga da compañía produce esgotamento mental e físico, incluso levando á despersonalización (Buceta et al., 2019). E algúns autores sinalan que en condicións máis graves poden dar lugar á síndrome do burnout profesional, denominada burnout, e outros autores sinalan que mesmo pode ser un subtipo de burnout (Campos-Vidal et al., 2017).

O Burnout é unha consecuencia do estrés prolongado clasificado como enfermidade profesional pola OMS en 1994 (Martín et al., 2013). Este esgotamento está relacionado con tres factores: emocional, despersonalización e falta de realización persoal (Martín et al., 2013). Cando se fala do Burnout nos profesionais dos centros xerontolóxicos, son diversas as investigacións que apuntan a factores persoais, relacións conflitivas cos familiares, episodios de comportamento e trastornos das persoas atendidas, e condicións de traballo sobrecargadas e pouco recoñecidas (Gallego-Alberto et al. ., 2018).

. Volvendo ao concepto inicial de Calidade de vida do profesional, estamos a falar dun modelo establecido por Stamm (2010), citado por Marín-Tejada (2017), considerando dous extremos opostos:

- Unha é na que conflúen as emocións positivas, a gratificación cara ao coidado e os sentimentos de valía, a competencia e a profesionalidade, que enmarca con Satisfacción compasiva [SC].
- Outro extremo é onde conflúen as emocións negativas, esgotamento a nivel bio-psico-laboral que leva ás síndromes comentadas anteriormente, fatiga compasiva, síndrome de burnout e outras síndromes asociadas.

Campos et al., (2017), sinalan que o que propón o modelo é o equilibrio que

se debe establecer e manter entre CF e SC. O SC está moi relacionado coa percepción do profesional do seu traballo, como se relacionan coas persoas que coidan e como avalían positivamente as súas propias necesidades emocionais. Se estes factores se ven afectados, a balanza inclina cara á desconexión emocional, o xuízo e a desorganización, polo que é necesario o autocoidado (Campos et al., 2017). No estudo realizado por Buceta et al. (2019) concluíron que os elementos que influían directamente en SC eran a satisfacción de coidar ás persoas, a dedicación ao posto ocupado, a bondade propia e non sufrir Burnout, e os que influían indirectamente foron a capacidade de atención plena, sentimentos de humanidade, apego seguro e equipos de traballo satisfactorios.

Finalmente, en consonancia con todo o descrito e destacando que outros factores inflúen nas emocións positivas derivadas dos coidados, podemos sinalar a Yarnoz, (2001), quen destaca a importancia do apego, e como, dependendo do tipo de apego que se estableza no relacións interpersoais, definirán o nivel de accesibilidade e resposta cara a un mesmo e aos demais (citado en Buceta et al., 2019). Clemente (2003) considerou o apego como a capacidade de establecer unha relación con vínculos de amor, comprensión, confianza, seguridade e apoio, asumindo unha disposición. Determina a figura de apego como aquela persoa accesible, disposta, que proporciona seguridade e comprensión, e non necesariamente é unha persoa próxima senón dispoñíbel (Clemente, 2003).

Por outra banda, outro factor a destacar sería a autocompaixón, que Neff (2003) definiu como a capacidade das persoas para comprenderse a si mesmas en situacións difíciles, clasifícaaas como bondade propia, humanidade compartida e atención plena, e determinou que poden ser practicado e aplicado ante emocións dolorosas (citado en Buceta et al., 2019).

Para concluír este apartado, teremos en conta o que xa determinaron Campos et al., (2017) sobre a necesidade de centrarse na parte positiva que contrasta ao CF, que é o SC. Establece boas prácticas profesionais: mantemento de relacións positivas, autocoidado e xestión do estrés. Aínda que non se pode prever, é responsabilidade do profesional e da organización á que pertence recoñecelo e minimizalo (Campos et al., 2017) para ofrecer unha atención de calidade. Ante esta realidade, cómpre destacar como se pode manter o equilibrio



entre emocións positivas e negativas e que tipo de intervencións se realizaron para xestionar a FQ e mellorar a SC.

Estratexias para mellorar a calidade de vida profesional.

Neste apartado recóllense brevemente por unha banda, as evidencias e experiencias relacionadas coa forma de mellorar a FC, e por outra, as investigacións previas que a entidade xestora dos centros de día obxecto de estudo realizou para apoiar a elección da metodoloxía e proposta de intervención baseada no coidado emocional compasivo.

Partindo de Campos e Cardona (2017), propoñen catro áreas de mellora para o CF, citadas en Campos (2017):

- a) Desenvolvemento de relacións positivas cos clientes, é dicir, activando permanentemente a resposta empática e as dimensións da alianza de axuda. En definitiva, trátase de traballar ben, conscientemente ben. Tamén pretenden cubrir as necesidades do profesional como a satisfacción coa relación proporcionada ou o recoñecemento dos compañeiros.
- b) Autocoidados inespecíficos relacionados co mantemento de estándares recoñecidos de autocoidado que definen o estilo de vida (descansar, durmir e comer ben, manter relacións e redes, afeccións, etc.). É necesario controlar con frecuencia o cumprimento do plan de autocoidado (consciente) e actualizalo periodicamente.
- c) autocoidado intencionado vinculado á revisión permanente do exercicio profesional e a súa repercusión nun mesmo, recorrendo á supervisión, revisión do exercicio, participación en foros profesionais, estudo, equilibrio biofísico (nutrición, exercicio, descanso e pracer).
- d) Estratexias de xestión do estrés a través do coidado e desenvolvemento de afeccións, relaxación, ioga, meditación consciente (mindfulness), expresións artísticas, escritura terapéutica, etc.

Etxebarria et al.(2011), , Martín et al., (2013) Cocker y Joss (2016) levaron a cabo varios estudos onde se pode apreciar que a parte emocional é fundamental para telo en conta para mellorar o benestar laboral e persoal dos



profesionais e, polo tanto, mellorar o benestar da persoa á que acompañan.

Obxectivos da investigación.

2.1. Xeral.

- Incrementar a satisfacción profesional nas relacións dos traballadores dos centros de día das persoas maiores en situación de dependencia mediante un programa de intervención baseado na atención emocional autocompasiva.

2.2. Específico.

- Coñecer as variables sociodemográficas e organizativas dos traballadores que integran a mostra.
- Aumentar a satisfacción pola compaixón e a realización persoal despois de completar o programa de formación.
- Reducir a fatiga emocional no traballo de coidados e a fatiga compasiva despois de completar o programa de formación.
- Percepción da utilidade do programa formativo como facilitador de ferramentas de autocoidado emocional compasivo para que os traballadores teñan máis realización persoal.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Neste caso, a proposta de intervención, realizouse nos centros de atención ás persoas maiores de Galicia xestionados por C. Pola súa banda, dous estudos previos que foran aplicados á totalidade dos 10 centros de día para maiores que xestiona a empresa e entre os que se atopan 3 dos centros que se utilizaron na mostra.

Un deles foi o FPsico 3.1 de avaliación de riscos psicosociais do INSST desenvolvido pola NTP 926, que analiza 9 factores entre os que se atopa o factor de demandas psicolóxicas que fai referencia á natureza das diferentes demandas que se deben afrontar no posto de traballo. Tales demandas adoitan ser de natureza cognitiva e emocional. Os resultados a mellorar no colectivo de



técnicos sociosanitarios con risco moderado foron o aspecto emocional.

Por outra banda, tamén se tivo en conta outra avaliación de competencias profesionais realizada nos 10 centros de día, que amosou a seguinte mellora global das competencias: xestión emocional (2,5 puntos sobre 4).

Tendo en conta todo o comentado ata o momento, a investigación centrouse en ofrecer unha formación baseada na metodoloxía de María Wolff, unha persoa implicada nun coidado baseado na dignidade da persoa. A técnica seleccionada será C2E® Emotional Care, que se basea na Terapia de Estimulación Emocional T2, que identifica 56 emocións agradables e axuda a sentir e gozar delas. "Ademais de promover o agradable, o fermoso, o auténtico, C2E® tamén ofrece formas de afrontar sentimentos e emocións dolorosas, desagradables ou molestas" (Maria Wolf Foundation, 2021).

MATERIAL:

Cuestionarios pre/post intervención.

Escala de Calidade de Vida Profesional (PROQOL, v. 5, Stamm 2010). A ferramenta ProQOL é unha escala para medir a calidade de vida profesional, que está na súa quinta versión e foi deseñada para avaliar a fatiga por compaixón (FC) e o Burnout. Foi revisado por Stamm en 2005 e modificado de novo por este último en 2010. Nesta última revisión introduciu cambios nos que tamén valora os aspectos positivos de axudar aos demais, é dicir, a satisfacción por compaixón (CS). A versión española do instrumento foi traducida e validada por Morante et al. en 2006 na súa versión IV. A fiabilidade da ferramenta informa dun alfa de Cron Bach que oscila entre 0,84 e 0,90 nas tres subescalas. O cuestionario complétase de xeito autoadministrado e está formado por 30 ítems que se avalían mediante unha escala tipo Likert con 6 posibles respostas que van de 0 (nunca) a 5 (sempre). Cada un valórase por 10 elementos do seguinte xeito: SC (3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27 e 30) Burnout (1,4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26). e 29) e FC (2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25 e 28). Neste cuestionario, as puntuacións totais poden ir desde 0 coa puntuación máis baixa ata 50 coa puntuación máis alta. Inventario de Maslach (MBI, Maslach et al., 1996). O Maslach Burnout Inventory (MBI) é un instrumento de avaliación psicolóxica que pretende medir a frecuencia e a intensidade do burnout mediante preguntas que



responden á interacción da persoa co seu traballo. O cuestionario orixinal foi creado por Maslach e Jackson (1981). Descríbese nun total de 3 subescalas en 22 elementos. A subescala “esgotamento emocional” (EA) inclúe 9 preguntas que se corresponden cos ítems (1, 2.3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20). Valora a experiencia da diminución ou perda de recursos emocionais, quedando esgotada polas esixencias emocionais do traballo. A súa puntuación máxima é de 54. Esta puntuación é directamente proporcional á intensidade da síndrome, é dicir, canto maior sexa a puntuación, maior será o grao de esgotamento experimentado. A seguinte subescala que mide este cuestionario é a “despersonalización” (D). Este só consta de 5 ítems, que son 5, 10, 11,15 e 22, nos que se valora o grao de resposta do suxeito de forma fría e impersoal e con distancia. Aquí a puntuación máxima é de 30 puntos e tamén é directamente proporcional como na anterior. Canto maior sexa a puntuación, maior será a despersonalización. E, por último, está a subescala de “realización persoal” (PR), que está formada polos seguintes 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21). Esta escala avalía positivamente os sentimentos de autoeficacia e competencia no traballo. Ten un máximo de 48 puntos e neste caso a puntuación é inversamente proporcional ao grao de burnout, é dicir, canto menor sexa a puntuación de logro persoal, máis afectado se ve a persoa queimada polo traballo. Estas tres subescalas teñen unha gran consistencia interna e o constructo burnout xa que as súas dimensións considéranse variables continuas. As puntuacións do MBI considéranse baixas entre 1 e 33, medias entre 34 e 66 e altas entre 67 e 99.

Cuestionario de variables demográficas creado pola Fundación María Woolf para o estudo C2E-C- Maria Wolff. Este cuestionario está elaborado pola Fundación María Woolf sobre a intervención. Os datos recollidos refírense a: sexo, idade, profesión, antigüidade no posto dentro da entidade, antigüidade no coidado de persoas maiores.

Instrumentos utilizados só despois da intervención:

Entrevista ad hoc. Para realizar a análise de datos cualitativos, creouse unha entrevista para tal fin. Para a valoración da proposta de intervención realizada. Esta entrevista foi deseñada pola investigadora principal ad hoc mediante a ferramenta de formularios de Google e contestada por cada persoa de forma anónima nun prazo dunha semana.



Procedemento de recollida de datos.

Fase 0: selección da mostra e consentimentos.

Procedemento de selección da mostra: Elixiuse a mostra por conveniencia, integrada por profesionais de tres centros de día para persoas maiores en situación de dependencia da Comunidade de Galicia xestionados pola empresa C.

Dos dez centros destas características que xestiona a devandita entidade, elixíronse estes tres polos motivos que se indican a continuación e pola seguinte orde:

- Centro con autopercepción expresada ao responsable do contrato do estado emocional máis baixo dos profesionais, especialmente despois da incidencia do Covid 19. Menor puntuación na avaliación de competencias: xestión emocional.
- Centro coa menor avaliación das competencias profesionais a nivel global e onde destaca principalmente a xestión emocional.
- Centro que por proximidade presenta características similares aos outros dous e para completar a mostra. Establecéronse tres centros coa seguinte codificación: Centro: V, Centro: T, Centro: C

Para determinar a mostra de participantes realizáronse varias fases. O primeiro é concertar co representante do programa C2E® Emotional Care que características deben ter. A continuación detállanse os criterios de inclusión e a metodoloxía de acceso.

