

número

67

Documentos de Trabajo Social

DTS

Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga

2024

**Revista
de Trabajo Social
y Acción Social**

Documentos de Trabajo Social

DTS

Revista de Trabajo Social y Acción Social

nº67
Año 2024

Edita

Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga
C/ Muro de Puerta Nueva, 9-1ºC. 29005-Málaga
Correo-e: dts@trabajosocialmalaga.org
www.trabajosocialmalaga.org

Director

Javier Pacheco Mangas

Secretaría Técnica

María Lara Márquez. CPTS Málaga

Consejo de Redacción

Rafael Arredondo Quijada, Doctor por la Universidad de Málaga.
David Caracuel Ruiz, Trabajador Social.
Rosario Castilla Mora, Doctora por la Universidad de Málaga.
Luis Gámez Lomeña, Trabajador Social.
María de las Olas Palma García, Doctora por la Universidad de Málaga.
Eva María del Pino Villarrubia, Trabajadora Social.

Consejo Científico Asesor

Ana Barranco Carrillo, Trabajadora Social. Diputación Provincial de Jaén.
Laura Domínguez de la Rosa, Doctora por la Universidad de Málaga.
María Luz Burgos Varo, Trabajadora Social. Servicio Andaluz de Salud.
José Enrique Bernal Menéndez, Abogado ejerciente. Funcionario de la Administración Local.
Luis Gómez Jacinto, Catedrático de Psicología Social. Profesor del Grado de Trabajo Social de la Universidad de Málaga.
Ana Hernández Escobar, Trabajadora Social. Directora General de Firma Quattro Trabajo Social S.L.
Francisco Javier Jiménez Gómez, Trabajador Social y Doctor en Sociología. Cáritas Diocesana de Málaga.
Enrique Pastor Seller, Trabajador Social. Licenciado y Doctor en Sociología. Profesor titular de la Universidad de Murcia.
María Luisa Taboada González, Trabajadora Social.

Diseño

Imprenta ANAROL S.L.

ISSN 1133-6552 / ISSN Electrónico 2173-8246

SUMARIO

EDITORIAL	5
<i>Javier Pacheco Mangas, Director de la Revista DTS.</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • COSECHANDO IGUALDAD. PROYECTO DE INTERVENCIÓN PARA PREVENIR LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN JÓVENES INMIGRANTES EXTUTELADAS 	9
<i>Andrea Cabrera Muñoz, Trabajadora Social, Máster en Igualdad de Género por la Universidad de Málaga. Especializada en Peritaje Social por el Colegio Oficial de Trabajo Social de Sevilla. Técnica de proyectos en Asociaciones.</i>	
<i>Modalidad: Intervención profesional del Trabajo Social.</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISIS COMPARATIVO DEL ESTIGMA EN SALUD MENTAL EN PROFESIONALES Y POBLACIÓN GENERAL: APROXIMACIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL 	29
<i>María de los Ángeles Quesada Cubo, investigadora y docente predoctoral en el Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad Pablo Olavide.</i>	
<i>Modalidad: Investigación profesional en Trabajo Social.</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • TEORÍA DEL INFINITO SOCIAL. UNA CONSTRUCCIÓN PARA EL ANÁLISIS DE LA REALIDAD SOCIAL DESDE EL TRABAJO SOCIAL 	49
<i>Rubén Yusta Tirado, doctor en Trabajo Social. Profesor Ayudante en la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad Pontificia Comillas. Tesorero de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid y director de la revista Trabajo Social Hoy.</i>	
<i>Modalidad: Teoría del Trabajo Social.</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISIS DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE ALCOY 	63
<i>Ana Agulló Porras, Trabajadora Social del Centro Salud la Fábrica de Alcoy y Laura Martín Esparza, Trabajadora Social en Atención Primaria y Licenciada en Sociología.</i>	
<i>Modalidad: Investigación profesional en Trabajo Social.</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • LA MIGRACIÓN DIGITAL DE LA PROSTITUCIÓN: NUEVOS RETOS PARA EL TRABAJO SOCIAL 	79
<i>María Frutos Quintero, graduada en Trabajo Social por la Universidad de Málaga.</i>	
<i>Modalidad: Investigación profesional en Trabajo Social.</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • EXPERIENCIA DE REUBICACIÓN POBLACIONAL DE UN ASENTAMIENTO MARGINAL DESDE UNA PERSPECTIVA ÉTICA 	99
<i>Begoña García Álvarez, Trabajadora Social y Socióloga.</i>	
<i>Modalidad: Intervención profesional del Trabajo Social.</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • IMPLICACIONES SOCIALES RESPECTO AL TRATAMIENTO JUDICIAL DE LAS VIOLENCIAS POR RAZONES DE IDENTIDAD DE GÉNERO U ORIENTACIÓN SEXUAL 	113
<i>Sergio Óscar Libera Medina, Trabajador Social. Diplomado en Derechos Económicos, Sociales y Culturales por la Universidad Metropolitana para la Educación y el Trabajo. Diplomado en Acompañamiento y Abordaje Territorial de situaciones de violencias por razones de género en la Universidad Nacional de Rafaela y Especialista en Planificación y Gestión Social por la Universidad Nacional de Rosario.</i>	
<i>Modalidad: Teoría del Trabajo Social.</i>	

SUMARIO

- **ANÁLISIS MULTIDIMENSIONAL DE LA SATISFACCIÓN VITAL DE LA POBLACIÓN MALAGUEÑA: UN ESTUDIO PILOTO** 133
José David Gutiérrez Sánchez, Trabajador Social y Profesor Ayudante Doctor en el Grado de Trabajo Social de la Universidad de Málaga, Aylin Alba Mandak Arjona, Trabajadora social y Profesora Investigadora en Formación en el Grado de Trabajo Social de la Universidad de Málaga, Gianluigi Moscato Trabajadora Social y Socióloga, Profesor Titular de Universidad en el Grado de Trabajo Social (Universidad de Málaga).
Modalidad: Investigación profesional en Trabajo Social.
- **METODOLOGÍA DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO NEUROLÓGICO EN EL ÁMBITO DE LAS DEMENCIAS** 151
Aranzazu Rodríguez Jover, Trabajadora Social en Atención Primaria de Salud.
Modalidad: Intervención profesional del Trabajo Social.

EDITORIAL

El año 2024 se consolida como un período crucial para el Trabajo Social en su incesante labor de promover el bienestar humano y el cambio social. En un contexto global complejo, signado por crecientes desigualdades y la imperiosa necesidad de alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la profesión, anclada en la evidencia empírica y el rigor científico, refuerza su compromiso con la búsqueda de soluciones a los desafíos sociales contemporáneos. Desde una perspectiva ética e innovadora, el Trabajo Social continúa promoviendo la justicia social y la inclusión como pilares fundamentales para la construcción de un mundo más equitativo.

Desde 1993, la revista Documentos de Trabajo Social ha funcionado como plataforma de difusión de investigaciones y análisis de vanguardia, elaborados por profesionales del sector. Contribuyendo a la internacionalización de la disciplina y enriqueciendo su acervo de conocimiento, la revista se erige como un espacio de diálogo y reflexión crítica. En este número, además de presentar trabajos destacados del año 2023 que abordan problemáticas sociales desde perspectivas innovadoras, se reconocen las valiosas contribuciones de la XXVIII edición del Premio Científico del Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga, poniendo en relieve la labor investigadora que impulsa el desarrollo y la vanguardia de la profesión.

Esta edición se distingue por presentar una cuidada selección de artículos que dan cuenta de la amplitud y complejidad del Trabajo Social contemporáneo. Con un enfoque riguroso y comprometido con la excelencia académica, abordamos temáticas de gran calado social, ofreciendo a nuestros lectores análisis profundos y perspectivas innovadoras que impulsen el avance de la disciplina.

Nos adentramos en la problemática de la atención a personas con demencia, examinando estrategias de intervención social que promuevan su bienestar y el de sus familias. Asimismo, analizamos en profundidad la violencia de género en jóvenes inmigrantes, identificando factores de riesgo y proponiendo medidas de prevención desde una perspectiva intercultural.

Reflejando la diversidad de ámbitos de actuación del Trabajo Social, la revista incluye investigaciones que exploran realidades sociales como la reubicación de asentamientos marginales, el acceso a la justicia y el tratamiento jurídico de las violencias contra personas de la diversidad sexual, la satisfacción vital de la población malagueña, el estigma en salud mental y la intervención social en el ámbito sanitario.

Los trabajos que presentamos en esta edición se caracterizan por su rigor metodológico, su sólida fundamentación teórica y su relevancia para la práctica profesional. Desde una perspectiva científica y crítica, invitamos a la comunidad académica y profesional a entablar un diálogo constructivo en torno a los desafíos que enfrenta el Trabajo Social en la actualidad. Confiamos en que esta publicación constituya un aporte significativo al desarrollo de la disciplina y a la construcción de una sociedad más justa e igualitaria.