- Por custos e características do programa piloto na entidade, a mostra sería inicialmente de 15 participantes. Non pode ser menos por ter unha mínima representatividade e por unha eficacia custo-beneficio para a entidade e non pode ser máis extenso pola axeitada xestión do grupo polas características metodolóxicas e didácticas do seu traballo vivencial.
- Persoal que participaba debía ser persoal e estar en activo e esperaba estar en activo nun período mínimo de 3 meses desde o inicio do programa. O motivo é que as tres sesións que se levarían a cabo a través do programa estarían separadas aproximadamente un mes e era un



requisito importante a asistencia a todas elas. Polo tanto, non podían formar parte da mostra as persoas que se encontraban en baixa estable ou que fosen substitutas. Para que a sesión do programa teña algún efecto no equipo, buscouse unha mostra de profesionais estables no centro.

- A participación tiña que ser totalmente voluntaria.
- Poderían ser dun só centro ou se a mostra fose insuficiente abrir o grupo a máis centros. Se é así, busque características similares nas necesidades expresadas dos profesionais.

Adaptación ás sesións no horario previsto (semana e fin de semana) en función da dispoñibilidade do formador.

Con esta orde de preferencias valorada polo responsable do contrato e con estas claras premisas de inclusión no programa, o mesmo se explicou ao persoal do centro. Fíxose do seguinte xeito:

1. Realizouse unha reunión explicativa do responsable do contrato do Centro: V. Explicouse o programa, contidos a tratar, a súa metodoloxía vivencial, datas e horarios, o carácter innovador para os profesionais e a gratuidade do programa. o mesmo para eles, a necesidade de motivación e voluntariedade para a inclusión. Tamén se mencionou que sería unha proposta piloto de intervención na entidade na que se priorizaba ese centro e que serviría para un estudo anónimo por parte do responsable do centro que non participaría no programa.
2. Unha vez presentado todo o necesario, remitiuse a información vía correo electrónico a todo o persoal e dispoñeranse de dous días para a súa avaliación no programa e resolución de dúbidas. Nese momento formuláronse preguntas sobre a metodoloxía de gravarse en interaccións reais coas persoas no traballo e os temores de como afrontar tal situación. Así mesmo, as persoas que adoitan queixarse do esgotamento emocional manifestaron non estar preparadas para afrontar o traballo das emocións nese momento.

O resultado da proposta no centro de máximo interese non tivo o éxito

esperado e só se apuntaron 5 persoas:

- Dos cales eran de persoal, pero novos no centro e polo tanto non expresaran esas emocións de cansazo na súa relación laboral coas persoas maiores,
- 1 tiña antigüidade na entidade, pero foi trasladado recentemente a ese centro e non presentaba signos evidentes de fatiga,
- Ante esta realidade, só quedaba 1 persoa que cumpría todos os requisitos de interese inicial na mostra.

Ante esta mostra insuficiente, comunicouse ao responsable de Atención Emocional C2E® para que estudase a opción de abrir o proceso de participación voluntaria ao seguinte centro de interese: T.

Neste, repetiuse o proceso anterior en canto á presentación do programa. A participación voluntaria foi mellor pero non chegou aos 15 participantes por volume de persoal, polo que seguindo o mesmo criterio de mostra insuficiente abriuse o proceso a un terceiro centro: C.

Fase 1: Procedemento de recollida de datos previos á proba.

Na recollida de datos previos á intervención pasáronse dous cuestionarios estándar descritos no apartado de materiais:

- Escala de Calidade de Vida Profesional (PROQOL, v. 5, Stamm 2010).
- Inventario de Maslach (MBI, Maslach et al., 1996).

Os cuestionarios foron recollidos despois de obter o consentimento informado.

Entregáronse nun sobre pechado coas instrucións dadas. Os cuestionarios foron cubertos de forma anónima e entregados ao responsable de cada centro.

Estes datos recolléronse o día antes do inicio do Programa de Atención Emocional C2E®.

Adicionalmente, o día de inicio da formación, recolleuse o Cuestionario de Variables Demográficas creado pola Fundación María Woolf para o estudo C2E-



C Maria Wolff.

No momento de completar esta documentación para a participación no programa C2E® Emotional Care, solicitouse a cada participante que xerara un código único a partir de datos persoais que só el coñecía, que poderían reproducirse do mesmo xeito. Avaliación.

Fase 2: Procedemento de aplicación do Programa de Atención Emocional C2E®.

En canto á intervención C2E® Emotional Care, trátase dun programa multicomponente de tres sesións en total, cunha duración de 7 horas cada unha. En canto á selección de técnicas de recollida e para a aplicación do programa C2E® Emotional Care, decidiuse replicar a mesma estrutura que a Fundación María Wolff levara a cabo en 2018 en oito grupos de persoal de catro residencias de maiores dos Establecementos Residenciais de Asturias (ERA). ERA son residencias para maiores propiedade do Goberno da Autonomía de Asturias.

Fase 3: Procedemento de recollida de datos posteriores á proba.

Na recollida de datos post-intervención, aprobáronse os dous cuestionarios estándar descritos anteriormente e aprobados na pre-intervención:

- Escala de Calidade de Vida Profesional (PROQOL, v. 5, Stamm 2010).
- Inventario de Maslach (MBI, Maslach et al., 1996).

Entregáronse nun sobre pechado coas instrucións dadas. Os cuestionarios foron cubertos de forma anónima e entregados ao responsable de cada centro.

Estes datos recolléronse o mesmo día que rematou o Programa de Atención Emocional C2E®.

Ademais, no último día da formación volveuse a recoller o Cuestionario de Variables Demográficas creado pola Fundación María Wolff para o estudo C2E-C Maria Wolff.

Fase 4: Procedemento de análise do estudo cuantitativo pre e post intervención.

Os datos cuantitativos foron procesados a través do paquete IBM SPSS 25.



Para este tratamento seleccionáronse previamente os datos que formarían parte da mostra e os que finalmente serían descartados.

Na fase de pretest recolléronse 17 cuestionarios de cada tipo (PROQOL, v. 5, MBI e variables demográficas).

Na fase posterior á intervención recolléronse 13 cuestionarios de cada tipo (PROQOL, v. 5, MBI e variables demográficas).

Tendo en conta os criterios de exclusión xa descritos, queda a seguinte mostra de análise de datos:

- 36 cuestionarios en total: PROQOL, v. 5; MBI e Cuestionario de Variables Demográficas.
- 36 cuestionarios en total: PROQOL, v. 5; MBI e Cuestionario de Variables Demográficas.

Creouse un Excel para rexistrar os datos nun formato exportable a SPSS. Nel establecéronse varias variables.

Os datos rexistráronse en cada unha das variables en función dos valores establecidos para cada unha. No proceso atopáronse datos que non eran susceptibles de avaliación por non resultar concluíntes na súa formulación e, polo tanto, rexistráronse como nulos.

Fase 5: Procedemento de análise do estudo cualitativo post-intervención.

Os datos cualitativos foron recollidos mediante unha entrevista para ser contestadas de forma anónima durante un período dunha semana. Foi deseñado en formularios de Google

Na análise cualitativa, as entrevistas codificáronse en base a catro categorías: Opinións do curso, ferramentas de afrontamento da autoestima, ferramentas de afrontamento emocional e aspectos importantes da xerontoloxía.

Estas catro categorías codifican simultaneamente en unidades de significado e se lles asigna un código de identificación.



	oct-21	nov-21	dic-21	ene-22	feb-22	mar-22	abr-22
FASE 0: SELECCIÓN, MOSTRA E CONSENTIMIENTO INFORMADO							
Concertar mostra con Fundación Maria Woolf	07/10/2021						
FASE 1: PROCEDIMIENTO RECOLLIDA MOSTRAS PRETEST							
Exposición do programa en centro V para voluntarios e recollida consentimento	13/10/2021						
Exposición do programa en centro T para voluntarios	14/10/2021						
Exposición do programa en centro C para voluntarios	15/10/2021						
FASE 2: PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DO PROGRAMA DE COIDADOS EMOCIONAIS							
Sesión 1: parte 1	19/10/2021						
Sesión 1: parte 2	20/10/2021						
Sesión 2		20/11/2021					
Sesión 3				15/01/2022			
FASE 3: PROCEDIMIENTO RECOLLIDA DATOS POST TEST							
Recolección de datos post test				15/01/2022			
FASE 4: PROCEDIMIENTO ANÁLISIS DATOS CUANTITATIVOS							
Introducción datos SPPS e extracción resultados					feb-22		
FASE 5: PROCEDIMIENTO ANÁLISIS DATOS CUALITATIVOS							
Elaboración entrevista ad hoc						mar-22	
Remisión cobertura						11-17 marzo	
Extracción datos análisis						mar-22	abr-22



Métodos

En canto ao método empregado, foi o Programa de Atención Emocional C2E®, tal e como se mencionou ao comezo deste subapartado e as características básicas do programa inclúen:

- No desenvolvemento das sesións do programa, selecciónanse como emocións relevantes para os destinatarios de atención o esgotamento, a satisfacción laboral e a satisfacción relacional. Para axudar aos participantes a lograr isto, confían na indución de emocións positivas e no coidado propio.
- O programa proporciona ferramentas para mellorar a relación cun mesmo. Estas ferramentas foron: manexar o perfeccionismo, o respecto, intensificar o amor propio e o amor polos demais, os encontros próximos con un mesmo e os demais, a fatiga da compaixón e a satisfacción da compaixón, as relacións superficiais, as formas automatizadas de relacionarse, a presenza, o silencio, a autocompaixón e a empatía.
- Incorpóranse obxectivos estratéxicos aos diferentes compoñentes da intervención: coñecer as propias emocións, identificar e xestionar a ansiedade, mellorar o autocoidado emocional, sentir deliberadamente emocións máis gratificantes e mirar aos ollos sensacións desagradables, así como mantelas a raia. xeito saudable.
- As emocións incluídas nestes obradoiros, e ás veces as tarefas individuais, foron a confianza, a tenrura, a risa, a sorpresa, a curiosidade, a comodidade, a gratitude e a alegría.

A continuación, recóllese en diferentes táboas a descrición de cada unha das sesións por obxectivos, contidos e duración.



Táboa 1

Sesión 1.1 e Sesión 1.2 Coidados Emocionais C2E®

Obxectivos	Estratexia/Materiais
Os participantes comprenden os compoñentes e obxectivos do programa C2E	Explicación obxectivos, métodos, gradacións, deberes voluntarios. Ética C2E
Experimentar e comprender os custos persoais dos coidados.	Talleres
Relación con un mesmo e cos demais.	Talleres
Experimentar e comprender a presenza, e o estrés. O respecto.	Talleres
Experimentar e comprender a confianza, o risco, a seguridade e a honestidade, tenrura e a finxida	Talleres
Rite. Comprender a risa na saúde retomar en 6 semanas.	Talleres
Para todo explicar deberes voluntarios e deberes voluntarios, café, etc.	Trucos mnemotécnicos, folletos para os deberes voluntarios, café, etc.

Táboa 2

Sesión 2: Coidados Emocionais C2E®

Obxectivos	Estratexias/Materiais
	Informes orais
Adestramento da presenza	Relaxación-meditación
Sentir amor. Reflexión sobre este sentimento.	Imaxinación autóxena e debate guiado.
Auto amarse, coidarse	Escritura.
Avaliar as interaccións coas persoas usuarias	Reproducir gravacións. Debates guiados en grupo
Experimentar e entender a sorpresa como unha emoción produtiva para a calidade de vida. Prácticas para casa	Talleres
Experimentar e comprender a autocompaixón	Listas de control, debates en grupo, taller



Experimentar e comprender os diferentes tipos de confort Discurso, talleres, debate en grupo

Para todo explicar deberes voluntarios a retomar en 6 semanas. Trucos mnemotécnicos, folletos para os deberes voluntarios, café, etc.

Táboa 3

Sesión 3 Coidados Emocionais C2E®

Obxectivos	Estratexias/Materiais
Repaso sesións. Adestramento da presenza	Debate e meditación
Proceso de mellora das relacións cos amigos, a familia e un mesmo.	Presentación oral e discusión da tarefa. Énfase na compaixón e a autocompaixón
Dar información ao grupo sobre os deberes.	Informe anónimo do consultor sobre as experiencias máis destacadas dos primeiros deberes
Experiencia de mellora da satisfacción das interaccións coas persoas usuarias.	Reprodución das gravacións das interaccións do mes pasado coas persoas usuarias. Talleres
Identificar as emocións/mecanismos tóxicos e edificantes	Talleres
Minimizar a conveniencia de mentir.	Taller sobre a mentira terapéutica e a mentira non aceptable
Experimentar e comprender a gratitude, bondade.	Talleres
Trucos mnemotécnicos, peche de formación, reflexións.	

Análise estatística do estudo cuantitativo pre e post intervención

Os obxectivos e o tipo de análise de datos utilizados para a recollida enuméranse a continuación na táboa 4.



Lista de obxectivos e método de análise de datos:

Obxectivos	Análise de datos
Incrementar a satisfacción profesional nas relacións dos traballadores dos centros de día das persoas maiores en situación de dependencia mediante un programa de intervención baseado na atención emocional autocompasiva.	Cuantitativo e cualitativo
Coñecer as variables sociodemográficas e organizativas dos traballadores que conforman a mostra.	Cuantitativo (cuestionario adhoc)
Aumentar a satisfacción por compaixón e a realización persoal trala realización do programa formativo.	Cuantitativo Cualitativo
Diminuír o cansazo emocional no traballo do coidado e a fatiga por compaixón tras as realizacións do programa formativo.	Cuantitativo Cualitativo
Percepción sobre a utilidade do programa formativo como facilitador de ferramentas de autocoidado emocional compasivo aos traballadores para ter máis realización persoal.	Cualitativo (entrevista ad hoc)

Fusión de resultados de datos cuantitativos e cualitativos

A continuación móstrase unha fusión dos resultados de ambos os datos por obxectivos.

Aumentar a satisfacción pola compaixón e a realización persoal despois de completar o programa de formación.

Os resultados cuantitativos sobre a satisfacción por compaixón non proporcionan información estatisticamente significativa, aínda que se se analizan a nivel descritivo pódese concluír que existe unha maior satisfacción por compaixón entre pre e post intervención mediante a observación antes da intervención. So o 58,3% da mostra mostrou niveis elevados fronte ao 91% despois da intervención.

No caso do logro persoal, a nivel estatístico tampouco amosou significación informativa, pero facendo unha análise descritiva obsérvase que existe unha variación dos datos en termos negativos xa que os niveis de logro persoal diminúen entre o antes e o despois, o que se observa como unha



variación dos datos. con maiores niveis de realización antes da formación.

Por outra banda, se se teñen en conta os datos cualitativos, os participantes aluden a sentirse mellor no traballo e no persoal.

Algunhas afirmacións ao respecto serían:

- "É o curso que me fixo sentir mellor en anos, tanto a nivel laboral como persoal". (P3)
- "A nivel relacional cos meus compañeiros deume calma, tamén nalgúns momentos convulsos e aprendizaxe de xestión para min". (P6)
- "En xeral, a miña forma de pensar cambiou, especialmente nas relacións cos demais" (P1)
- "Sobre todo, deume benestar persoal e un importante cambio de perspectiva na intervención terapéutica. Fíxome pensar en moitas cousas sobre a nosa intervención e, sobre todo, sobre a forma en que nos relacionamos. Deume proximidade e calor e unha dose importante de autoestima, sentir que como persoa e profesional a miña autoesixencia está distorsionada e que estou facendo ben moitas cousas. Axudeime a ser e a non pensar" (P12)
- "Foi relevante tanto a nivel persoal como laboral, son máis consciente do meu benestar emocional despois do curso e procuro mellorar no centro naqueles aspectos que vexo mellorables". (P9)
- "Ben, cóidame, escóitame, fágome caso, valoro". (P4)
- "Todos os traballadores temos que coidarnos para non queimar nun momento determinado e por circunstancias que nos poidan afectar a cada un de nós". (P6)
- "Podes facer ben o teu traballo sen ser unha persoa que pensa sempre na compaixón, hai que traballar máis na autoestima tanto do usuario como do traballador". (P3)
- "Deume ferramentas para relaxarme, para tratar de xestionar o estrés e para estar presente" (P7)
- "..Ademais, ensinome moi sinxelas pero prácticas estratexias de autocompañión e autocoidado para sentirme mellor comigo mesmo, e



mesmo para invitar a outras persoas a usar..." (P9)

- “Este curso deume un recoñecemento a min mesmo. Creo que dende que fixen o curso sei quen son mellor, aprendín a valorar e recoñecer emocións un pouco esquecidas, como a autocompaixón, nunca me parara a reflexionar sobre ela, mírome ao espello dende outro. perspectiva e puxen en práctica queréndome sen vergoña e dicíndome en voz alta cousas que me gustan de min. No ámbito profesional, deume novas estratexias para coñecer mellor aos usuarios, establecer vínculos e gañar seguridade” (P11)
- “O curso deume tranquilidade coa observación das miñas propias accións e das dos meus compañeiros no trato cos usuarios e/ou compañeiros de traballo” (P6)

Reducir o esgotamento emocional no traballo de coidado e a fatiga da compaixón despois de completar o programa de adestramento.

Para ambos casos, tanto fatiga compasiva como esgotamento emocional, non se atoparon resultados significativos a nivel estatístico, e facendo unha avaliación descrita en ambos os casos, tanto antes como despois do adestramento, ambos foron en niveis baixos e medios, observándose lixeiros incrementos. que sitúan os niveis máis preto de ser completamente baixos despois do adestramento.

A nivel cualitativo, hai máis evidencia de que os participantes se senten mellor emocionalmente despois do adestramento:

- "Eu era unha persoa moi compasiva e agora estou moito mellor". (P3)
- "Está claro que sempre hai momentos nos que se pode estar máis canso emocionalmente e aínda máis nesta profesión, pero creo que ao falar a xente se entende e ás veces ao non pedir axuda acabas esgotado". (P2)
- “Creo que axuda (formar) a calquera profesional que sufra un gran estrés no seu día para poder axudarse mentalmente a afrontar mellor os días máis complicados, recompensarse por facer un esforzo, etc...” (P9)
- "Emocionalmente non podes permitir que os problemas ou sentimentos



dos demais te afecten dun xeito que os fagan teus e ti padeces do mesmo xeito, xa que chega un momento no que todo é malo". (P7)

- "Creo que (a fatiga emocional) existe e creo que se os profesionais traballasen máis no autocoidado reduciríase moito". (P10)
- "Síntome moito mellor no traballo e na miña vida persoal" (P3)
- "Si, de feito algúns dos compañeiros que non foron ao curso dixéronme que dende que fun ao curso venme mellor" (P10)

Percepción da utilidade do programa de formación como facilitador de ferramentas de autocoidado emocional compasivo para que os traballadores teñan máis realización persoal.

Este apartado foi medido máis intensamente a nivel cualitativo. Nas respostasponse de manifesto que a formación é percibida en termos xerais como moi positiva e indícase que contribuíu a cuestións tan importantes como a realización persoal e profesional:

- "Creo que estou mellor física e psicoloxicamente, grazas ao apoio recibido e ao valor como persoa que se nos inculcou". (P3)
- "Teño máis confianza en min mesmo e síntome máis valorado como traballador e como persoa". (P3) "Deume ferramentas para relaxarme, para tratar de xestionar o estrés e para estar presente". (P7)
- "Hai moito que teño que seguir mellorando, claro. Pero hai algo que estou facendo a diario como resultado de facer o curso e que é estar presente". (P8)
- "Pois foi relevante tanto a nivel persoal como laboral, son máis consciente do meu benestar emocional despois do curso e procuro mellorar no centro naqueles aspectos que vexo mellorables". (P9)
- "Personalmente intento falar, comunicarme, aínda que con algunhas persoas me custa, pero por iso asistín a este curso, para aprender e crecer, así que estou nel". (P4)

A xestión emocional é un dos aspectos destacados e así o destaca a práctica realizada na formación e a achega que ofreceron aos participantes:



- “A implantación de cada aprendizaxe dará unha resposta válida ao feito. O éxito, o erro, a sensación de telo conseguido ou non. Esta percepción, e a tenacidade de que o método é bo, será o que determine a estabilidade”. (P6)
- “É moi importante saber xestionarse emocionalmente cando se trata de relacións entre as persoas”. (P6) “Unha vez que paras a ver estas ferramentas (xestión emocional) sempre che axudan”. (P2)

“O coidado emocional é moi importante no traballo coas persoas”. (P3)

Nótase que a satisfacción cun mesmo e o autocoidado son fundamentais para poder proporcionar coidados cálidos:

- “Tes que sentirte satisfeito co que fas e como o fas, tes que estar satisfeito co que levas a túa vida en todos os ámbitos”. (P4)
- “Creo que temos que telo (autocoidado) para poder transmitirlo ás persoas coas que traballas”. (P1)
- “Para ser bo cos demais, primeiro tes que ser bo contigo mesmo. “Outros reciben o que ti transmites”. (P11)
- “Confía, paréceme que os vínculos de confianza son moi importantes tanto con terceiros como cun mesmo. Ser capaz de crear relacións de confianza.” (P6)

3. DISCUSIÓN

Alcance dos resultados.

Cómpre sinalar en primeiro lugar que esta investigación, pola súa banda, tenta demostrar como unha intervención baseada no coidado emocional pode mellorar a satisfacción laboral dos profesionais de atención directa nos centros de día, pero o programa empregado non foi obxecto de investigación noutros estudos aínda publicados para contrastar cos resultados obtidos no presente estudo. O que se poden establecer son relacións cos resultados obtidos mediante intervencións similares que se basean en compoñentes emocionais e que foron tidas en conta no marco teórico.

No marco teórico, considerouse como Stamm (2010) describiu a calidade de vida profesional como un fenómeno que reúne, por unha banda, as emocións positivas de gratificación cara aos coidados e, por outra banda, as negativas que poden desencadear o esgotamento. A presente investigación, centrada neste postulado, buscou co seu obxectivo principal aumentar a satisfacción profesional dos traballadores mediante un programa baseado no coidado emocional e a autocompaixón para evitar a tan temida síndrome de bournout que adoita aparecer neste sector (Martín et al. ., 2013).

Por iso, nesta liña, a presente investigación conseguiu introducir a mellora de emocións positivas como a satisfacción por compaixón e a realización persoal, ao tempo que se reducen as emocións negativas de esgotamento emocional e fatiga compasiva.

Pola súa banda, das diferentes extraccións a nivel cualitativo pódese observar que Campos e Cardona (2017) estudaron que áreas melloran a fatiga compasiva: desenvolvemento de relacións positivas, autocoidado e xestión do estrés, xa que todas estas áreas de contribución do intervención se expresan expresamente. Refírese ás expresións relacionadas coa plena conciencia, presenza e calma, que melloraron como ocorreu noutros programas de intervención con aspectos de contidos de mindfulness como o realizado por Martín et al., (2013) en atención primaria e Presentaron melloras en esta mesma liña de mellora na conciencia e actitudes de autocoidado.

Por outra banda, conséguese unha percepción de mellora tras a intervención e a toma de conciencia da importancia de traballar a fatiga emocional para mellorar a satisfacción, que sen dúbida segue a liña proposta por Campos e Cardona (2017) para mellorar a fatiga por compaixón. Está comprobado que a satisfacción cun mesmo e o autocoidado son fundamentais para poder prestar unha atención cálida e está en liña con Campos et al., (2017), sinalando a importancia de atopar o equilibrio entre SC e FC, que é o a autopercepción do profesional sobre como se preocupa e como se relaciona coas demais persoas.

Limitacións e propostas de mellora.

As principais limitacións que se derivan da investigación son:



- *Tamaño da mostra*

A principal limitación en relación co estudo específico atópase no tamaño da mostra. A nivel estatístico non se obteñen resultados significativos, aínda que se obtiveron resultados concluíntes a nivel descritivo e cualitativo.

Para dar maior validez aos datos, fundamentalmente desde o punto de vista cuantitativo, é necesario deseñar a mostra de investigación cun maior número de participantes, poderíase ampliar a máis centros de día ou revisar as condicións de participación.

- *Datos nulos*

No momento de extraer os datos a nivel cuantitativo, algúns non eran concluíntes e, polo tanto, foron avaliados como nulos cun valor de 0, polo que isto puido alterar os resultados no cálculo global.

Unha mellora neste aspecto é comprobar que os participantes teñen claros os criterios á hora de responder os cuestionarios e establecer instrucións claras e concisas, asegurando por parte do investigador que a persoa entende correctamente que, como e onde debe responder.

- *Participantes con altos niveis de satisfacción persoal e baixo esgotamento emocional*

As probas previas á intervención mostran altos niveis de satisfacción por compaixón e baixos niveis de esgotamento emocional. Este fenómeno está relacionado co feito de que a participación, sendo voluntaria, suporá sempre que as persoas máis predispostas á aprendizaxe e á formación non serán as que necesariamente necesiten esa formación e posiblemente neste caso a participación masiva sería de persoas que precisasen reforzarse e non mellorar nestes aspectos.

Unha mellora sería realizar unha enquisa previa a todo o persoal, establecer se hai necesidade de intervención e, no caso de detectar altos niveis de FC ou Burnout nun núcleo de persoal, promover a necesidade de traballar este aspecto aínda que unha cuestión de prevención de riscos laborais.

- *Traballar con profesionais de diferentes equipos*

Esta cuestión inclúese como limitación, tal e como declaran os propios



participantes. Ao mesturar profesionais de 3 centros e non participaron todos os profesionais dos equipos, os conflitos non foron abordados no seu propio día a día utilizando a intervención como mediación. A realización dos casos prácticos entre profesionais dos distintos equipos simplemente demostrou como mellorar aspectos das relacións laborais, pero non produciu o efecto de modificar comportamentos en todas as partes xa que non todas estaban presentes.