Javier Pacheco Mangas
Director de la Revista DTS

Cosechando Igualdad. Proyecto de Intervención para Prevenir la Violencia de Género en Jóvenes Inmigrantes Extuteladas

Modalidad: Intervención en Trabajo Social

Andrea Cabrera Muñoz

Trabajadora social, Máster en Igualdad y Género por la Universidad de Málaga. Especializada en Peritaje Social por el Colegio Oficial de Trabajo Social de Sevilla. Técnica de Proyectos en Asociaciones

Resumen

“Cosechando Igualdad” es un proyecto de intervención diseñado para prevenir la violencia de género en mujeres jóvenes inmigrantes extuteladas. El proyecto pretende fomentar la conciencia de género y empoderar a estas jóvenes a través de actividades y programas de formación que fortalezcan sus habilidades personales y profesionales. En estas actividades, se establecerán espacios seguros de apoyo, promoviendo la educación en relaciones saludables y facilitando la participación comunitaria. Asimismo, se sensibilizará a la comunidad de acogida y se brindará acceso a recursos sociales especializados. A través de la evaluación continua, se ajustarán las intervenciones para asegurar un impacto positivo y duradero, mientras se fomentan redes de apoyo social entre las participantes y la comunidad de acogida. A través de estas acciones, el proyecto aspira a crear un entorno más seguro y equitativo para las mujeres jóvenes inmigrantes extuteladas, contribuyendo a su desarrollo integral y su integración social. Este enfoque holístico garantiza que las necesidades específicas de estas jóvenes sean atendidas de manera efectiva, promoviendo su bienestar y autonomía a largo plazo.

Palabras clave

Mujer, Joven inmigrante, extutelada, Género, Interseccionalidad, Intervención.

Abstract

“Cosechando Igualdad” is an intervention project devised to prevent gender-based violence among women young immigrant exwards. The project aims to instil gender awareness and empower these young women through activities and training programs that enhance their personal and professional skills. In these activities, safe support spaces will be created, promoting education on healthy relationships and facilitating community participation. Additionally, the host community will be sensitized, and access to specialized social resources will be provided. Through ongoing evaluation, interventions will be adjusted to ensure a positive and lasting impact, while fos-

tering social support networks among participants and the host community. Through these actions, the project aims to create a safer and more equitable environment for young immigrant women who have aged out of foster care, contributing to their comprehensive development and social integration. This holistic approach ensures that the specific needs of these young women are effectively addressed, promoting their well-being and autonomy in the long term.

Key words

Woman, Young immigrant, Former ward, Gender, Intersectionality, Intervention.

INTRODUCCIÓN

El proyecto de intervención presentado se dirige a un grupo de población específico, que presenta un contexto complejo, interseccionado por el género, racializado y procedente de un sistema de protección institucionalizado, que ha ido evolucionando, pero que aún cuenta con debilidades. Este colectivo es el de mujeres jóvenes inmigrantes extuteladas.

La existencia de escasas investigaciones en torno a la población de intervención, hace ver que se trata de un ámbito que ha recibido poca o nula intervención.

Por eso, el diagnóstico que aquí se plantea busca la erradicación de patrones discriminatorios por razón de género, principalmente, y raciales. Esto incluye la identificación de comportamientos machistas, en pro de relaciones de igualdad basadas en el respeto y la escucha, así como campañas de sensibilización intercultural. También, se integrarán acciones como desmontar mitos sobre el amor romántico y las implicaciones de éste en la violencia de género, comprender las diferencias y especificidades entre sexo, género, orientación sexual, identidad de género e impulsar la corresponsabilidad en todos los ámbitos de la vida de las niñas y los niños.

La finalidad del proyecto que se presenta nace de la necesidad de mantener y mejorar la atención a mujeres jóvenes inmigrantes extuteladas ante una mayor vulnerabilidad como víctimas de violencia de género.

Por ello, es imprescindible abordar este problema de manera integral y desde una perspectiva de género para prevenir la violencia y promover relaciones saludables y respetuosas entre las jóvenes inmigrantes extuteladas. Así, el presente proyecto de intervención se enmarca en la necesidad de brindar apoyo y recursos específicos a este grupo vulnerable de mujeres jóvenes, con el objetivo de prevenir la violencia de género y promover su empoderamiento y autonomía.

La herramienta que se presenta, pretende ser un recurso y un servicio que dé una respuesta a nivel estratégico, complementando las actuaciones de las administraciones y recursos públicos, así como asociaciones o entidades sin ánimo de lucro.

El presente proyecto pretende propiciar un espacio de intervención y apoyo directo a las mujeres inmigrantes extuteladas sobre este tipo de violencias, así como acciones de prevención y refuerzo para los agentes sociales implicados, a la población migrante y, en general, a la comunidad.

FUNDAMENTACIÓN

La justificación de este proyecto se fundamenta, como mencionamos, en la evidencia de que las jóvenes inmigrantes extuteladas son especialmente susceptibles de sufrir violencia de género, enfrentando múltiples factores de riesgo, incluida la discriminación, la exclusión social, la falta de recursos económicos y la vulnerabilidad ante las redes de trata de personas. Además, estas mujeres pueden experimentar dificultades adicionales para acceder a los servicios de apoyo y protección, debido a barreras como el idioma, la falta de información y el miedo a represalias por parte de sus agresores o de las autoridades. Por lo tanto, es necesario implementar estrategias específicas y sensibles al contexto para prevenir la violencia de género y promover el bienestar de las jóvenes inmigrantes extuteladas en Andalucía.

Entrando más en detalle, reflexionamos sobre la interseccionalidad de género en el contexto de mujeres inmigrantes que son víctimas de violencia de género. Antón García (2016) señala numerosas investigaciones a nivel mundial que afirman que la violencia de género afecta de manera más significativa a las personas inmigrantes. Las mujeres inmigrantes, por su condición de mujeres y a su origen extranjero, enfrentan una doble discriminación provocada por diversas situaciones personales, administrativas, sociales y jurídicas. Estas circunstancias aumentan su grado de vulnerabilidad ante las violencias machistas.

Tal y como reconoce el último informe Mujeres Migrantes Víctimas de Violencia de género en España, la desigualdad estructural y la precariedad laboral, especialmente en trabajos de cuidado, que afectan a las mujeres inmigrantes dan forma a situaciones de vulnerabilidad. La situación se agrava para aquellas en situación administrativa irregular, aumentando la vulnerabilidad a la violencia de género.

Como se muestra en los diversos estudios e informes que reflejan la realidad de las mujeres inmigrantes jóvenes extuteladas, el número de niñas y chicas menores de 18 años que entran de manera irregular en España, encontrándose en situación de desprotección, es menor que el número de niños o chicos menores de 18 años, por lo que, en general, los planes de intervención están diseñados con poca o nula perspectiva de género. Algunas de las consecuencias del escaso enfoque de género en la atención a estas mujeres, cabe señalar que, gran parte de las niñas llegan a España, lo hacen mediante redes organizadas de abusos sexuales a menores.

Algunas de las consecuencias del escaso enfoque de género en este tema son, por ejemplo, que gran parte de estas niñas que llegan a España lo hacen mediante redes organizadas de abusos sexuales a menores.

Es por este motivo que se resalta la importancia de la implementación del presente proyecto pues, además de los beneficios directos para las participantes, el proyecto está diseñado para que contribuya a la investigación académica al recopilar datos sobre mujeres jóvenes inmigrantes extuteladas, un grupo hasta ahora poco estudiado. Esto ayudará a llenar un vacío en el conocimiento sobre las necesidades y realidades de las mujeres jóvenes inmigrantes extuteladas.

Para abordar eficazmente este problema, es crucial implementar respuestas integrales, interseccionales y coordinadas, involucrando a todos los actores sociales comprometidos en la eliminación, prevención e identificación de esta forma de violencia.

CONCEPTUALIZACIÓN Y DATOS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Conceptualización

El concepto de violencia de género, según Jaramillo-Bolivar y Canaval-Erazo (2020), está arraigado en un sistema de ideas y representaciones que abarca diversos campos del conocimiento, incluyendo las ciencias sociales, humanas, económicas, políticas, de salud, jurídicas y forenses, así como las artes y la ética. Este concepto también se encuentra presente en el lenguaje científico y académico, así como en el discurso común y cotidiano. Asimismo, está vinculado al movimiento social de mujeres y al debate teórico-feminista.

Asimismo, en el Informe Violencia de género en Mujeres Inmigrantes residentes en España (2021) se define la violencia de género como “aquella que engloba un amplio conjunto de violencias machistas reforzada por una fuerte estructura socio-cultural basada en una visión patriarcal y misógina de los diferentes aspectos de la vida”.

En relación con esta problemática, en el ámbito legislativo se dio un paso importante con el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (también conocido como Convenio de Estambul). Según el artículo 3.º del Convenio del Consejo de Europa (2011), se describe la violencia contra las mujeres como “una violación de los derechos humanos”.

Por su parte, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, considera víctima de violencia de género a la mujer que experimenta cualquier forma de violencia, perpetrada por su actual pareja o expareja, incluso si no conviven.

Es cierto que con la aprobación de la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual, se amplía el reconocimiento a todas las mujeres, que independientemente de su nacionalidad o situación administrativa, han sido víctimas de violencias sexuales residentes en España.

Como se ha adelantado anteriormente, la violencia hacia las mujeres es una problemática que no puede entenderse sin el término interseccionalidad. Este constructo permite identificar situaciones de discriminación complejas donde se entre cruzan la categoría de género, raza, nacionalidad y clase social. Es decir, este concepto sirve para reconocer de qué forma la intersección de discriminaciones (género, orientación sexual, etnia, nacionalidad, clase, discapacidad, etc.) origina situaciones específicas y peculiares de discriminación que “se mantienen y reproducen tanto en el nivel estructural, como político y discursivo” (La Barbera, 2017, p.191).

Por otra parte, es importante señalar que la violencia de género tiene importantes repercusiones en el bienestar y la salud de las mujeres a corto y largo plazo. Así, Díaz-Esterri (2024) refiere en su artículo que el caso de mujeres expuestas a una violencia o abuso emocional continuado, aun sin la existencia de violencia física, genera graves consecuencias, requiriendo un tratamiento terapéutico especializado para alcanzar un mayor bienestar.