Como mellora, sería recomendable revisar as bases de participación como unha cuestión voluntaria ou non voluntaria, tendo en conta se existe algún problema básico detectado dentro dos equipos, que requira intervencións que contribúan a mellorar as relacións profesionais e, polo tanto, repercutan. sobre calidade.do servizo de atención.

- *Tempo*

Outro aspecto que se recolle nas entrevistas como limitación é o tempo. Aínda que a análise cualitativa produciuse con certa marxe dende o final da formación (2 meses), e se observa que os resultados son moi positivos, varias persoas determinan que os cambios que se están producindo requiren tempo e práctica e que é complexo cambiar as estruturas intelectuais profundas adquiridas ao longo do tempo, polo que existe a posible dúbida de se estas melloras auto percibidas perdurarán no tempo.

A mellora neste aspecto radica fundamentalmente en que este tipo de intervencións requiren un carácter continuado. Percíbese que os profesionais de atención directa e asistencial precisan dun reforzo emocional positivo constante e polo tanto, para garantir a súa saúde mental, é necesario reforzar continuamente estas intervencións e avaliar o seu proceso para facer un seguimento da situación.

Elementos emocionais non traballados

Xa en relación cos elementos traballados e as limitacións respecto do estado da arte, p - García et al., (2020) sobre os aspectos da morte, a dor e a resiliencia.

Tamén neste punto de limitacións, cómpre mencionar que algunhas das que xa presentaron Cocker e Joss (2016) na revisión sistemática das intervencións que axudan a mellorar a FC seguen a producirse, onde se



incluíron, entre outras, como resultados (citados). en Tejada, 2017). , p. 118): estudo cunha mostra pequena e sen control aleatorio.

Unha mellora implica traballar en compoñentes non abordados e que se declaran necesarios noutras investigacións. Se se traballa nunha liña continua e cun enfoque multicompoñente, pódense establecer intervencións que funcionen a longo prazo, e aborden aspectos emocionais máis positivos e negativos.

Liñas de futuro.

Esta investigación centrouse nun programa específico de intervención, tal e como se describiu en apartados anteriores denominado C2E Emotional Care, e nunha área específica de atención, que era nos centros de día. O obxectivo era demostrar que a través deste programa se podía mellorar a satisfacción laboral dos profesionais de atención directa.

A partir dos resultados obtidos e da exposición das limitacións, xunto coas propostas de mellora, poderían establecerse as seguintes liñas:

- Unha réplica como esta investigación mellora aspectos incluídos nas limitacións como: tamaño da mostra, participación máis completa dos equipos de profesionais, maior número de sesións e revisión dos instrumentos empregados para a correcta recollida de datos, así como a utilización da profundidade. entrevista ou grupo focal como metodoloxía de análise de datos cualitativos.
- Outra liña de investigación sería desenvolvela nun contexto de intervención máis limitado, como as residencias, con equipos de profesionais amplos e moi diversos, que puidesen achegar datos significativos tanto pola mostra como polo nivel de implicación na atención.

4. CONCLUSIÓNS

Pódese concluír, polo tanto, que tendo en conta os resultados obtidos de forma global, a satisfacción profesional nas relacións dos traballadores dos centros de día para persoas maiores en situación de dependencia aumentou pola participación nun programa de intervención baseado no coidado emocional da autocompasión.



Para o estudo cuantitativo, as análises realizadas amosan que existe unha significación modesta, quizais influenciada polas limitacións expostas, pero quedou demostrado na análise cualitativa que houbo cambios aínda valorados aos 2 meses da súa realización e que os mostrados son aspectos moi positivo.

O que se lle engadiu ás anteriores intervencións propostas é que se trata dunha intervención multicomponente e multicéntrica e a avaliación cualitativa reflectiu unha análise que ata entón non se extraía no estudo previo que a Fundación María Woolf realizou nos centros de Asturias.

Por último, a modo de resumo, as principais conclusións a destacar desta investigación son:

- A intervención formativa supuxo un cambio na vida dos participantes a nivel emocional, destacando cambios internos en si mesmos e un maior recoñecemento persoal.
- A nivel xeral, apréciase a necesidade de afondar nas emocións que axuden a conectar coas persoas atendidas.
- Destácase a importancia de traballar as emocións positivas e a capacidade de desenvolver aquelas emocións que axuden a mellorar a relación de axuda.
- Os participantes senten que adquiriron ferramentas de afrontamento e a asimilación da necesidade de traballalas constantemente.
- Destácase que no traballo de xerontoloxía é importante xestionar a fatiga emocional e o perfeccionismo, que nesta proposta de intervención contribuíu tímida pero conscientemente a mellorar.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abades, M. y Rayón, E. (2012). El envejecimiento en España: ¿un reto o problemasocial?. *Gerokomos*, 23 (4), 151- 155.

<http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000400002>

Arribas-García, S., Jaureguizar, J., &Bernarás, E. (2020). Satisfacción y fatiga por compasión en personal de enfermería de oncología: estudio descriptivo y correlacional. *Enfermería Global*, 19(4), 120–144.



<https://doi.org/10.6018/eglobal.417261>.

Bermejo, L. (2014). Los profesionales en el modelo de ACP. En Rodríguez, P. y Vilà, A. (Coord.), *Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y discapacidad* (pp. 332-344). Tecnos.

Bermejo, L. (Coord.) (2013). Documento de consenso sobre Competencias Comunes de los Profesionales de la Gerontología Clínica y Social. Grupo de Trabajo Interdisciplinar de Educación Gerontológica de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología [SEGG] 135.

https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_consenso_sobre_competencias_Comunes_de_los_Profesionales_de_la_Gerontologia_Clinica_y_Social.pdf

Brooker, D y Surr, C. (2009). *DementiaCareMapping. Principios y práctica*.

(Traducido. por Alzheimer Catalunya).

Barcelona: Alzheimer Cataluña (original en inglés 2005).

Brooker, D. (2013). *Atención centrada en la persona con demencia: Mejorando*

los recursos (Traductora Cavero, E. revisado y adaptado Vila, J. Y Fernández, E.). Ediciones Octaedro, S.L. (original en inglés 2007).

Brooker, D. (2013). *Atención centrada en la persona con demencia: Mejorando los recursos* (Traductora Cavero, E. revisado y adaptado Vila, J. y Fernández, E.). Ediciones Octaedro, S.L. (original en inglés 2007).

Buceta Toro, M. I., Bermejo Higuera, J. C., & Villacieros Durban, M. (2019). Elementos potenciadores de la satisfacción por compasión en profesionales sociosanitarios. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 35(2), 323–331. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.345101>

Campos, J. F., Cardona, J. y Cuartero, M. E. (2017). Afrontar el desgaste: cuidado y mecanismos paliativos de la fatiga por compasión [Facing the wear: care and palliative mechanisms of compassion fatigue]. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 24, 119-136. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2017.24.07>

Clemente, María Alejandra (2003). *Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano*.

Revisión bibliográfica [The relation between social supports networks and the process of human aging. Bibliographical review]. *Interdisciplinaria*, 20(1), 31-60. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18020103>



- Cocker, F., & Joss, N. (2016). Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 13(6), 618.
<https://doi.org/10.3390/ijerph13060618>
- Consortio galego de benestar e igualdade (2019). Guías metodolóxicas de actuación.
file:///C:/Users/moja/Downloads/GUIAS_METODOLOXICAS_revisión_V.pdf
- Etxeberria, I., García, A., Iglesias, A., Urdaneta E., Lorea, I., Díaz, P., Yanguas, J.J. (2011). Efectos del entrenamiento en estrategias de regulación emocional en el bienestar de cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(4), 206- 212.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.12.009>.
- Fundación Maria Wolff (2021). Cuidados emocionales C2E.
<http://mariawolff.org/programas/cuidados-emocionales-c2e/>
- Gallego-Alberto, L., Losada A., Vara C., Olazarán J., Muñiz R. & Pillemer, K. (2018) Psychosocial Predictors of Anxiety in Nursing Home Staff. *Clinical Gerontologist*, 41(4), 282-292. <https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1370056>
- Instituto Nacional de Estadística [INE]. (25 de enero de 2022). Proyecciones de población 2020- 2070 [Nota de prensa].
https://www.ine.es/prensa/pp_2020_2070.pdf
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 15 de diciembre de 2006, núm. 299, pp. 44142 a 44156.
- Maslach, C., Jackson, S. E. y Leiter M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual*. 3º ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Martín A., Rodríguez, T., Pujol-Ribera, E., Berenguera, A., Moix, J. (2013). Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 521-528.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.04.007>.
- Martínez, T. (2010). *Centros de atención diurna para personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad y dependencia*: Editorial Médica-Panamericana.
- Martínez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para profesionales de centros y servicios de atención a personas mayores en situación*



de fragilidad o dependencia.

<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiatenciongerontologiacentradaelapersona.pdf>

Martínez, T. (2013). Acpgerontología: Decálogo de la ACP. <http://www.acpgerontologia.com/acp/decalogodocs/sudecalogo.htm>

Miguel Marín-Tejeda, M. (2017) Prevención de burnout y fatiga por compasión: evaluación de una intervención grupal. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 9(2), 117-123. <https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2018.01.008>.

Millán, J. C. (2011). Envejecimiento y calidad de vida. *Revista Galega de Economía*, 20(1), 1-13. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39121275006>

Muñoz, A., Morales, I., Bermejo, J. C., & Galán, J. M. (2014). La Relación de ayuda en Enfermería. *Index de Enfermería*, 23(4), 229-233. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300008>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). Envejecimiento y ciclo de vida. <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). Demencia. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). Envejecimiento y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Pinazo, S. (2005). El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores. En Pinazo, S. y Sánchez, M. (Comps.) *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas* (pp. 221-256): Pearson Prentice Hall.

Rodríguez, P. (2013). La atención Integral y centrada en la persona. Papeles de la Fundación Pilares, (1). <https://tienda.fundacionpilares.org/es/pdf/44-la-atencion-integral-y-centrada-en-la-persona-pdf.html>.

Sánchez, C. (08 de febrero de 2019). Títulos y Subtítulos. Normas APA (7ma edición). <https://normas-apa.org/formato/titulos-y-subtitulos/>

Stamm, B. H. (2010): *The concise ProQOL Manual*. <https://proqol.org/proqol-manual>
Stamm, (2010)

Tejada, J. (2009). Perfiles profesionales en la atención a personas dependientes: una mirada desde la formación.



Revista de Educación inclusiva, 2(2), 1-14.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3011802>



EN REDE



PREVIR O SUICIDIO XUVENIL: O PROGRAMA YAM.

Beatriz Gómez Gómez. Instrutora YAM.

Traballadora Social. SERGAS.

Alexandre García Caballero. Psiquiatra. Coordinador YAM Galicia.

Coordinador Programas Saúde Mental. SERGAS.

Correo electrónico: yam@sergas.es

Dependencia orgánica: Servizo de Saúde Mental. Subdirección Xeral de Atención Primaria. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. SERGAS.

XUSTIFICACIÓN DO PROGRAMA

As condutas suicidas convertéronse nun importante problema de saúde mental na mocidade, sendo os intentos de suicidio, as autolesións e a ideación suicida cada día máis prevalentes na poboación adolescente, motivo polo que nos últimos anos volveuse inda máis urxente atopar iniciativas eficaces de prevención.

Partimos de que se moito do sufrimento é social as respostas non poden seguir sendo individuais, reatribuíndo a orixe do malestar ao individuo. Por suposto que están as enfermidades que requiren respostas asistenciais, pero tamén cómpre traballar desde a intervención comunitaria grupal, xerando espazos colectivos de reflexión, por iso agardamos que programas de prevención universal de condutas suicidas como o **Programa Youth Aware of Mental Health (YAM)** -Mocidade Consciente da Saúde Mental-, de probada eficacia a nivel internacional e avalado pola OMS e Save the Children, sirvan para axudar á nosa mocidade.

O YAM é un programa de intervención baseado na evidencia que demostrou eficacia na redución do intento de suicidio incidente nun estudio aleatorizado multicéntrico europeo: SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe), un proxecto de doce países europeos para reducir as condutas suicidas a través de intervencións no ámbito escolar presentou un estudio no que



se comparaba a eficacia de tres enfoques. En total participaron 11.100 escolares de distintos países, divididos en catro grupos (un para cada enfoque e un grupo de control).

Uns dos enfoques probados foi o QPR (siglas de Question, Persuade and Refer), que consiste en formar a adultos para que poidan detectar síntomas de ideación suicida, concienciar do risco a quen os sofre e referirlos a un/ha especialista. O segundo enfoque foi a atención clínica “tradicional” levada a cabo por psiquiatras profesionais. Inda que ambas estratexias conseguiron reducir lixeiramente as condutas suicidas, as diferenzas con respecto ao grupo de control non foron relevantes. O terceiro enfoque si conseguiu unha mellora significativa. Esta estratexia, coñecida como YAM e desenvolvida polo Instituto Karolinska de Suecia, consiste en xuntar a varios mozos/as dunha mesma escola para que conversen sobre temas relacionados coa saúde mental.