El concepto de igualdad en el marco de la intervención del proyecto debe ser entendido desde una perspectiva interseccional que reconozca y respete las necesidades diversas que puedan presentar las beneficiarias. Aunque el objetivo último es promover la igualdad de género, es fundamental comprender que ésta no implica una homogeneización de ex-

perencias ni de soluciones, sino más bien el diseño de intervenciones que atiendan a las especificidades de cada mujer, especialmente considerando su origen, contexto cultural y situación personal.

El proyecto incorpora perspectiva de género e interseccionalidad durante todo el proceso, abordando las múltiples dimensiones de discriminación y opresión que afectan a las jóvenes inmigrantes extuteladas.

El enfoque del proyecto reconoce que las mujeres inmigrantes extuteladas pueden tener trayectorias vitales muy distintas, influenciadas por factores como su país de procedencia, la educación recibida, las experiencias migratorias y el grado de integración en la comunidad de acogida. Por lo tanto, la igualdad en la intervención no se trata de ofrecer el mismo recurso o apoyo de manera uniforme, sino de adaptar los servicios y herramientas a las circunstancias particulares de cada beneficiaria.

Datos sobre el impacto de la violencia de género.

Cabe destacar que la recogida de las cifras de las mujeres inmigrantes en España es difícil de determinar y, más aún, en aquellas mujeres que se encuentran en situación de irregularidad, al no poder determinar la situación administrativa que tenían en el momento que interpusieron una denuncia por violencia de género. Esto implica que sólo podamos trabajar con datos que recogen a aquellas mujeres con situaciones administrativas regularizadas, quedando en desamparo un amplio número de mujeres doblemente desprotegidas.

La última Macroencuesta de Violencia contra la Mujer (2020), la operación estadística más relevante que se realiza en España sobre este tipo de violencia y que mide la prevalencia de la violencia contra la mujer, nos ofrece datos muy relevantes: 1 de cada 2 mujeres (57,3%) residentes en España de 16 o más años han sufrido violencia a lo largo de sus vidas por ser mujeres, suponiendo 11.688.411 mujeres. Además, 1 de cada 5 (19,8%) la han sufrido en los últimos 12 meses, suponiendo 4.048.273 mujeres de 16 o más años.

Atendiendo a nuestra población de interés, esta macroencuesta refiere que las mujeres jóvenes experimentan este tipo de violencia en mayor medida: el 71,2% de las mujeres de 16 a 24 años y el 68,3% de las mujeres de 25 a 34 años han sufrido algún tipo de violencia a lo largo de sus vidas frente al 42,1% de las que tienen 65 o más años, lo que remarca la importancia de intervenciones preventivas para que se reduzcan estos datos.

En relación a mujeres inmigrantes, este mismo estudio refleja que, la incidencia de la violencia en la pareja es superior entre las mujeres nacidas en el extranjero que entre las nacidas en España. En cuanto a las agresiones fuera de la pareja, las mujeres nacidas en el extranjero a lo largo de sus vidas presentan una proporción ligeramente superior (9,8%) que las mujeres nacidas en España (6,0%).

En el Boletín Estadístico que nos ofrece la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (2024), se refleja que Andalucía, encabeza el número de feminicidios en la pareja o expareja desde 2003 hasta la actualidad, 246 casos de 1.208. Además, las provincias donde se produjeron el mayor número de feminicidios fueron Málaga, con 54 casos; Sevilla, con 47; Granada, con 42; Almería, con 38; Cádiz y Córdoba, con 24; Jaén, con 20 y Huelva, con 9.

Tras ver los datos de la Comunidad Autónoma de Andalucía con respecto a la violencia de género y destacando que también se trata de una de las regiones con mayor población inmigrante dentro de España, se observa que las mujeres migrantes enfrentan dificultades particulares en términos de integración y en materia de protección de derechos de las personas migrantes, incluidas las mujeres jóvenes que han estado bajo la tutela de la Administración. Por lo tanto, este proyecto se centra en este contexto específico para abordar las necesidades y realidades de las jóvenes inmigrantes extuteladas en la Comunidad Autónoma.

Desafíos específicos en la intervención en violencia de género con jóvenes migrantes extuteladas

Tal y como establece el Observatorio Permanente de la Inmigración (OPI), los flujos migratorios han sido protagonizados principalmente por personas adultas, pero, en la actualidad, nos encontramos rangos de edad variados. En el caso de España, podemos afirmar que destacan las migraciones de menores solos/as o acompañados/as de personas que no tienen la tutela del o de la menor.

Cuando se constata que un/una menor se encuentra en situación de desamparo, la entidad pública de protección de menores competente territorialmente, tiene que asumir su tutela y las medidas de protección necesarias para su guarda.

En cuanto nos concierne según la población diana de este proyecto, hay que destacar que estas jóvenes inmigrantes extuteladas suelen estar bajo la tutela de la administración pública y, una vez alcanzada la mayoría de edad, dejan de ser tuteladas por la institución y pierden derecho al acceso a los recursos destinados a menores de edad y se enfrentan principalmente solas a las demandas, como la formativa o el empleo, en un país donde cuentan con una red de apoyo reducida y, solo algunas, con su situación administrativa regularizada. Además, esta vulnerabilidad aumenta las probabilidades de un enorme riesgo a caer en mafias de trata de personas para venderlas como esclavas sexuales.

Según el Catálogo de Datos del Observatorio Permanente de Inmigración perteneciente al Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, mencionado anteriormente, se destacan los siguientes datos con fecha de 31 de diciembre de 2023: el total de menores no acompañados/as y jóvenes extutelados/as de ambos sexos de 16 y más años son 15.045 y solo 967 son mujeres. Esto refleja el 6,43% del total. Esto refleja que existe una menor proporción de niñas menores que ingresan de manera irregular en España en comparación con los varones en la misma situación y, es por este motivo, por el cual se puede observar una carencia significativa de enfoque de género en los planes de intervención destinados a este grupo específico, lo que limita su efectividad y capacidad para abordar las necesidades particulares y las vulnerabilidades específicas que enfrentan las mujeres jóvenes inmigrantes en situación de desprotección.

En esta misma fuente, se observa que las mujeres jóvenes extuteladas nacidas en Marruecos ocupan principalmente el gran número de autorizaciones de residencia, seguidas de las mujeres procedentes de Colombia, Brasil, Nigeria y Argelia, como muestra el siguiente gráfico.

Por otro lado, y según este mismo observatorio, de las menores que han conseguido alcanzar la mayoría de edad y se encuentran dadas de alta laboralmente, encontramos que la actividad de mayor nicho para estas, es la hostelería y trabajos no cualificados.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

El proyecto se estructura alrededor de tres objetivos generales y seis objetivos específicos, tal y como se describe a continuación.

Objetivo general 1:

Sensibilizar a las jóvenes inmigrantes extuteladas residentes en la Comunidad Autónoma de Andalucía sobre la importancia de la igualdad de género y el respeto mutuo.

Objetivos Específicos 1:

- 1.1. Establecer entornos seguros donde las jóvenes puedan compartir experiencias, expresar inquietudes y recibir apoyo emocional.
- 1.2. Promover la formación sobre temas que aborden la importancia de las relaciones saludables, el consentimiento y la comunicación efectiva en el ámbito afectivo.

Objetivo general 2:

Facilitar programas de capacitación que fortalezcan las habilidades personales y profesionales de las jóvenes, fomentando la autonomía y el empoderamiento.

Objetivos específicos 2:

- 2.1. Fomentar la participación activa de las jóvenes en actividades comunitarias, promoviendo la integración y el sentido de pertenencia.
- 2.2. Impulsar la formación y empleabilidad de las mujeres participantes para facilitar su inserción laboral en la sociedad de acogida.

Objetivo general 3:

Realizar campañas de sensibilización en la comunidad de acogida sobre los desafíos específicos que enfrentan las jóvenes inmigrantes extuteladas, promoviendo la empatía y el apoyo.

Objetivos Específicos 3:

- 3.1. Sensibilizar sobre las vulnerabilidades a las que están expuestas las mujeres jóvenes inmigrantes extuteladas.
- 3.2. Organizar eventos comunitarios para facilitar el encuentro entre las jóvenes inmigrantes extuteladas y los miembros de la comunidad de acogida, promoviendo el diálogo intercultural y la comprensión mutua.

POBLACIÓN DIANA Y METODOLOGÍA

Con respecto a la población diana, las participantes de estas intervenciones han de ser mujeres jóvenes extuteladas con edades comprendidas entre los 18 y 30 años principalmente, residentes en alguna de las provincias de la comunidad autónoma de Andalucía, que presenten dificultades en alguna de las siguientes áreas; situación administrativa en trámite, dificultades para el acceso al mercado laboral, dificultades en el acceso a la vivienda y/o aquellas mujeres que por su condición de menores extranjeras extuteladas hayan sido discriminadas o víctimas de trata o violencia de género.

En relación a los criterios para la selección de participantes, serán mujeres extuteladas con edades comprendidas entre los 18 y 30 años principalmente, residentes en alguna de las provincias de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

La selección de las participantes se llevará a cabo mediante un proceso estructurado y coordinado que involucra varias etapas:

- a) Se trabajará junto a servicios sociales comunitarios y ONGs que gestionan programas de protección de menores, quienes proporcionarán información sobre mujeres extuteladas en situación de vulnerabilidad interesadas en participar en un proyecto como este.
- b) Se identificarán participantes mediante programas destinados a jóvenes extuteladas, asegurando que se atiendan las necesidades de quienes requieren apoyo adicional.
- c) Se seleccionan mujeres de entre 18 y 30 años que enfrentan obstáculos para su integración, como dificultades económicas, educativas o sociales.
- d) Se realizan entrevistas individuales para evaluar las necesidades específicas de cada mujer, lo que permite ofrecer un acompañamiento personalizado y adaptado a su situación.

El proyecto se ha diseñado con un enfoque estratégico para garantizar que las beneficiarias reciban una atención personalizada y de calidad.

Además, el concepto de personas beneficiarias se amplía para incluir no solo a aquellas mujeres que participan directamente en las actividades del proyecto, sino también a aquellas que se ven influenciadas positivamente por las campañas de sensibilización y que contribuyen al cambio cultural necesario para combatir la violencia de género. Asimismo, se consideran beneficiarias del proyecto a aquellas mujeres que, aunque no participen activamente, sean identificadas como necesitadas de un acompañamiento especializado o sean derivadas a otros servicios que puedan satisfacer mejor sus necesidades individuales. Se pretende alcanzar y sensibilizar a 800 personas de manera indirecta.

El proyecto se ha diseñado con un enfoque estratégico para garantizar que las beneficiarias reciban una atención personalizada y de calidad. Esto se hará, limitando el máximo de doce participantes en cada actividad por lo que se llevará a cabo un total de doce repeticiones del proyecto, uno por municipio, para asegurar que las 144 mujeres tengan la oportunidad de participar y beneficiarse con calidad de todas las actividades ofrecidas. Los 12 municipios de la Comunidad Autónoma de Andalucía elegidos para la ejecución del proyecto serán: Málaga capital, Córdoba capital, Jaén capital, Sevilla capital, Granada capital, Huelva capital, Almería capital, Cádiz capital, Jerez de la Frontera, Marbella, Dos Hermanas y Alge-

ciras. Esto significa que se podrá ofrecer un seguimiento cercano y continuo, atendiendo a las necesidades específicas de cada una, ya sea en términos emocionales, sociales, etc.

Por otro lado, en relación a la metodología de este proyecto, cabe destacar que en la elaboración del diseño se ha seguido el enfoque metodológico habitual en las Ciencias Sociales en general, y en el trabajo social en particular, a través de una metodología activa y participativa.

La metodología participativa involucra a las personas participantes, fomentando entornos donde se genere un sentido de utilidad, intencionalidad e integralidad en este proceso de intervención (Abarca, 2016, p.96). Tal y como establece esta autora, este tipo de metodología participativa se desarrolla a través de talleres y estos “surgen como las primeras alternativas de aprendizaje participativo y democrático, frente al método tradicional de transmisión de conocimientos”.

Además, por otro lado, siguiendo a Castro et al. (2017), se ha llevado a cabo un análisis exhaustivo de los documentos disponibles, identificando las necesidades prioritarias de intervención y los recursos disponibles para respaldar la implementación. La utilización de métodos cuantitativos nos ha proporcionado un entendimiento estadístico del tema del proyecto, principalmente a través de la recopilación y análisis de datos.

Se seguirá un enfoque humanista-existencialista, considerando a las personas como seres integrales en interacción con su entorno, y potenciando el desarrollo personal a través del encuentro con la propia identidad y las potencialidades individuales. Este enfoque fomenta la cooperación y el trabajo comunitario, promoviendo el apoyo mutuo y la construcción de nuevas oportunidades (Payne, 1995).

Es importante destacar que hemos adoptado un enfoque integral para promover la igualdad de género en todas sus dimensiones, utilizando recursos como la Guía orientativa para el uso del lenguaje y de la imagen en la Universidad de Málaga (2022).

Para garantizar el éxito, la intervención será flexible y adaptada a las necesidades de las mujeres, promoviendo su participación y empoderamiento. Se fomentará la colaboración y retroalimentación entre participantes y el equipo para una intervención más efectiva.

Además, se realizará un seguimiento y evaluación sistemáticos de cada actividad y fase del proyecto para medir el progreso y anticipar desafíos.

Es importante destacar que las pautas educativas inherentes a cada país de procedencia de las beneficiarias pueden condicionar la aplicabilidad del estudio y del acompañamiento ofrecido. Las diferentes concepciones culturales sobre la igualdad de género, las relaciones de poder y la educación familiar requieren un enfoque sensible y adaptado a cada contexto. Por ello, el proyecto incluye la identificación de estos factores para adaptar las intervenciones de acuerdo con las realidades específicas de cada mujer, respetando su bagaje cultural y asegurando que los contenidos formativos sean comprendidos y aplicados de manera efectiva.

A continuación, se presenta un ejemplo concreto de cómo estas pautas se aplicarán en las actividades formativas y de acompañamiento:

Adaptación de los contenidos formativos:

Los talleres sobre igualdad de género y relaciones saludables se diseñarán con materiales pedagógicos accesibles para todas las participantes, independientemente de su nivel educativo. Para aquellas mujeres con menos formación previa, se utilizarán herramientas visuales, como infografías, videos y dinámicas grupales, que facilitarán la comprensión de conceptos complejos como el consentimiento o el empoderamiento. En contraste, para aquellas con más formación, se fomentará el análisis crítico de las estructuras sociales que perpetúan la desigualdad, creando un espacio de diálogo más profundo.

Métodos de enseñanza inclusivos:

Los talleres se impartirán utilizando metodologías participativas que permiten a las mujeres expresar sus propias experiencias y relacionarlas con los temas tratados. Para aquellas que provienen de culturas donde el diálogo abierto sobre ciertos temas es menos común, se utilizará un enfoque progresivo que comenzará con ejemplos prácticos y accesibles, para luego abordar cuestiones más sensibles de manera respetuosa. Esto asegurará que todas las participantes se sientan cómodas y seguras al participar en las discusiones.

Acompañamiento personalizado:

Cada mujer recibirá un seguimiento individual que tiene en cuenta su contexto cultural y sus necesidades específicas. Por ejemplo, si una beneficiaria ha crecido en un entorno donde las relaciones de género son vistas de manera tradicional, el acompañamiento se enfocará en abrir espacios de reflexión, respetando sus creencias, pero promoviendo una mayor conciencia sobre la igualdad de derechos. Asimismo, se identifican barreras particulares que cada mujer puede enfrentar en su camino hacia la autonomía, ofreciendo orientación adaptada a su situación personal y cultural.

Promoción de valores universales desde un enfoque culturalmente sensible:

Durante las sesiones formativas, se enfatizará la importancia de la igualdad de género y el respeto mutuo desde un enfoque universal, pero reconociendo que las realidades culturales de las beneficiarias pueden variar. El objetivo no es imponer un modelo occidental de igualdad, sino promover una comprensión de estos conceptos que respete las creencias culturales de cada mujer, pero que también las empodere para tomar decisiones informadas sobre sus vidas y derechos.

Actividades, Indicadores y Temporalización Descripción de actividades

A continuación, se describen de forma más detallada las actividades diseñadas para alcanzar los objetivos propuestos, dentro de tres módulos formados por: Módulo I: Actividades de sensibilización y formación, Módulo II: Programa de formación y Módulo III: Actividades de promoción de la participación.

Como aspectos importantes, se señala que todos los talleres tendrán en cuenta el acceso a las nuevas tecnologías y se plantea que los tres módulos se desarrollen en horario de tarde para que no interfiera en la vida escolar, laboral o familiar de las mujeres participantes.

Módulo I: Actividades de sensibilización y formación:

Actividad:	1
Objetivo específico al que responde esta actividad:	OE1.1: Establecer entornos seguros donde las jóvenes puedan compartir experiencias, expresar inquietudes y recibir apoyo emocional.
Nombre de la actividad:	“Fabricando tu futuro”
Duración:	1 hora y 40 minutos
Persona técnica responsable de la actividad:	Psicóloga
Descripción de la actividad:	<p>Al inicio del taller, las participantes se pondrán en círculo para realizar el primer ejercicio denominado: Rompehielos (15 minutos): Las participantes formarán parejas y tendrán 5 minutos para conocerse, compartiendo sus nombres, intereses y una breve anécdota. Luego, cada pareja presentará a su compañera al grupo.</p> <p>Tras crear un ambiente más cercano y cómodo para las participantes con la anterior dinámica de grupo, se hará un mural colaborativo para fomentar la creación de vínculos entre las participantes, quienes escribirán una meta o sueño personal para su futuro y crearán este mural donde puedan pegar sus aspiraciones. (15 minutos).</p> <p>La siguiente dinámica tendrá la finalidad de fomentar la autoestima y el empoderamiento (30 minutos). Se facilitará una discusión abierta sobre la importancia del autoconocimiento, la autoaceptación y la construcción de una autoimagen positiva. Se realizarán ejercicios de reflexión personal y se compartirán historias de superación como inspiración.</p> <p>Posteriormente, las participantes reflexionarán sobre sus metas a corto y largo plazo, identificarán posibles obstáculos y desarrollarán estrategias para superarlos (30 minutos). Se alentará a la creación de un plan de acción personalizado y realista.</p> <p>Se concluirá el taller con una sesión de Cierre y Networking (10 minutos) donde se brindará un espacio para compartir impresiones finales, destacar logros personales y ofrecer palabras de apoyo y aliento entre las participantes.</p>