Segundo os datos publicados no estudio, doce meses despois da intervención, as taxas de intentos de suicidio e de ideación suicida severa entre quen participaron nesta estratexia foron un 50% menores ás do grupo de control. A prevalencia de cadros depresivos tamén se reduciu un 30%. Observouse tamén que YAM incrementa o apoio entre iguais e fai aumentar a solidariedade no grupo.

A participación no YAM ten beneficios a longo prazo, xa que despois do YAM, a mocidade adoita manifestar que se sente máis segura á hora de dar apoio a unha amizade que o necesita e os/as participantes sinalan que as estratexias que aprenden no YAM son usadas máis tarde en situacións difíciles reais, pero quizais o máis importante é que estes/as mozos/as recoñecen a necesidade de buscar apoio cando se enfrontan a situacións complicadas da vida.

Con estas credenciais chega o Programa YAM, a Galicia, formando parte do Protocolo de Prevención e Actuación no ámbito sanitario e educativo ante o risco suicida infanto-xuvenil, das Consellerías de Sanidade e Educación, incluíndose como estratexia de prevención universal a desenvolver nos nosos centros educativos.

ENSAIO CLÍNICO: ECA YAM EN GALICIA

Debido a que o ensaio clínico orixinal foi en 2015 e que as condicións da



mocidade cambiaron moito, neste primeiro ano a intención é comprobar que o YAM funciona no noso medio e para iso faise un Ensaio Clínico, aprobado polo Comité de Ética da Investigación de Galicia, a fin de determinar se en Galicia acádanse resultados comparables en redución da ideación suicida, depresión e procura de axuda aos do estudio orixinal.

No ensaio haberá 40 centros que recibirán a intervención e 38 que servirán de control (arredor de 4000 alumnos/as en total). Estes centros (rurais e urbanos, públicos, concertados e privados) escolléronse ao azar para seren representativos do total da poboación escolar galega de 3º da ESO.

A colaboración do alumnado de centros de control que participe este curso académico no YAM consistirá en facer na aula uns test online, de forma individual e anónima, que terán lugar en dúas ocasións: antes de empezar a intervención co YAM e un ano despois. Nesas dúas ocasións testarase ás mesmas persoas, para valorar cal foi a evolución.

Como agradecemento pola súa colaboración previa, o alumnado que participe este ano como control poderá recibir, se así o desexa, o adestramento con YAM o próximo curso académico (2024-25), cando estea en 4º ESO.

O YAM está financiado ao 95% con Fondo Social Europeo (FSE).

O PROGRAMA YAM

O YAM é un programa escolar, de prevención primaria universal, dirixido á mocidade de Educación Secundaria, de entre 13 e 17 anos, no que os/as adolescentes aprenden e debaten sobre saúde mental. É unha metodoloxía que axuda a traballar de xeito práctico a saúde mental nas aulas.

YAM convida a mozos e mozas a reflexionar sobre as súas emocións e a considerar diferentes enfoques cando se enfrontan a retos da vida ou a problemas de saúde mental. O programa fai fincapé no apoio aos/ás compañeiros/as que se están sentindo mal.

A xuventude que participa en YAM está convidada a realizar xogos de rol e debater situacións difíciles da vida cotiá, traendo ao grupo temas que lles importan. Estes temas abranguen dende as relacións cos/as compañeiros/as e



adultos, os cambios de humor que sofren, os sentimentos de tristeza ou como afrontar situacións estresantes.

Durante cinco sesións repartidas en tres semanas o alumnado reflexionará en grupo sobre como se poden sentir nesas situacións e debaten como afrontalas contando co apoio de dúas persoas formadas na intervención YAM e con material que inclúe posters, diapositivas, tarxetas para os debates e un pequeno caderniño que se lles entregará para que garden e consulten cando o precisen. Durante o programa recibirán información sobre como pedir axuda e daránselle a coñecer recursos locais de diversa índole (organizacións xuvenis, deportivas, ecoloxistas, etc) que funcionen na súa contorna.

No YAM as voces da mocidade cobran protagonismo, sendo escoitadas e valorada a súa experiencia. As persoas adultas presentes non instrúen sobre como pensar, sentir e actuar, pero co apoio do/a instrutor/a, os/as participantes traballarán en grupo para comprender diferentes perspectivas e dar con posibles solucións aos problemas.

O obxectivo non é atopar una solución única que valga para todas as persoas e todos os problemas de saúde mental. Pola contra, a idea é considerar cómo se senten as diferentes persoas, cales son as posibles razóns das súas accións e que tipo de apoio poden necesitar en cada situación.

Do que trata o YAM é de convidar á mocidade a dotarse de ferramentas e recursos de apoio para, máis que aprender a evitar os problemas a vida cotiá, saiban xestionar o stres que lles xeran, posto que o YAM non serve para reducir as fontes de stres ou as situacións complicadas dos/as menores, porque estas, como as ondas do mar, sempre van a existir. O que se pretende con este Programa é amosarlles esas ondas, esas situacións difíciles, e axudarlles a empezar a surfealas, amosándolles ferramentas para o futuro.

En Galicia os/as intrutores/as YAM son orientadores/as escolares da Consellería de Educación e profesionais da saúde mental do SERGAS (psiquiatras, psicólogos/as e traballadoras sociais). Na aula estará un/ha deses/as profesionais, que realizou o curso para poder ser instrutor/a co equipo orixinal que deseñou o modelo e unha persoa axudante (recrutadas entre residentes de psicoloxía, psiquiatría e enfermería de saúde mental) que



realizaron un adestramento máis breve.

Para a participación no YAM este curso é precisa a autorización escrita dos proxenitores/titores-as/gardadores-as legais dos/as menores.

En caso de que non desexen participar no YAM o alumnado permanecerá noutra aula co profesorado en cuxa hora se imparta o YAM ou co persoal de orientación, realizando outras tarefas.

Creemos que convén xerar espazos de reflexión grupal e iso é precisamente o que ofrece o modelo YAM e a razón do seu éxito, polo que agardamos sirva para axudar á nosa mocidade.



ENTREVISTA



ENTREVISTA A ANA PARDO. TRABALLADORA SOCIAL E DIRECTIVA EN PROVIVENDA GALICIA.

Autoría - Mesa de redacción da Revista Fervenzas

“Son traballadora social e o que me gusta é traballar nos procesos de acompañamento e de mellor de cambio das persoas que están nas situacións máis vulnerables”

P.- Quen é Ana pardo? Cántanos a túa traxectoria e que é EAPN?

R.- Son unha traballadora social formada na UVIGO no campus de Ourense. Sempre tiven unha gran vocación polo Traballo Social sobre todo, desde un enfoque centrado na intervención cas persoas cun modelo de intervención non directivo, máis vinculado ca parte rehabilitadora, máis integrado cos proceso de cambio das persoas. A miña traxectoria profesional pasa por diferentes organismos e ámbitos, dende traballar con menores, maiores, familias e exclusión social máis severa ata chegar a Provivenda en 2017 como traballadora social ata agora que levo a directiva en Galicia. O que sempre digo e que son traballadora social e o que me gusta é traballar nos procesos de acompañamento e de mellora de cambio das persoas que están nas situacións máis vulnerables. EAPN é a Rede Europea contra a Pobreza e Exclusión Social, en Galicia nace en setembro 2008 como unha resposta natural a una necesidade de crear ferramentas de intervención social, que sexan capaces de elaborar estratexias que incidan nas políticas sociais que se desenvolvan na comunidade. Esta formada por 152 ONG e 33 entidades membro, como resultado do esforzo vinculado con conectar sinerxías, que permitan realmente denunciar as desigualdades sociais e dar voz as demandas das persoas máis vulnerables ás que estamos acompañando.

P.- Analizando a situación actual, como está o papel do Traballo Social no terceiro sector?

R.- O Traballo Social no terceiro sector ten unha gran representación cun número moi importante de profesionais que están desenvolvendo a súa labor neste ámbito.

Nos últimos tempos estase xerando certa polémica en torno a cal é o rol do terceiro sector fronte aos Servizos Sociais Comunitarios, creo que nalgún momento fai sentir as/os traballadoras/es socias do terceiro sector un tanto estrañas/os, xa que entendemos que somos recursos especializados e que complementamos aos SS.SS. Comunitarios, que chegamos moitas veces a espazos que non poden ser ocupados pola situación actual de desborde na que se atopan, pero que nos entendemos en igualdade desde unha complementariedade onde nos vamos especializando en diferentes ámbitos, pero sempre completando e traballando dende un enfoque colaborativo. Ese é o rol do Traballo Social no terceiro sector cunha tendencia cada vez máis especializada cas persoas que acompañamos e na intervención cos diferentes grupos de poboación, xa que a sociedade está cambiando a un ritmo moi vertixinoso sendo importante ese apoio en xestión, tramitación, información e orientación desde un enfoque especializado e de dereitos que complementa as parcelas dos SS.SS. Comunitarios básicos nos que non chegan.

P.- Cal é a situación actual da vivenda no Estado e na nosa comunidade autónoma?

R.- A situación actual do tema da vivenda é moi similar a nivel estatal, pero levándoo á Comunidade Autónoma galega o que se traslada dende EAPN actualmente é unha situación de emerxencia, o groso das persoas que se atopan en situación de vulnerabilidade destinan gran parte dos seus ingresos en sufragar os gastos de alugueiro. O ideal é que as persoas destinen menos do 30% de ingresos nos gastos da vivenda, a día de hoxe e practicamente imposible. Por outro lado, conxungan factores como o estigma e os prexuízos que recaen sobre grupos de poboación como a etnia xitana ou poboación migrante, que remata xerando un engadido máis de dificultade para acceder a unha vivenda digna, tamén está vinculado a persoas en situación de

senfogarismo ou con algunha adicción.

A ausencia dun parque público de vivenda, a ausencia de alugueiros sociais que permitan que ás persoas en situación de desvantaxe poidan acceder a unha vivenda, que poidan acceder a un proceso de integración efectivo e de recuperación vital vólvese practicamente imposible. O que se está xerando é que cada vez máis persoas e familias estean residindo en infravivendas ou en espazos non axeitados para poder ter unhas condicións de vidas óptimas.

En materia de vivenda queda moito por facer, creo que conseguimos que estea encima das axendas políticas e traballando con máis colaboración para intentar liquidar esta situación. Esta situación é algo que vimos arrastrando dende fai moitas anos atrás, por non investir en recuperar ese parque de vivendas, por que as medidas que se promulgan non son de todo efectivas, funcionan nun momento determinado pero non son efectivas na realidade ou a longo tempo.

Estamos nun momento complexo de crise e nun momento que hai que seguir avanzando e isto ten que vir acompañado de vontade política e de orzamentos tanto do Goberno Central, das Comunidades Autónomas e Administracións Locais, por outro lado incorporar a outros axentes como as entidades do 3º sector, que xa veñen traballando no ámbito da vivenda e do acompañamento con colectivos máis vulnerables.

P.- Atendendo á realidade, cales son os países con políticas actuais de referencia en materia de vivenda?

R.- O modelo de referencia actual é o modelo Viena, un exemplo a seguir xa que conta cun parque público de vivenda moi amplo, se non me equívoco actualmente está arredor das 400.000 vivendas. As vivendas están moi ben estruturadas e de boa calidade isto o que fai e que non accedan só un perfil máis vulnerable, o que se consegue é unha integración máis efectiva por que hai un groso de poboación que reside nestas así as comunidades son máis integradoras. Este modelo é máis sostible e coherente segundo vas incorporando recursos económicos para seguir ampliando o parque de vivenda, xerando aloxamentos próximos aos servizos, estas vivendas convértense nunha alternativa para a maioría da poboación, tendo en conta a aportación de cada



unha será en función dos seus ingresos, pero así evitas os guetos a xentrificación, evitas que se identifique a vivenda social como a vivenda para colectivos máis vulnerables e se traballa sobre unha construción máis integradora e que sexa facilitadora na acollida.

P.- Tras a situación actual provocada pola DINA, crees que vaise a notar a falta no sistema de recursos na vivenda?

R.- A situación acontecida en Valencia derivada da DINA pon de manifesto a necesidade que teñen os servizos sociais de recuperar a xestión e capacidade de actuación en materia de vivenda cando acontecen emerxencias. Estas situacións poñen de manifesto que todas as persoas necesitamos un aloxamento digno, un espazo estable onde desenvolver os proxectos vitais. Os contextos de emerxencia no que moitas persoas ven que xa non poden estar residindo no que era o seu domicilio, pon de manifesto que o groso das administracións non teñen alternativas para dar respostas nestas situacións nin a capacidade de obrar dunha maneira áxil e efectiva en materia de vivenda.

O que pode estar acontecendo e que moitas persoas acudan aos Servizos Sociais en busca de alternativas porque non teñen onde aloxarse, e xa non me vou a persoas con rede de apoio, sobre todo as persoas que non teñen rede e non teñen outras alternativas, esta situación da como resultado un momento complexo, que se deixa nas mans da cidadanía, pero é verdade que as administracións non poden perder a mirada de que precisan ter recursos de residencias temporais, estables e un parque de vivendas sociais en constante crecemento para dar respostas tanto no día a día como nas situacións de emerxencia ou vulnerabilidade.