Actividad:	2
Objetivo específico al que responde esta actividad:	OE1.2: Promover la formación sobre temas que aborden la importancia de las relaciones saludables, el consentimiento y la comunicación efectiva en el ámbito afectivo.
Nombre de la actividad:	“Construyendo relaciones saludables”
Duración:	90 minutos
Persona técnica responsable de la actividad:	Psicóloga
Descripción de la actividad:	<p>Comenzará la actividad con una presentación sobre cómo crear relaciones saludables (20 minutos): En esta presentación, la psicóloga que dirige el grupo proporcionará una breve introducción sobre los elementos clave de una relación saludable, incluyendo comunicación abierta y honesta, respeto mutuo, apoyo emocional y autonomía personal.</p> <p>Tras la impartición de esta exposición teórica, las mujeres participantes pondrán en práctica lo aprendido con un Role-playing de Escucha Activa en el que las participantes se dividirán en grupos de tres: una mujer con el rol de oradora, otra como oyente activa y otra como observadora (30 minutos).</p> <p>Posteriormente, la psicóloga guiará una discusión sobre la importancia de establecer y respetar los límites personales en las relaciones. Se abrirá un espacio donde las participantes identificarán sus propios límites y practicarán expresarlos de manera asertiva. (20 minutos).</p> <p>Por último, llegarán al momento de la reflexión y cierre de la actividad (20 minutos): Se invitará a las participantes a reflexionar sobre lo aprendido y a aplicar las habilidades adquiridas en sus relaciones diarias. Se proporcionarán recursos adicionales para aquellas que deseen profundizar en el tema.</p>

Actividad:	3
Objetivo específico al que responde esta actividad:	OE1.2: Promover la formación sobre temas que aborden la importancia de las relaciones saludables, el consentimiento y la comunicación efectiva en el ámbito afectivo.
Nombre de la actividad:	“Rompiendo cadenas”
Duración:	90 minutos
Persona técnica responsable de la actividad:	Trabajadora social
Descripción de la actividad:	<p>Se dará la bienvenida a las participantes y se realizará una presentación teórica sobre violencia de género y trata de personas incluyendo estadísticas, tipos de violencia y factores de riesgo. Se discutirán mitos comunes y realidades sobre estos temas. (30 minutos).</p> <p>Tras la presentación teórica, se realizará un análisis de casos y testimonios (30 minutos) de la siguiente manera: Se presentarán casos reales de víctimas de violencia de género y trata de personas, y se discutirán en grupos pequeños para identificar las señales de advertencia y las posibles estrategias de prevención y ayuda.</p> <p>Posteriormente, con una duración de 30 minutos se proporcionará información sobre recursos locales disponibles para víctimas de violencia de género y trata de personas, incluyendo líneas directas de ayuda, centros de atención y servicios legales.</p>

Módulo II: Programa de formación:

Actividad:	4
Objetivo específico al que responde esta actividad:	OE2.1: Fomentar la participación activa de las jóvenes en actividades comunitarias, promoviendo la integración y el sentido de pertenencia.
Nombre de la actividad:	“Hogar inclusivo, comunidad unida”
Duración:	2 horas
Persona técnica responsable de la actividad:	Integradora social
Descripción de la actividad:	<p>Al comienzo de la actividad se desarrollará una breve presentación sobre la importancia de la inclusión en la vivienda y en la comunidad. Se destacarán los beneficios de la diversidad y la importancia de sentirse parte de la comunidad (20 minutos).</p> <p>Posteriormente, se realizará una sesión interactiva (40 minutos) sobre los diferentes pasos del proceso de alquiler, incluyendo la búsqueda de viviendas, la solicitud de alquiler, la firma de contratos y el pago de fianza. También, se explicarán los términos y condiciones comunes en los contratos de alquiler y destacar los derechos y responsabilidades tanto del inquilino como del arrendador. De manera transversal, de facilitará una discusión abierta sobre la discriminación racial en el mercado de alquiler. En este espacio se utilizarán ejemplos de anuncios de alquiler que puedan contener signos de discriminación y analizarlos en grupo. Además, se explorarán las experiencias personales de las participantes o casos conocidos de discriminación racial en el proceso de alquiler.</p> <p>Por otro lado, para la promoción de la Inclusión Social se desarrollarán dinámicas de grupo y discusiones sobre cómo promover la inclusión social en la comunidad (40 minutos). Se explorarán estrategias para superar barreras culturales y lingüísticas, así como para fomentar la participación activa en actividades comunitarias.</p> <p>La técnica que dirija al grupo hará una presentación de recursos y servicios disponibles para mujeres inmigrantes, incluyendo programas de vivienda asequible, servicios de apoyo comunitario y organizaciones que ofrecen asistencia legal y social (20 minutos).</p> <p>Para concluir la actividad, se realizará una sesión final (20 minutos) donde las participantes identificarán acciones concretas que pueden tomar para mejorar la inclusión en sus hogares y en la comunidad. Se alentará a las mujeres a establecer metas alcanzables y a apoyarse mutuamente en su proceso de integración.</p>

Actividad:	5
Objetivo específico al que responde esta actividad:	OE2.2: Impulsar la formación y empleabilidad de las mujeres participantes para facilitar su inserción laboral en la sociedad de acogida.
Nombre de la actividad:	“Rumbo al éxito: Habilidades para la formación y empleabilidad”
Duración:	2 horas y 5 minutos
Persona técnica responsable de la actividad:	Trabajadora social
Descripción de la actividad:	<p>Al inicio del taller, las participantes se pondrán en círculo para realizar una dinámica con el fin de fortalecer la conexión entre las participantes (20 minutos): Se les pedirá a las participantes que escriban en su papel al menos tres habilidades que posean, ya sean relacionadas con el ámbito laboral, personal, académico, etc. Se pondrán en parejas y compartirán una de las habilidades que escribieron en su papel. Para finalizar, se invitará a las participantes a reflexionar sobre las habilidades compartidas y cómo podrían ser útiles en su búsqueda de empleo o desarrollo profesional. Tras esta dinámica, se realizará un taller de creación de currículums digitales (30 minutos): Una vez las participantes conozcan el proceso de creación de currículum, se hará una exploración de las aplicaciones de búsqueda de empleo (30 minutos). La siguiente acción será una simulación de entrevistas de trabajo (30 minutos). Se hará una sesión práctica donde las participantes tendrán la oportunidad de practicar entrevistas de trabajo. Se proporcionarán preguntas comunes de entrevistas y se darán consejos sobre cómo responder de manera efectiva y destacar sus habilidades y experiencia. Para concluir la actividad, se ofrecerá retroalimentación constructiva a las participantes sobre su desempeño en la simulación de entrevistas y se dedicará tiempo para responder preguntas adicionales (15 minutos).</p>

Módulo III: Actividades de promoción de la participación:

Actividad:	6
Objetivo específico al que responde esta actividad:	OE3.1: Sensibilizar sobre las vulnerabilidades a las que están expuestas las mujeres jóvenes inmigrantes extuteladas.
Nombre de la actividad:	“Voces en movimiento”
Duración:	Un mes
Persona técnica responsable de la actividad:	Integradora social
Descripción de la actividad:	<p>La campaña “Voces en Movimiento” se efectuarán durante todo un mes diversas acciones dirigidas a sensibilizar a la comunidad de acogida sobre las experiencias únicas de las mujeres jóvenes migrantes extuteladas. La primera acción consistirá en hacer 2 unidades de calle donde se instalarán puestos informativos en lugares estratégicos de la comunidad, donde se proporcionará material educativo sobre la realidad de las mujeres migrantes extuteladas, incluyendo estadísticas, testimonios y recursos de apoyo. La segunda acción será una exposición fotográfica que estará rotando en las 8 provincias andaluzas durante este mes. Se montará una exposición fotográfica que muestre la vida cotidiana, los logros y las luchas de las mujeres jóvenes migrantes extuteladas. Por último, se lanzará una campaña en redes sociales utilizando el hashtag #VocesenMovimiento para compartir historias inspiradoras, datos relevantes y recursos educativos sobre la migración y la inclusión. Esta campaña involucrará a la comunidad online y amplificará el mensaje de sensibilización.</p>

Actividad:	7
Objetivo específico al que responde esta actividad:	OE3.2: Organizar eventos comunitarios para facilitar el encuentro entre las jóvenes inmigrantes extuteladas y los miembros de la comunidad de acogida, promoviendo el diálogo intercultural y la comprensión mutua.
Nombre de la actividad:	“Conectando culturas: Evento intercultural”
Duración:	2 horas
Persona técnica responsable de la actividad:	Integradora social
Descripción de la actividad:	<p>Cabe señalar, que las participantes estarán presentes en todas las fases del evento, desde la preparación hasta la evaluación.</p> <p>El primer paso de la actividad consiste en la preparación del evento. Se seleccionará una fecha y lugar adecuados para el evento, preferiblemente en un espacio comunitario accesible para todas.</p> <p>El siguiente paso será coordinar con asociaciones locales, autoridades municipales y organizaciones de apoyo para la inmigración para obtener apoyo y recursos adicionales.</p> <p>En el evento cultural se organizarán stands o espacios dedicados a la exhibición de la cultura y tradiciones de diferentes países representados por las mujeres inmigrantes.</p> <p>Concretamente, se organizará una actividad de arte colaborativa donde las mujeres trabajen juntas con la comunidad de acogida en la creación de una obra de arte comunitaria. Se les proporcionaría un papel continuo y una variedad de materiales artísticos, y se les animaría a expresar sus experiencias, valores y visiones culturales a través de sus contribuciones artísticas. Mientras trabajan en el proyecto, tendrían la oportunidad de conversar, compartir historias y aprender unos de otros, promoviendo así el intercambio cultural y el establecimiento de nuevas conexiones. Al finalizar la actividad, la obra de arte colaborativa serviría como un símbolo tangible de la diversidad y la unidad dentro de la comunidad.</p> <p>Al finalizar el evento, se recopilará retroalimentación de todas las personas participantes para evaluar la efectividad de la actividad y obtener sugerencias para futuras iniciativas similares.</p>

TEMPORALIZACIÓN DE PROYECTO

A continuación, se presenta la temporalización del presente proyecto.

Esta temporalización es flexible y puede ajustarse según las necesidades y recursos disponibles. Se tendrá muy en cuenta la comunicación constante con el equipo y las personas colaboradoras, así como la realización de ajustes según necesidad para garantizar el éxito del proyecto.

		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Módulo I: Actividades de sensibilización y formación	"Fabricando tu futuro"											
	"Construyendo relaciones saludables"											
	"Rompiendo cadenas"											
Módulo II: Programa de formación	"Hogar inclusivo, comunidad unida"											
	"Rumbo al éxito: Habilidades para la formación y empleabilidad"											
Módulo III: Actividades de promoción de la participación	"Voces en movimiento"											
	"Conectando Culturas: Evento Cultural y Deportivo"											

Para garantizar que el presente proyecto no se limite a ser un estudio aislado y tenga una continuidad sostenida en el tiempo, se implementarán una serie de estrategias orientadas a su sostenibilidad y expansión a largo plazo.

En primer lugar, la colaboración institucional y las alianzas estratégicas resultarán fundamentales para asegurar la perdurabilidad del proyecto. Es crucial establecer convenios con entidades públicas y privadas, así como con organizaciones no gubernamentales (ONG), asociaciones de inmigrantes y centros de formación que puedan respaldar y potenciar los objetivos propuestos. Asimismo, se deberá buscar el apoyo de administraciones locales y autonómicas, como el Instituto Andaluz de la Mujer o los servicios de empleo andaluces, para integrar estas iniciativas en sus programas de actuación.

En segundo lugar, es necesario garantizar fuentes de financiación a largo plazo. Para ello, se recomienda explorar diversas vías de financiación, tales como subvenciones de la Unión Europea, fondos estatales o autonómicos destinados a la integración de inmigrantes, y colaboraciones con empresas privadas interesadas en programas de responsabilidad social corporativa. También se puede considerar la organización de campañas de donaciones y el uso de plataformas de crowdfunding orientadas a la captación de fondos específicos para los colectivos beneficiarios.

Otra estrategia crucial será la evaluación continua la cual permitirá medir el impacto y la efectividad de las acciones ejecutadas, lo cual facilitará su mejora y ajuste conforme avanza el tiempo. Los datos obtenidos mediante este proceso de evaluación deberán recogerse en informes periódicos que reflejen los logros y limitaciones, aportando así mayor transparencia y motivando la obtención de nuevos apoyos financieros y sociales.

Asimismo, como aspecto fundamental, es indispensable formar a las jóvenes para que, en el futuro, pueden asumir roles de liderazgo y mentoría en relación con otras mujeres inmigrantes extuteladas, fomentando así una red de apoyo que pueda sostenerse de manera autónoma. Este enfoque contribuirá a que el proyecto evolucione y se expanda más allá de su fase inicial, generando un impacto duradero.

Además, resulta esencial implementar una estrategia de difusión y sensibilización constante. Para mantener la atención pública sobre los desafíos que enfrentan estas jóvenes, se deberá organizar campañas periódicas en medios de comunicación, redes sociales y eventos comunitarios. La visibilidad constante permitirá sensibilizar a la sociedad y a las autoridades sobre la importancia de continuar apoyando estas iniciativas.

INDICADORES DEL PROYECTO

Indicadores de Proceso:

Número de talleres realizados: Se espera realizar un total de 5 talleres durante el proyecto.

Porcentaje de asistencia de las mujeres migrantes jóvenes extuteladas a las actividades del proyecto: Al menos el 70% de las mujeres participantes asisten a todas las actividades del proyecto.

Número de materiales educativos distribuidos: Se prevé distribuir 200 folletos y guías informativas entre las personas beneficiarias.

Número de personas expertas invitadas: Se pretende contar con la participación de 5 personas expertas en temas de violencia de género y empoderamiento.

Indicadores de Resultados:

Porcentaje de participantes que demuestran habilidades para relaciones saludables: Se espera que al menos el 75% de las participantes demuestren habilidades mejoradas para establecer relaciones saludables, evaluado a través de observaciones y encuestas.

Porcentaje de aumento en la autoestima y empoderamiento: Se espera un aumento del 50% en los niveles de autoestima y empoderamiento de las participantes, medido mediante cuestionarios antes y después del proyecto.

Número de participantes que conocen y acceden a recursos y servicios de apoyo: Se espera que el 80% de las participantes conozcan los recursos disponibles.

Número de visualizaciones en la campaña de redes sociales: Se espera que, al menor 800 personas de la comunidad de acogida visualicen la campaña #VocesenMovimiento por redes sociales.

Indicadores de Impacto:

Porcentaje de satisfacción de las participantes: Al menos el 85% de las mujeres participantes puntúan con un 5 sobre 5 la satisfacción del proyecto.

Porcentaje de consecución de empleo: Al menos el 40% de las mujeres participantes en búsqueda activa de empleo, ya sea por desempleo o mejora de empleo, encuentran un trabajo gracias a las habilidades adquiridas en los talleres.

Mejora en la salud y bienestar emocional de las participantes: Se espera una mejora del 60% en la salud mental y el bienestar emocional de las jóvenes, evaluado mediante encuestas de satisfacción y bienestar.

Número de iniciativas comunitarias surgidas del proyecto: Se espera que surjan al menos 3 nuevas iniciativas o proyectos comunitarios liderados por las participantes como resultado de su participación en “Cosechando Igualdad”.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

La evaluación de la intervención es crucial para determinar su efectividad y hacer ajustes. Se utilizarán diversas herramientas y un trabajo en equipo interdisciplinar para abarcar diferentes áreas. Además, se evaluará continuamente la satisfacción de las participantes mediante encuestas tras cada actividad, recopilando retroalimentación sobre la utilidad de las actividades, la calidad de la facilitación y el impacto en sus vidas.

Las técnicas e instrumentos utilizados en este proyecto se pueden dividir según un enfoque cuantitativo y cualitativo.

Con respecto al enfoque cuantitativo, cabe señalar que, antes y después de la intervención, se administrarán encuestas y cuestionarios diseñados específicamente para medir el conocimiento, actitudes y comportamientos de las mujeres jóvenes antes y después de participar en la intervención.

Se elaborará un informe mediante la triangulación de datos de encuestas, cuestionarios y entrevistas, permitiendo crear itinerarios de trabajo individualizados para cada participante, según sus necesidades. Se asegurará el cumplimiento de objetivos mediante un seguimiento continuo, facilitando la evaluación de cambios y la mejora del bienestar.

Por otro lado, en relación al enfoque cualitativo, es imprescindible señalar que se desarrollarán entrevistas individuales para obtener una comprensión más profunda de los impactos percibidos y los cambios en las actitudes y comportamientos de las mujeres jóvenes en diferentes momentos de su vida. Una profesional de la psicología realizará entrevistas en profundidad, no sólo para detectar necesidades especializadas, también para detectar otras necesidades y contribuir al establecimiento del itinerario de la intervención.

Además, una herramienta útil, teniendo en cuenta las características específicas del colectivo de intervención es la realización de grupos focales con las participantes para discutir sus experiencias, percepciones y opiniones sobre las intervenciones y necesidades. Estos grupos focales se harán tras la última sesión de los talleres de cada uno de los módulos.

Otro aspecto importante para la evaluación del presente, se observará el comportamiento y las interacciones de las mujeres jóvenes durante las actividades de intervención. Esto permitirá evaluar su participación, compromiso y adquisición de habilidades, adaptando así las intervenciones según sea necesario.

Al combinar múltiples métodos de evaluación, se obtiene una imagen más completa del impacto de la intervención y se verifica si es necesario ajustar los objetivos a las necesidades de las mujeres. Además, se recopilarán datos durante la intervención para completar la falta de información académica sobre mujeres jóvenes inmigrantes extuteladas.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

Materiales creados:

Campañas de sensibilización

Se realizará una campaña de sensibilización denominada “Voces en movimiento” dirigida a la población en general. Todo esto prevé que provoque un aumento de la sensibilización de la comunidad de acogida a través de la campaña de sensibilización “Voces en movimiento” y del evento intercultural “Conectando Culturas”. Se estima que, al menos 800 personas, se concienciará sobre la realidad de las mujeres migrantes jóvenes extuteladas.

DOCUMENTACIÓN RELACIONADA CON LA EJECUCIÓN DE LOS TALLERES

Se elaborará una guía metodológica por cada actividad para la correcta implementación de los talleres, formaciones y eventos para las mujeres migrantes jóvenes extuteladas.

CONCLUSIONES Y APORTACIONES INNOVADORAS

Las conclusiones del proyecto “Cosechando Igualdad” se establecerán en base a la planificación, los objetivos establecidos y el marco teórico que sustenta la intervención. Estas conclusiones reflejan las expectativas y los posibles impactos del proyecto:

En primer lugar, se espera conseguir un impacto positivo en la prevención de la violencia de género entre jóvenes inmigrantes extuteladas y se fomentará que las participantes muestren una mayor conciencia sobre la violencia de género y herramientas para responder ante situaciones de riesgo. Se pretende que las participantes conozcan los recursos y servicios disponibles en caso de experimentar o presenciar situaciones de violencia de género puedan acceder a ellos.

Asimismo, uno de los objetivos principales es el empoderamiento de las participantes, dotándolas de habilidades y conocimientos para tomar decisiones informadas y autónomas.

La implementación de este proyecto fortalece su capacidad para enfrentar desafíos y superar barreras personales y sociales.