RECENSIÓN DE PUBLICACIÓN



PARA QUE SERVIMOS AS TRABALLADORAS SOCIAIS?

Autoras/es do libro: Lorena Gallardo Peralta e Esteban Sánchez Moreno.

Lugar de edición: Madrid. Editorial: Catarata.

Data publicación: 2020.

Núm. Páxinas: 110. Gallardo Peralts, L. e Sánchez Moreno, E. (2020). ¿ Para que servimos as traballadoras sociais?

Autora da recensión: Ángela Rial Fernández - Traballadora Social da Clínica Coroleu (Hestia Alliance). Unidade de media/longa estancia de saúde mental.

Para moitas traballadoras sociais, o título deste libro, é un interrogante ao que tivemos que responder en demasiadas ocasións, tantas, que posiblemente nalgún momento da nosa traxectoria, nós mesmas consideramos de forma máis profunda a finalidade da nosa profesión. Pero a pesar das expectativas que



poidan derivar do título, este libro non só trata de dar resposta a esta cuestión, e vai máis aló, sendo a intención dos autores, abrir un debate, unha reflexión en torno ao papel que xoga a profesión na nosa sociedade, así, tal e como di Mar Ureña (traballadora social de servizos sociais do Concello de Madrid e Decana do Colexio de TS de Madrid) no seu prólogo: “este libro non é para quen espere atoparse cunha guía de contidos sobre os estudos de Traballo Social ou un relato naif sobre o día a día das/os traballadoras/é sociais”. Publicado en 2020, é un texto feminista escrito en feminino, e o é, porque os autores tiveron en conta a histórica feminización da profesión, que determinou que a mirada das profesionais sexa feminina e por tanto, a maneira de abordar os problemas sociais sexa transversal a que as mulleres somos obxecto desa desigualdade, sendo a profesión feminista per se. Non é baladí que sexa a editorial Catarata, recoñecida polo seu enfoque de carácter divulgativo e pensamento crítico, a responsable de dar a coñecer o papel transformador que desempeñan as traballadoras sociais na nosa sociedade. A iso, súmaselle a extensa traxectoria académica e investigadora vinculadas ao Traballo social, de Lorena Gallardo e Esteban Sánchez, autores do libro, os cales presentan numerosas publicacións a nivel nacional e internacional en relación ao ámbito social, contando cunha recoñecida reputación entre a profesión. Este binomio conforma esta obra, que nos lembra, por unha banda, o interese que chega a espertar esta disciplina nos nosos tempos, e doutra banda, pon de relevancia a consolidación da nosa profesión. Tras unha presentación onde os autores dannos unhas pinceladas do que máis adiante nos detallarán, o libro estrutúrase en cinco capítulos:

No capítulo un, a través da revisión histórica na que se sustentan os piares da profesión, os autores tratan de dar resposta á pregunta para que serviron as traballadoras sociais? Atendendo ás orixes da profesión, analízanse as figuras que sentaron as bases da disciplina, partindo de Juan Luis Vives e Vicente de Paúl, seguindo polas diferentes figuras femininas, pioneiras no seu tempo, como foron Mary Ritchmond e Jane Adams, a nivel internacional, ou Concepción Arenal e Clara Campoamor a nivel nacional, deixando patente que a historia de Traballo Social ten como protagonistas ás mulleres.

É no segundo capítulo, onde os autores sinalan que as traballadoras sociais serven para loitar contra as desigualdades, e por iso, a nosa profesión



non cesa no seu afán por comprender os procesos que configuran a nosa sociedade. Atendendo, a que as situacións de necesidade que habitualmente atendemos desde traballo social, son o resultado directo de posición que ocupan as persoas no esquema de estratificación social, o capítulo profunda nos diferentes eixos de desigualdade que conforman a sociedade actual. Así, analiza os conceptos de exclusión social, xénero e desigualdade social, idade, diversidade e interseccionalidade.

O terceiro capítulo aborda a situación actual do Estado de Benestar e os tres piares que o conforman (sistema sanitario, sistema educativo e sistema de pensións), pero os autores van un pasou máis aló, ao sinalar a necesidade de instaurar un cuarto piar do Estado de Benestar: o piar dos coidados, o cal defenden, debería de ser desmercantilizado, para que así, o Estado obríguese así mesmo a salvagardalo, o que levaría a romper co asistencialismo e permitiría que as familias desenvolvan o seu proxecto de vida de forma satisfactoria. Gallardo e Esteban, defenden ademais, que os servizos sociais, son o inicio dese cuarto piar.

Ante a teoría que nunha sociedade capitalista, aínda que as traballadoras sociais consideren que axudan a reducir as desigualdades, en realidade lexitímanas, no cuarto capítulo, deféndese que as traballadoras sociais avogan por combater a opresión e as desigualdades e para defender esta idea, os autores analizan a Lei 39/2006, poñendo énfase no papel central que tiveron as traballadoras sociais tanto no seu deseño e desenvolvemento, como en todo o proceso establecido pola Lei, sendo as profesionais de referencia para a mesma. Gallardo e Esteban sosteñen que a súa participación na xestión desta lei é un claro indicador de que as traballadoras sociais debemos estar presentes no deseño de políticas públicas e na toma de decisións.

No último capítulo, dáse resposta a unha cuestión, case máis importante que a pregunta que dá título a este libro. Para que deben servir as traballadoras sociais? Para iso, os autores dan sólidos argumentos que demostran que as traballadoras sociais han de ter un papel protagonista e notorio no desenvolvemento do cuarto piar, o cal debe erixirse desde servizos sociais, en colaboración con outros ámbitos de intervención social e educativa e debe dispoñer dun adecuado financiamento. Trátase dun libro conciso pero certo na



súa proposta, consegue abrir unha debate reflexivo arredor do papel da nosa disciplina, e pon os cuidados no centro desa reflexión como o camiño para conseguir unha sociedade máis igualitaria e xusta. Esta obra interpélanos en primeiro lugar ás traballadoras sociais, pero tamén a aqueles profesionais que exercen próximos a nós, e á clase política, pois Gallardo e Esteban, son capaces de xerar unha reflexión profunda acerca da nosa disciplina e defenden sen ambaxes, o papel transformador das traballadoras sociais, poñendo en valor o noso labor profesional afastado do asistencialismo e posicionándonos en espazos de toma de decisións.

En resumo, é un libro recomendable para todas aquelas persoas que queiran abordar as complexidades desta sociedade, marco no que se desenvolve o día a día da nosa profesión.



FICHAS DE INVESTIGACIÓN



DIVERSIDADE FAMILIAR EN AMÉRICA DO SUR E ESPAÑA.

DIVERSIDAD FAMILIAR EN AMÉRICA DEL SUR Y ESPAÑA.

AUTORA: Leidi Viviana Moreno Parra

NATUREZA DO TRABALLO: Traballo de doutoramento

ANO: 2023

DIRECTORAS/ES: Carmen Verde Diego e Rubén González Rodríguez

PALABRAS CHAVE

Diversidade familiar, monoparentalidade, familias reconstituídas, América do Sur, España, Colombia.

OBXECTIVO: compilar, analizar e sintetizar a evidencia dispoñible achega do tratamento dado á diversidade familiar en América do Sur, con especial énfase nas familias monoparentais e reconstituídas en España e Colombia.

RESUMO

A tese doutoral trata sobre a diversidade familiar. Realizar a partir do compendio de publicacións científicas coa finalidade de agrupar a evidencia dispoñible achega do tratamento dado á diversidade familiar en América do Sur e en España, con especial énfase nas familias monoparentais e reconstituídas, e nos países de Colombia e España. A metodoloxía utilizada en cada unha destas investigacións consistiu en revisións bibliográficas, análises documentais e revisións sistemáticas estilo PRISMA. Os resultados da investigación mostran que a pesar de que a familia é amplamente identificada como esencial na maioría dos países de América do Sur, relaciónase case en exclusiva cun tipo de familia normativa, nuclear, biparental e heteroparental, sen recoñecemento expreso á diversidade familiar nin nas normas xurídicas, nin en políticas sociais. No caso de España a protección é asegurada pola Constitución no seu artigo 39 e no caso das familias monoparentais existen normas autonómicas en oito das 17

comunidades que a recoñecen e establecen determinadas actuacións para a súa protección.

METODOLOXÍA

É unha tese por compendio de artigos, que, segundo o establecido polo Regulamento de Estudo de Doutoramento da Universidade de Vigo, “debe incluír un mínimo de tres artigos de investigación, publicados ou con aceptación definitiva para a súa publicación.” En consecuencia, 4 dos 5 estudos que compoñen a tese foron publicados en revistas indexadas en JCR ou SJR e un capítulo do libro na editorial Thomson Reuters-Aranzadi.

Os cinco estudos realizados e que constitúen a investigación da tese doutoral, realizáronse no marco contextual de América do Sur e España, tendo en conta que América do Sur maioritariamente foi colonizada por España e herdáronse en xeral os trazos patriarcais das familias españolas.

Así mesmo, fíxose especial énfase nas familias monoparentais e reconstituídas, dada a miña experiencia laboral en ICBF e a evidencia nos datos que mostran estas tipoloxías familiares como as que máis aumentaron nos últimos anos tanto en América do Sur como en España.

Estes estudos consistiron en revisións bibliográficas, análises documentais e revisións sistemáticas tipo PRISMA, aínda que nalgúns dos estudos combináronse algunhas destas metodoloxías.

RESULTADOS

Tendo en conta que a tese é por compendio de artigos, os principais resultados derivados da investigación preséntanse por cada estudo.

O primeiro estudo titulado *Análisis del tratamiento de la familia y de la diversidad familiar en América del Sur. Estudio comparado de casos*. Consistiu nunha revisión sistemática da literatura, un total de 41 documentos e ademais analizáronse, por cada país, un total de 10 constitucións; 20 censos; 93 lexislacións; e 67 políticas sociais. Dentro das principais conclusións ás que se chegou é que nos países de América do Sur constátase que, no seu conxunto, non existe un tratamento normativo da diversidade familiar, así como tampouco

unha abordaxe integral das familias en tanto que grupo primario nin tampouco respecto da peculiaridade procedente da súa diversidade. Ademais, os datos atopados en censos e estatísticas remiten a «fogares» e non a familias –salvo en Perú–, e aínda que proporcionan certa información sobre a súa variabilidade, esta resulta insuficiente e, en ocasións, confusa. Sumado ao anterior, a pesar da invisibilidade xeneralizada da diversidade familiar en América do Sur, algúns países como A Arxentina e O Perú avanzaron no recoñecemento das familias reconstituídas.

O segundo estudo ten como título *Política de familia en América del Sur: un análisis comparado*. Realizouse unha revisión da bibliografía e das páxinas webs estatais para identificar as políticas sociais, plans, programas, proxectos e servizos nacionais relativos á familia. Dentro das principais conclusións observouse que as políticas sociais están pensadas para unha familia «normativa» nuclear, biparental e heteroparental como suxeito de dereitos, e a súa protección obsérvase en todos os países, pero en distinto grao. As políticas non se dirixen ás familias como un conxunto, senón aos seus diferentes membros, e a atención desagregase cara a aqueles considerados máis vulnerables. É dicir, existen políticas sectoriais con atención focalizada: nas diferentes etapas do ciclo vital dos membros da familia (infancia e adolescencia, mocidade, adultez), na necesidade de coidados (infancia, persoas maiores, persoas con discapacidade), e na loita contra a violencia de xénero, a ruralidade ou a cuestión indíxena. Finalmente, en relación cos organismos encargados da familia tan só A Arxentina, Chile e Colombia contan cunha institución centralizada para a súa atención.

O terceiro estudo titulado *Diversidad familiar en Colombia: una revisión sistemática con especial atención a las familias reconstituídas*. Realizouse unha revisión documental identificando aquela lexislación (un total de 27) que lle afecta á familia en Colombia e unha revisión sistemática tipo PRISMA para identificar de que forma se aborda a diversidade familiar. Os principais achados da investigación indican que en Colombia o "xénero" e a "sexualidade" transversalizaron o funcionamento da familia, instauraron novas dinámicas relacionais no seu interior e promoveron novas tipoloxías familiares; prevalece a concepción de familia “tradicional”, entendendo esta como a familia cristiá-

católica, patriarcal procedente da colonización española; a alusión e visibilización doutras tipoloxías familiares é aínda escasa na literatura colombiana sobre “familias”; e a nivel xurisprudencial existe un avance normativo na protección dos dereitos da muller e do colectivo LGTBI. Con todo, a diversidade familiar non é obxecto da norma en Colombia.

O cuarto estudo titúlase *¿Política social para "la familia" o para las familias en España? El desajuste con la diversidad familiar, con especial referencia a las familias "reconstituidas"*. A metodoloxía utilizada é unha revisión bibliográfica e unha revisión sistemática tipo PRISMA. Os principais resultados mostran que os cambios “da” familia á pluralidade familiar, pasando de modelos “preconstitucionais” tales como a familia nuclear, biparental, heteroparental, heterosexual, patriarcal a novos modelos familiares como as familias homoparentais e lesboparentais, monoparentais por elección e reconstituídas. Os novos modelos familiares empezáronse a observar como fenómeno específico na primeira década do século XXI, e constátase a dificultade de identificalas nas estatísticas. En España, na literatura a finais do milenio e na década 2000-2009 aluden ao termo “familia ensamblada”, mentres que no resto prevalece o de “familia reconstituída”. Outro dos achados na literatura analizada é a ausencia de políticas sociais de familia e o escaso recoñecemento xurídico das familias reconstituídas, o que constata a necesidade de concienciación sobre a existencia desta tipoloxía familiar e a súa protección.

O quinto estudo, titulado *Revisión conceptual e normativa das familias monoparentais en España*. Utiliza unha metodoloxía dividida en dúas partes, a primeira é unha revisión bibliográfica e documental que recolle a conceptualización da familia e da familia monoparental e as vías de acceso á condición de monoparentalidade. A segunda parte, é unha revisión normativa sobre a “familia monoparental” a nivel estatal e autonómico. Os principais resultados mostran que as familias monoparentais en España aumentaron segundo a Enquisa continua de fogares (2020) nun 2 % respecto do ano anterior e constitúen 1 887 000 de fogares. Nesta orde de ideas, esta tipoloxía familiar presenta algunhas dificultades e necesidades, que van desde a necesidade de conciliación laboral e familiar, socioeconómicas e psicosociais. Sumado ao anterior, non existe unha lei xeral de familias monoparentais e a

conceptualización e tratamento varían de acordo con cada comunidade autónoma. Neste sentido, é de resaltar que só oito das 17 comunidades contan con regulación normativa da condición de familia monoparental recibindo, en todo caso, un trato desigual en todo o territorio español. Isto leva a concluír a necesidade de que desde o lexislativo se lles brinde protección a estas familias con necesidades particulares, partindo de unificar criterios normativos en todo o Estado que inclúan a súa realidade social.

PRINCIPAIS CONCLUSIÓNS

As principais conclusións derivadas dos 5 estudos, sintetízanse en seis aspectos principais.

En primeiro lugar, **A FAMILIA NAS CONSTITUCIÓNS**: nos países de América do Sur, nas constitucións conciben á familia como unha institución central da sociedade que require de protección por parte do Estado. En España, a protección é asegurada pola Constitución no seu artigo 39.

En segundo lugar, **LA LEXISLACIÓN PARA AS FAMILIAS**: en América do Sur, a nivel lexislativo, tan só Bolivia, Colombia e Venezuela contan cunha lei de familias. No caso de España existe un proxecto de lei de familias (actualmente en tramitación). Ademais, identificouse un avance no recoñecemento dos dereitos do colectivo LGTBI.

En terceiro lugar, **AS POLÍTICAS SOCIAIS**: En América do Sur focalízanse nos membros da familia de acordo coa súa etapa do ciclo vital, na necesidade de coidados e nos colectivos considerados vulnerables.

En cuarto lugar, **AS MEDIDAS DE PROTECCIÓN DO ESTADO ÁS FAMILIAS**: En América do sur xérase un tratamento transversal da familia, unha intervención a través das transferencias monetarias, condicionadas ao cumprimento de requisitos como alimentación, escolarización, asistencia médica e sanitaria, entre outros. En España, de acordo coa futura lei de familias, a protección do Estado concrétase, en gran medida, en prestacións maioritariamente económicas, e en ocasións tamén en rendas condicionadas.

En quinto lugar, con respecto ás **FAMILIAS RECONSTITUÍDAS**: o



tratamento das familias reconstituídas nos países de América do Sur e tamén en España é case nulo e o seu recoñecemento normativo disperso e escaso. A pesar de que en España o divorcio legalizar en 1981, xa hai máis de 40 anos e sería lóxica a súa normalización.

Finalmente, en relación coas FAMILIAS MONOPARENTAIS: nos países de América do Sur contan con recoñecemento na constitución nos países de Brasil e O Paraguai. Ademais, nos censos identifícanse en Ecuador, Bolivia e O Uruguai e Colombia. No caso de España existen normas autonómicas en oito das 17 comunidades que a recoñecen e establecen determinadas actuacións para a súa protección. Mais non existe unha lei estatal de familias monoparentais.



PRÁCTICA POLÍTICA E PROCESO DECISIONAL NA PROFESIONALIZACIÓN DO TRABALLO SOCIAL EN ESPAÑA (1968-1988). UN ANÁLISE DO DISCURSO.

PRÁCTICA POLÍTICA Y PROCESO DECISIONAL EN LA PROFESIONALIZACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN ESPAÑA (1968-1988). UN ANÁLISIS DEL DISCURSO.

AUTOR: Xoán Lombardero Posada

NATUREZA DO TRABALLO: Traballo de doutoramento

ANO: 2023

DIRECTOR: Andrés Arias Astray

O obxectivo principal da tese é comprender como a función do traballo social en España, no período comprendido entre 1968 e 1988, evolucionou desde ser unha profesión excéntrica no contexto do franquismo ata (i) reclamar un espazo nas políticas públicas sociais, (ii) desenvolver propostas internas e alternativas para ocupar ese espazo, presentándose como profesionais expertas ante a opinión pública, e (iii) acadar posición social para articular un novo modelo de servizos públicos no emerxente Estado social. Utilizamos cadros conceptuais das disciplinas de traballo social e ciencias do ámbito social, especialmente da ciencia política, xunto con métodos historiográficos.

Para acadar esta posición, as 'asistentes sociais' requiren un período de elaboración interna onde deben primeiro liberarse da limitada significación profesional e de xénero que lles atribuíu o franquismo. As traballadoras sociais da época tamén deben facer comprensíbel o novo espazo ocupacional que desexan ocupar. Este proceso é dificultado polo feito de que, mentres as cuestións relacionadas coa sanidade ou educación eran obvias para a opinión pública, a localización proposta polo traballo social resultaba periférica e redundante, especialmente cando as demandas centrais da época eran as

grandes causas como as liberdades, a forma de Estado, a diversidade territorial e o sistema social.

Achegas do estudo:

O noso estudo ofrece dúas achegas principais. Primeiramente, en comparación coa literatura previa sobre traballo social, profundizamos na interpretación dos textos congresuais e profesionais, tratándoos dunha maneira máis intensiva que os enfoques anteriores. En segundo lugar, no que respecta á análise dos documentos, a nosa contribución radica na lente analítica empregada, que, ata onde sabemos, non foi aplicada ao obxecto e secuencia temporal aquí tratados: o proceso de toma de decisións e a práctica política nun espazo temporal que abarca dúas décadas.

Marco Teórico:

O traballo estrutúrase en tres seccións de marco teórico: análise de políticas públicas, profesionalización do traballo social e a práctica política do traballo social. Estas seccións ofrecen unha perspectiva lonxitudinal centrada en achegas norteamericanas, complementadas con fontes secundarias. A través de ferramentas metodolóxicas da análise do discurso, estudamos os textos congresuais da profesión do traballo social español (1968-1988), buscando establecer un diálogo entre o traballo social español e o estadounidense na identificación de camiños cara á intervención pública e á creación de servizos.

Práctica Política e Profesionalización:

Neste resumo, centramos a atención na práctica política e a profesionalización. En 1984, Bruce Jansson, profesor de traballo social na Universidade do Sur de California, propuxo o termo "práctica política do traballo social" nun manual sobre teoría e práctica de políticas de benestar social. Este termo académico tivo éxito e referíase ás actividades que o traballo social realizaba para levar as súas ideas á lexislación social. O noso estudo revela como a práctica política contén, de forma obvia, historia, e como a historia do traballo social se vinculou desde cedo á tensión entre "profesionalismo" e a cuestión da intervención en decisións que afectan á poboación en xeral.



Déficit de Formación e Desenvolvemento Académico:

Un aspecto constante destacado nos documentos é o déficit de formación nas escolas de traballo social. A pesar de obterse os estudos de grao medio en 1964 e acceder aos estudos universitarios, a constatación da ausencia formativa na academia mantense. Analizamos a observación de que nas escolas de traballo social non se estuda traballo social. En España, o profesorado de traballo social, formado en outras disciplinas, non sempre investigaba a traxectoria da profesión que xeraba os postos docentes, creando así unha falta de conexión coa disciplina. Este problema persistiu coa imposibilidade de obter o doutorado sen recorrer a outras facultades e disciplinas, mantendo unha sensación de dependencia de outras ramas do coñecemento. O alumnado recibía contidos dispersos e alleos á profesión nas escolas de traballo social, as cales non producían coñecemento específico centrado.



ESPAZO ABERTO



ASPECTOS SOCIAIS DAS OSTOMÍAS

ASPECTOS SOCIALES DE LAS OSTOMÍAS

SOCIAL ASPECTS OF OSTOMIES

Luz M^a Vázquez Macías - Traballadora social. Servizo Galego de Saúde. Centro de Saúde de A Parda.

luz.maria.vazquez.macias@sergas.es

Ana María Goberna Comesaña - Traballadora social. Servizo Galego de Saúde. Centro de Saúde de Bueu.

ana.maria.goberna.comesana@sergas.es

RESUMO

O presente artigo pretende dar a coñecer o relatorio que se realizou nas Xornadas de Ostomías o día 21 de outubro de 2022 no Hospital Montecelo, en Pontevedra, organizadas anualmente pola Asociación Socio Sanitaria de Enfermidades Inflamatorias Intestinais e Ostomizados (ASSEII), onde se nos convidou, xunto con profesionais de distintos ámbitos, para achegar os aspectos sociais que inflúen nas devanditas enfermidades.

Neste senso, pretendemos achegar unha visión global e realista dos aspectos sociais que afectan as persoas con este tipo de patoloxías, xa que poden atoparse nunha situación de desvantaxe que dificulte a súa participación plena na sociedade. Fíxose fincapé no papel que desempeña o traballo social desde o diagnóstico da enfermidade, no propio hospital e o posterior apoio e acompañamento no domicilio a través do centro de saúde.

PALABRAS CHAVE

Traballo social, centro de saúde, ostomías, paciente ostomizado.

RESUMEN

El presente artículo pretende dar a conocer la ponencia que se realizó en las Jornadas de Ostomías del día de 21 de octubre de 2022 en el Hospital



Montecelo, en Pontevedra, organizada anualmente por la Asociación Socio Sanitaria de Enfermedades Inflamatorias Intestinales y Ostomizados (ASSEII), donde se nos invitó, junto con profesionales de distintos ámbitos, para aportar los aspectos sociales que influyen en dichas enfermedades.

En este sentido, pretendimos aportar una visión global y realista de los aspectos sociales que afectan a las personas con este tipo de patologías, ya que pueden encontrarse en una situación de desventaja que dificulte su participación plena en la sociedad. Se hizo hincapié en el papel que desempeña el trabajo social desde el diagnóstico de la enfermedad, en el propio hospital y el posterior apoyo y acompañamiento en el domicilio a través del centro de salud.

PALABRAS CLAVE

Trabajo social, centro de salud, ostomías, paciente ostomizado.

ABSTRACT

This article aims to publicize the presentation that was made at the Ostomy Conference on October 21, 2022, at the Montecelo Hospital, in Pontevedra, organized annually by the Socio-Health Association of Inflammatory Bowel Diseases and Ostomies (ASSEII), where we were invited, together with professionals from different fields, to contribute the social aspects that influence these diseases.

In this sense, we tried to provide a global and realistic vision of the social aspects that affect people with this type of pathology, since they may find themselves in a disadvantaged situation that makes it difficult for them to fully participate in society. Emphasis was placed on the role played by social work from the diagnosis of the disease, from the hospital itself and the subsequent support and accompaniment at home through the health center.

KEYWORDS

Social work, health center, ostomies, ostomized patient.

DETERMINANTES SOCIAIS EN SAÚDE

Nas últimas décadas cobra cada vez máis importancia a influencia da saúde na

estrutura social, política e económica na que se vive. A importancia das redes comunitarias e os condicionantes educativos, sociais e laborais fan necesario o estudo dos mesmos para poder comprender mellor como afectan ditos condicionantes na saúde das persoas.

A saúde depende de circunstancias nas que as persoas nacen, crecen, viven e envellecen. Baseándonos nos condicionantes da saúde de Dahlgren & Whitehead, 1991 pódense establecer diferentes niveles: Nun nivel superior enmarcaríanse os factores socioeconómicos, os políticos, os comerciais, culturais e ambientais. Nun segundo nivel situaríanse as condicións de vida, traballo, educación, residencia, vivenda e atención sanitaria. Un terceiro nivel estaría composto polas redes sociais e comunitarias e un último nivel onde estarían os estilos de vida e os aspectos físicos, xenéticos, de idade ou sexo.

Figura 1.

Determinantes sociais da saúde



Fonte: OMS, 2008.