Como aportaciones innovadoras, el proyecto se caracteriza por su flexibilidad y adaptación a las necesidades específicas de las mujeres participantes, asegurando su participación activa y empoderamiento en todas las etapas del proyecto.

Además, el proyecto incorpora perspectiva de género e interseccionalidad durante todo el proceso, abordando las múltiples dimensiones de discriminación y opresión que afectan a las jóvenes inmigrantes extuteladas. Esta perspectiva permite una comprensión más profunda y una intervención más efectiva adaptada a las realidades específicas de las participantes.

La implementación de un sistema de seguimiento y evaluación sistemática permitirá medir el progreso y la eficacia del proyecto en tiempo real. Este enfoque facilitará la realización de ajustes oportunos y mejorará el impacto general de la intervención.

Además de los beneficios directos para las participantes, el proyecto está diseñado para que contribuya a la investigación académica al recopilar datos sobre mujeres jóvenes inmigrantes extuteladas, un grupo hasta ahora poco estudiado. Esto ha ayudado a llenar un vacío en el conocimiento sobre las necesidades y realidades de las mujeres jóvenes inmigrantes extuteladas.

Referencias

- Abarca Alpízar, F. (2016). La metodología participativa para la intervención social: Reflexiones desde la práctica. *Revista Ensayos Pedagógicos*, 11(1), 87-109. <https://doi.org/10.15359/rep.11-1.5>
- Castro Guzmán, M., Reyna Tejada, C.Y. y Méndez Cano, J. (2017). *Metodología de intervención en trabajo social*. Yucatán: Casa Editora Shaad. <https://www.acanits.org/assets/img/libros/Metodologia%20TS.pdf>
- Consejo de Europa. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Artículo 3.a. 2011. <https://rm.coe.int/1680462543>
- Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. (2024). Boletín Estadístico.
- Delegación del gobierno contra la violencia de género. Macroencuesta de violencia contra la mujer en 2019. (2020). Ministerio de Igualdad. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf
- Díaz-Esterri, J. (2024). Salud mental en juventud extutelada: estrategias de promoción y prevención sociosanitaria. *Pedagogía social: revista interuniversitaria*, 44, p. 249- 261. https://doi.org/10.7179/psri_2024.44.13
- García Galán, S. (2018). ANTÓN GARCÍA, L: Violencia de género y mujeres inmigrantes. Málaga, UMA, 2016. *Arenal. Revista De Historia De Las Mujeres*, 25(1), 252–255. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6467294>
- Guerrero Salazar, S. (2022). *Guía orientativa para el uso igualitario de lenguaje y de la imagen en la Universidad de Málaga*. Universidad de Málaga. https://www.umaeditorial.uma.es/libro/guia-orientativa-para-el-uso-igualitario-del-lenguaje-y-de-la-imagen-en-la-universidad-de-malaga_2631/
- Jaramillo-Bolívar, C. D., y Canaval-Erazo, G. E. (2020). Violencia de género: Un análisis evolutivo del concepto. *Universidad y Salud*, 22(2), 178-185. <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/4060>
- La Barbera, M. C. (2017). Interseccionalidad. *EUNOMÍA. Revista En Cultura De La Legalidad*, (12). <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/EUNOM/article/view/3651>
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado*, 313, de “29 de diciembre de 2004”. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2004/BOE-A-2004-21760-consolidado.pdf>
- Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de Garantía Integral de la Libertad Sexual.
- Boletín Oficial del Estado, 215, de “7 de septiembre de 2022”. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-14630>
- Macuare, M; Ovalles, A. (2021). Mujeres inmigrantes en España: análisis con perspectiva de género de los riesgos de victimización. *Vulnerabilidad de las víctimas desde la perspectiva de género: una visión criminológica*, p. 277-287. <https://doi.org/10.2307/j.ctv282jjsk>

- Ministerio de Igualdad. (2024). Boletín estadístico mensual. Víctimas mortales 016 atenpro. Dispositivos de seguimiento web de recursos de apoyo. Violencia de género. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/boletines/boletinMensual/2024/docs/BEM_Febrero_2024.pdf
- Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. (s.f.). Catálogo de Estadísticas: Menores no acompañados y jóvenes extutelados con autorización de residencia. <https://www.inclusion.gob.es/web/opi/estadisticas/catalogo/menores>
- Monteros Obelar, S. (s.f.). *Mujeres migrantes víctimas de violencia de género en España. Documento de análisis en el marco de la ley orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género*. Asociación de Investigación y Especialización Sobre Temas Iberoamericanos (AIETI). https://aieti.es/wp-content/uploads/2019/02/Violencia_genero_mujeres_migrantes.pdf
- Payne, M. (1995). *Teorías Contemporáneas del Trabajo Social. Una Introducción Crítica*. Editorial Paidós.
- Tutistar-Rosero, D. X. (2021). *Violencia de género en mujeres inmigrantes residentes en España*. <https://asociacionportimujer.org/wp-content/uploads/2022/03/Informe-final-PICUM-Violencia-de-Genero-2021.pdf>

Análisis comparativo del estigma en salud mental en profesionales y población general: aproximación desde el trabajo social

Modalidad: Investigación en Trabajo Social

María de los Ángeles Quesada Cubo

Investigadora y docente predoctoral FPU en el Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad Pablo de Olavide

Resumen

El estigma continúa siendo la principal barrera para una vida plena de las personas con problemas de salud mental, derivado de la ignorancia, prejuicios y discriminación social. Este trabajo analiza la estigmatización mediante el conocimiento, actitudes y conductas de profesionales de centros especializados en salud mental y la población general. Se aplicó un cuestionario que incluyó las escalas *Community Attitudes Toward the Mentally Illness*, *Mental Health Knowledge Schedule* y *Reported and Intended Behavior Scale*. Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, se delineó un perfil más estigmatizante: hombres, personas mayores, con menor nivel educativo y escaso contacto con personas con problemas de salud mental. A partir de los resultados, se destaca la necesidad de implementar intervenciones desde el Trabajo Social que integren investigación y práctica, promoviendo la sensibilización y educación para reducir el estigma y sus efectos negativos, contribuyendo a una sociedad más inclusiva y solidaria.

Palabras clave

Salud mental, estigma, estereotipos, profesionales, Trabajo Social.

Abstract

Stigma remains the main barrier to a full life for people with mental health problems, stemming from ignorance, prejudice, and social discrimination. This work analyzes stigmatization through knowledge, attitudes, and behaviors among professionals in specialized mental health centers and the general population. A questionnaire was administered, including the *Community Attitudes Toward the Mentally Illness*, *Mental Health Knowledge Schedule*, and *Reported and Intended Behavior Scale*, along with sociodemographic questions. No statistically significant differences were observed between the two groups, although a more stigmatizing profile was identified: men, older individuals, those with lower educational levels, and those with little contact with people with mental health problems. Based on the results,

the need to implement interventions from Social Work that integrate research and practice is emphasized, promoting awareness and education to reduce stigma and its negative effects, contributing to a more inclusive and supportive society.

Key words

Mental health, stigma, stereotypes, professionals, Social Work

1. INTRODUCCIÓN

Desde su inicio, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud mental (SM) como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede gestionar las presiones normales de la vida, trabajar productiva y contribuir de manera activa a su comunidad,

La Confederación de Salud Mental de España (2016) estima que una de cada cuatro personas experimentará algún trastorno mental a lo largo de su vida. Según la última Encuesta Europea de Salud en España (2020), aunque la prevalencia de trastornos mentales ha disminuido en dos puntos en comparación con el 2014 (del 7,4% al 5,4%), la gravedad y el impacto de estos trastornos han aumentado notablemente tras la pandemia de COVID-19. A nivel mundial, la OMS (2019) estima que los trastornos mentales afectan a un 25% de la población, lo que se traduce en 450 millones de personas, y constituyen el 40% de las enfermedades crónicas, siendo además la mayor causa de los años vividos con discapacidad y situándose entre las tres principales causas de muerte no accidental.

El principal obstáculo para acceder a un tratamiento adecuado sigue siendo el estigma asociado a los problemas de salud mental. Este estigma se manifiesta a través de actitudes, prejuicios y comportamientos discriminatorios (Confederación SM España, 2020) que se sustentan en la falta de conocimiento e información sobre estos trastornos. A diferencia de otras patologías que han recibido una mayor cobertura mediática y sensibilización social, la salud mental se enfrenta a un estigma persistente que ha creado un tabú con numerosas connotaciones negativas. Molina (2021) señala que este desconocimiento e invisibilidad generan un rechazo y distanciamiento que afectan tanto a las personas que padecen estos trastornos como a su entorno.

Balasz et al. (2016) identifican una serie de características particulares de los trastornos mentales que contribuyen a su estigmatización: son condiciones que no se ven, son intangibles, difíciles de definir y cuya evolución es incierta, lo cual genera en la población una reacción distinta a la que se tiene frente a enfermedades físicas. Como resultado, las personas tienden a mostrar mayor empatía y apoyo hacia quienes padecen dolencias físicas que hacia quienes enfrentan problemas de salud mental. Este fenómeno se ve amplificado por el papel que desempeñan los medios de comunicación, que son la principal fuente de información sobre la salud mental para el 90% de la población. Mena et al. (2014) señalan que el número de reportajes que asocian los trastornos mentales con la violencia es cuatro veces mayor que aquellos que muestran una actitud positiva, contribuyendo así a popularizar un lenguaje discriminatorio que perpetúa prejuicios y estereotipos negativos.