O redor da persoa atópase o seu entorno comunitario, o cal está baseado nas relacións entre os membros e a cohesión social existente entre eles. A influencia destes factores no acceso a recursos e oportunidades para manter ou restaurar a saúde e o control sobre os mesmos, fan que cobre gran importancia a participación das persoas no seu entorno máis próximo.



As desigualdades ou iniquidades en saúde concíbense polo tanto como as diferencias sistemáticas en unha ou varias dimensións de saúde entre grupos ou subgrupos de poboación que cumpran coas seguintes condicións:

- a) Son consideradas socialmente inxustas.
- b) Son potencialmente evitables.

Estas desigualdade afectan de xeito diferente a persoas e grupos en función dos eixos de desigualdade existentes, entre os que podemos destacar a idade, a diversidade sexual, o xénero, a diversidade funcional, o territorio, a etnia a que pertencen ou a clase social.

Polo tanto podemos establecer que os determinantes sociais e os eixos de desigualdade conforman a estrutura na que se desenvolve a vida da persoa e o seu entorno comunitario.

Con respecto á intervención social, consideramos que debe realizarse nos diferentes niveis de intervención, o cal vai permitir acadar unha intervención social máis efectiva. A modificación da contorna social, así coma a individual, permitirá mudar os estilos de vida nocivos existentes e/ou reducir as consecuencias negativas das mesmas na saúde das persoas.

REDES DE APOIO SOCIAL

Conxunto de relacións que integran a unha persoa co seu entorno social ou con persoas coas que establecen vínculos solidarios e de comunicación para resolver necesidades específicas.

As redes poden reducirse ou estenderse proporcionalmente ó benestar material, físico ou emocional dos seus integrantes, ó involucrar e participar de maneira activa no fortalecemento das sociedades.

As redes están en constante movemento e as integran as persoas que comparten intereses e principios de reciprocidade, non violencia e acción voluntaria.



Podemos atopar diferentes apoios sociais:

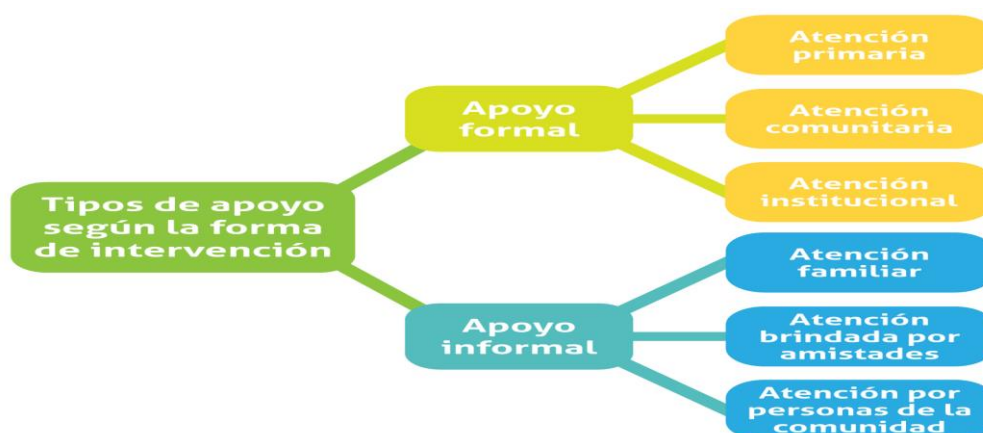
- Emocionais: os afectos, a confianza, a compañía, a empatía, o recoñecemento, a escoita. Poden ser a través de visitas, chamadas telefónicas, invitacións, apertas, etc...
- Instrumentais como poden ser: axudas para transporte, as tarefas do fogar, facer a compra, o coidado ou acompañamento.
- Cognitivos: o intercambio de experiencias, a información, os consellos que permitan entender ou recordar unha situación, etc...
- Materiais: diñeiro, aloxamento, comida, roupa, doazóns, etc...

As redes de apoio social divídense en dous tipos:

- **Informais.** Son redes persoais e comunitarias, que a súa vez se dividen en primarias e secundarias:
 - Primarias: están conformadas pola familia, amig@s e veciñ@s. Cumpren funcións de socialización, coidado e afecto, reprodución e status económicos, entre outras.
 - Secundarias. Son o mundo externo á familia: grupos recreativos, organizacións civís e sociais que operan na comunidade, organización relixiosas, relacións laborais ou de estudo, apoio emocional, guía cognitiva e de consellos, regulación social, dar axuda material e de servizos e a posibilidade de acceder a novos contactos.
- **Formais.** Son redes conformadas por organizacións do sector público nos diferentes niveis do goberno (estatal, autonómico e municipal) que cumpren funcións de: orientación, información, capacitación, promoción e atención da saúde, alimentación, defensa de dereitos, coidados...

Figura 2.

Tipos de apoio



Fonte: Gobierno de México.

As redes de apoio son fundamentais para lograr o benestar das persoas polos múltiples beneficios que aportan.

Coñecer as principais redes de apoio social coas cales se conta na vida diaria, así como en situacións de crise, permite acudir a persoa indicada no momento en que suceda algunha situación que non se pode afrontar de maneira illada.

TRABALLO SOCIAL EN SAÚDE

Figura 3.

Traballo Social en saúde



Fonte: Juntosxtusalud



O traballo social en saúde atópase dentro do apoio formal como promotor da saúde e apoio directo e indirecto a pacientes que estean nun grupo de risco específico, establecendo unha relación terapéutica como primeiro nivel de apoio.

O traballo social sanitario ten un gran reto na área da saúde, sendo importante o seu papel no cambio dos determinantes sociais da saúde, na prevención e no tratamento das enfermidades crónicas.

É e debe ser un axente de cambio, a concienciación e sensibilización para modificar e mellorar diferentes aspectos na vida da poboación son fundamentais. O diagnóstico social da situación do individuo e da súa contorna vai aportar ó equipo interdisciplinar os aspectos sociais precisos para lograr unha abordaxe bio-psico-social.

Obxectivos no traballo social sanitario.

O traballo social sanitario procura promover as capacidades psicosociais das persoas que lles permitan abordar adecuadamente a situación na que se atopan, favorecer os seus recursos persoais e os do seu medio social así coma os cambios que garantan a súa calidade de vida respectando os seus valores persoais.

O servizo de intervención social no traballo social sanitario.

Debemos diferenciar entre unha intervención individual, familiar e grupal e unha intervención comunitaria.

Na intervención individual, familiar e grupal destacaremos:

- A intervención social ou psico-social: O apoio psicosocial ó paciente e a súa familia na xestión dos acontecementos vitais estresantes non patolóxicos é fundamental. A potenciación dos recursos e habilidades persoais do paciente e da súa familia, fomentando a auto-responsabilidade na resolución de problemas e o apoderamento para poder afrontar e resolver os conflitos persoais e familiares que inflúen no proceso da saúde, tanto a nivel individual como familiar e grupal, así coma a atención e apoio á persoa que realiza as funcións de cuidadora principal.



O consello terapéutico, a escoita terapéutica e a promoción da saúde van a ser aspectos clave na intervención neste nivel.

- Servizos de xestión e mobilización de recursos ou servizos sociosanitarios: abrangue todos os aspectos relacionados coa xestión e/ou mobilización de procedementos de acceso a dereitos e recursos sociais e sociosanitarios tales coma o recoñecemento da discapacidade ou o acceso o sistema de dependencia, a obtención da documentación precisa para a tramitación do recurso idóneo, o **informe social** ou a derivación ó recurso pertinente.
- A coordinación cos diferentes sistemas existentes coma os servizos sociais comunitarios básicos, o sistema educativo ou o terceiro sector o que vai permitir unha intervención integral o longo de todo o proceso.
- A intervención social de grupo: tal e como afirma Porcel (2008) “El/la profesional del Trabajo Social es quien tiene la capacidad académica y habilidades para modificar actitudes y hacer un buen acompañamiento de las personas delante de situaciones de salud difíciles, pero también tiene capacidad para dinamizar el equipo terapéutico o promover trabajos grupales con colectivos de pacientes que tienen una problemática común o viven situaciones difíciles, modificando vivencias y puntos de vista por el hecho de compartir estas experiencias”. Así, a formación de grupos de pacientes ou dos seus cuidadores e familiares, vai permitir unha intervención focalizada dunha determinada problemática, fomentando a potenciación dos propios recursos co apoio metodolóxico do/da traballador/a social.

Por outra banda na intervención comunitaria estarían encadrados: o estudo dos determinantes sociais de saúde e os seus activos na comunidade na que se integran, o fomento de habilidades sociais e de participación comunitaria, a promoción de recursos sociosanitarios para dar resposta ás necesidades en saúde ou a colaboración coas asociacións comunitarias en actividades vinculadas ó ámbito sanitario.



Persoas con ostomías.

As persoas con ostomías presentan unha serie dificultades bio-psico-sociais que ocasionan un cambio no estilo seu de vida, xa que afecta a todos os aspectos da vida do paciente: problemas no auto-coidado, modificación na súa aparencia física, alteración nas relacións a nivel familiar, laboral e persoal. Sentimentos coma o temor, a angustia e a tristeza están vinculados a sentimentos de incapacidade, perda de saúde, a baixa autoestima así coma cambios en relacións sociais e na súa sexualidade.

Conclusións.

A incorporación do traballo social ós diferentes eidos da medicina permite aportar a outras especialidades os coñecementos e elementos axeitados para lograr una intervención integral. O traballo social no eido da saúde debe ter incorporados unha serie de coñecementos básicos que lle permitan intervir de xeito apropiado en cada caso.

Así o/a traballador/a social pode establecer as seguintes actuacións:

- A orientación e información sobre o hospital e os seus recursos.
- A orientación e derivación ós servizos e ós fondos da seguridade social.
- O contacto directo co paciente e a súa familia.
- A interpretación dos factores sociais, políticos e económicos que impregnan a realidade dos pacientes e das súas familias.
- A orientación xeral do tratamento sobre os aspectos bio-psico-social.
- O Traballo interdisciplinar cos membros do equipo de saúde.

O/A traballador/a social sanitario debe ter as habilidades e capacidades necesarias para actuar co paciente e traballar, xunto co resto do equipo, na elaboración de plans para o coidado e a atención do paciente en todos os niveis, tanto individual como familiar, grupal ou comunitario.

Para a realización deste proceso faise necesario o análise da realidade, a través da recollida de información, non limitándose a una entrevista senón a



un proceso continuo. A intervención vai estar dirixida á escoita activa das preocupacións, dúbidas e necesidades das persoas afectadas. Isto vai permitir un clima de seguridade e confianza, para conseguir toda aquela información relevante (médica, educativa, relacional, convivencial) Posteriormente analizaranse os recursos existentes, realizarase a valoración das fortalezas e potencialidades, fronte ás necesidades ou debilidades que xurdiron ou que xa existían con anterioridade.

A partir de aí, poderase enfocar a intervención cara aqueles recursos ou servizos que sexan necesarios.

Polo tanto o tratamento social non soamente vai a centrarse en escoitar unha historia de vida para sistematizala e dotala de axudas económicas e materiais. É un proceso que vai dende crear un espazo de confianza, acollida e desafogo persoal e ata, ata un traballo interdisciplinar que facilita o tratamento integral.

O traballo social sanitario avoga polo fortalecemento das relacións familiares, a estabilización e a expresión emocional, a aceptación dos cambios e a perda, a creación de unións, o coidado da imaxe para preservar a identidade e a xeración de novas vías de motivación e desenvolvemento persoal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gracia, E (en prensa). El apoyo social en el contexto de la intervención social y comunitaria. Grupos de apoyo y autoayuda y programas de intervención. Barcelona: Paidós.

OMS. 2008. *Determinantes sociales de la salud*. Recuperado de: <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/02/Comision-DSS.pdf#:~:text=La%20Comisi%C3%B3n%20sobre%20Determinantes%20Sociales%20de%20la%20Salud,de%20salud%20y%20de%20las%20inequidades%20sanitarias%20evitables>.

OPS. 2009. *Determinantes sociales de la salud*. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Xunta de Galicia. 2021. **Carteira de servizos de traballo social sanitario**. Recuperado de: Cartera de servicios de Atención Primaria - Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde (sergas.es)



Revista de investigación en psicología. 2013. *Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social*. Recuperado de: [file:///C:/Users/Ana/Downloads/Dialnet-ConceptualizacionDelApoyoSocialYLasRedesDeApoyoSoc-8176466%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Ana/Downloads/Dialnet-ConceptualizacionDelApoyoSocialYLasRedesDeApoyoSoc-8176466%20(1).pdf)

Ministerio de Sanidad. 2020. *Accion Comunitaria para Ganar Salud*. Recuperado de: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/docs/Guia_Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.pdf

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, Gobierno de Mexico. 2020 *Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores*. Recuperado de: [Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores | Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores | Gobierno | gob.mx \(www.gob.mx\)](https://www.gob.mx/instituto-nacional-de-las-personas-adultas-mayores/documentos/importancia-de-las-redes-de-apoyo-social-para-las-personas-mayores)



Colexio Oficial de
Traballo Social
de Galicia