La Confederación Española de Salud Mental (2016) expone que el estigma se estructura en tres niveles: estereotipos (creencias no fundamentadas), prejuicios (actitudes emocionales de distanciamiento) y discriminación (comportamientos de rechazo). Estos factores desencadenan efectos negativos en la vida de las personas con problemas de salud mental, limitando sus oportunidades de empleo, su acceso a una vivienda adecuada y sus posibilidades de recibir tratamiento (Overton y Medina, 2011). Rivera (2015) estima que dos de cada tres personas con problemas de salud mental no buscan tratamiento debido al temor al estigma y a la falta de información. Así, las personas que padecen estos trastornos se enfrentan a una “doble enfermedad”: por un lado, los síntomas propios de su afección, y por otro, los efectos del estigma que agravan su situación y limitan su participación social.

La OMS (2019) subraya la necesidad de romper este “ciclo del estigma”, el cual genera discriminación y, a su vez, exclusión social, privando a las personas de sus derechos humanos fundamentales y deteriorando su calidad de vida. Aunque se han logrado avances en el ámbito biológico, psicológico, social y político, la salud mental sigue estando marcada por un fuerte componente moralista que genera culpa y vergüenza, afectando no solo a los pacientes, sino también a sus familias y a los profesionales que los atienden. De hecho, el estigma por asociación afecta a algunos profesionales del ámbito psicosocial, quienes a veces optan por ocultar su profesión para evitar el rechazo social (Confederación de Salud Mental, 2015).

Diversos estudios han documentado la forma en que el estigma afecta a los entornos laborales y comunitarios. Badallo et al. (2013) resaltan que este se manifiesta a través de actitudes discriminatorias como la “tolerancia fría” y el paternalismo, especialmente entre los vecinos de recursos de atención psicosocial. Como resultado, los y las usuarias de los servicios de SM se enfrentan a un estresor crónico que impacta negativamente en múltiples facetas de su vida, incluidas sus oportunidades laborales y su estado de salud (Aguilar et al., 2016).

Las investigaciones indican que el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la salud mental varían según factores sociodemográficos. Ruiz (2015) documenta que las mujeres y las personas mayores de edad tienden a mostrar un menor conocimiento sobre los problemas de salud mental, lo que se asocia con una mayor estigmatización. Fresan et al. (2011) sugieren que las mujeres perciben mayor agresividad y optan por mantener una mayor distancia social, mientras que Moreno et al. (2014) concluyen que los hombres tienden a exhibir actitudes más estigmatizantes y que los más jóvenes poseen un conocimiento limitado sobre estos trastornos. En Colombia, Pinto (2020) identifica que el estigma predomina entre hombres, personas mayores de 60 años, con bajo nivel educativo y en ocupaciones manuales.

López et al. (2008) destacan que la información contribuye a modificar el componente cognitivo del estigma, pero el impacto sobre el comportamiento es limitado debido a la influencia del componente emocional. En este sentido, la educación y el contacto social se perfilan como estrategias efectivas para cambiar actitudes. El contacto con personas con problemas de SM ha mostrado ser un factor relevante: Couture y Penn (2003) concluyen que quienes han tenido contacto previo son menos propensos a estigmatizar debido a la experiencia directa. Igualmente, Medina et al. (2018) subrayan que el contacto cercano y profundo fomenta actitudes más positivas.

No obstante, Muñoz et al. (2011) señalan que el mero contacto no garantiza la reducción del estigma, especialmente entre familiares de personas con problemas de SM. En cuanto a los y las profesionales, Munsuri y Pinazo (2016) documentan que las actitudes de los/as estudiantes de enfermería mejoran con la formación práctica. Cremonini et al. (2017) y Del Olmo et al. (2019) encuentran resultados similares en profesionales de España, Portugal e Italia, donde los y las profesionales de psicología y trabajo social muestran mayor sensibilidad hacia la salud mental.

El estigma no solo impacta a las personas con problemas de SM, sino también a los y las propias profesionales. Verhaeghe y Brake (2012) revelan que este está relacionado con un mayor agotamiento emocional y una menor satisfacción laboral, lo que resalta la necesidad de programas educativos que desmitifiquen el estigma (Pande et al., 2011).

En este contexto, en el que el estigma no solo afecta a su bienestar individual, sino que también genera barreras en su acceso a servicios y oportunidades esenciales, perpetuando la exclusión social, el Trabajo Social tiene un rol clave para contrarrestar estas barreras a través de intervenciones directas y la promoción de cambios sociales.

En este contexto, el presente estudio formula como hipótesis central que los/as profesionales presentan un mayor conocimiento, menor prevalencia del estigma y mayor disposición a interactuar con las personas que presentan problemas de salud mental que la población general. Para abordar esta hipótesis, se establece como objetivo general analizar la estigmatización hacia las personas con problemas de salud mental a través del conocimiento, las actitudes y la disposición a interactuar de los/as profesionales que trabajan en centros especializados y de la población general que reside próxima a estos centros. Los objetivos específicos se plantean de la siguiente manera: 1) Determinar si existen diferencias significativas entre quienes tienen contacto o no con personas que padecen problemas de salud mental. 2) Explorar las diferencias según variables sociodemográficas como el sexo, la edad y el nivel de estudios.

2. METODOLOGÍA

2.1. Participantes

La presente investigación se llevó a cabo con una muestra de 50 participantes en la provincia de Sevilla, compuesta por profesionales de centros especializados en atención directa a población con problemas de salud mental grave y población general residente en cercanías a dichos centros.

La selección de la muestra se realizó a partir de la identificación y contacto con ocho centros especializados en salud mental en la provincia de Sevilla entre enero y marzo de 2023. En total, se contactaron con cinco profesionales en cada centro, y se recibió un número considerable de declinaciones a participar debido a factores como la falta de tiempo, la carga de trabajo y el estigma asociado a la salud mental.

Los criterios de inclusión para la población objeto de estudio fueron los siguientes: ser mayores de edad y tener dominio del idioma castellano. En el caso de los y las profesionales, se requería contar con una experiencia mínima de cinco años en el ámbito de la SM. Para la población general, debían residir en un radio máximo de un kilómetro de la

ubicación del centro durante al menos cinco años. Estos criterios fueron establecidos para asegurar que tuvieran el conocimiento y la experiencia necesarios. El criterio de exclusión estableció descartar a quienes no completaran más del 70% de los cuestionarios.

En cuanto a las características de la muestra destaca que 20 son profesionales de centros de atención directa, incluyendo psicólogos/as, psiquiatras, abogados/as trabajadores/as sociales y terapeutas ocupacionales, y 30 pertenecen a la población en general. Existe una mayor prevalencia del género femenino, alcanzando el 62% (n=31), frente al masculino con un 38% (n=19). Referente a la edad, resalta la adultez en la estructura por edades ya que más de la mitad de los individuos (60%) tienen entre 31 y 64 años, seguido de los menores de 30 años (24%) y los mayores de 65 años. La media de edad es de 46.82 siendo la mínima de 18 años y la máxima de 86 años. Acentuar que el nivel de estudios es una variable muy representativa, ya que no existen apenas variaciones entre los niveles primarios, secundarios y terciarios.

2.2. Técnicas y variables

Ha sido diseñado a partir de la operacionalización del estigma en tres constructos, constituyendo las variables dependientes (VD) que corresponden a las escalas utilizadas: Actitudes (CAMI), conocimientos (MAKS) y conductas (RIBS). Se detallan a continuación:

1) Cuestionario sociodemográfico Ad hoc

Se ha utilizado un cuestionario sociodemográfico Ad hoc de elaboración propia constituido por un total de 9 variables: Sexo, edad, nivel de estudios, ocupación actual e información, frecuencia, ámbitos y tipo de contacto con personas que presentan problemas de salud mental. Presenta un Alfa de Cronbach de 0.913.

2) Community Attitudes Toward the Mentally Illness (CAMI)

Elaborada por Taylor y Dear en 1981. Es utilizada ampliamente y analiza las actitudes de las personas ante los trastornos mentales. En la adaptabilidad al español, este instrumento tiene una consistencia interna del 90%, siendo el coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.861, lo que indica una fiabilidad excelente (Román et al., 2022).

La escala tiene cuatro subescalas, cuyas variables son y evalúan lo siguiente: Autoritarismo (AU), visión de inferioridad de las personas con EM asociado a que ésta requiere supervisión y coerción; Benevolencia (BE), visión humanista y comprensiva de las personas con EM; Restricción social (SR), creencia de que las personas con EM son una amenaza para la sociedad; Ideología de la salud mental comunitaria (CMHI), aceptación e integración de las personas con EM en los servicios de salud mental y en la comunidad. El estigma general se calcula sumando las subescalas. Mayor puntuación indica menor actitud de estigma, denotando menor nivel de AU y SR y mayor de BE y CMHI (Abi Doumit, 2019).

3) Mental Health Knowledge Schedule (MAKS)

Elaborada por Evans-Lacko et al. (2010). Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.749, siendo pionero en su utilización en español (Abi Doumit et al., 2019). Evalúa y rastrea los conocimientos en salud mental relacionados con el estigma hacia los trastornos mentales.

les. Permite así una mejor comprensión de cómo se interrelacionan el conocimiento, las actitudes y el comportamiento (Cangas et al., 2014).

Se compone de doce ítems, la mitad son afirmaciones que exploran el nivel de conocimiento sobre SM relacionadas con el estigma, siendo las variables: búsqueda de ayuda, reconocimiento, apoyo, empleo, tratamiento y recuperación. Tres de los ítems se codifican en reversa para reflejar la dirección de la respuesta correcta. Y la otra mitad, exploran el grado en el que ubican determinadas condiciones como una enfermedad mental (depresión, estrés, esquizofrenia, trastorno bipolar, drogadicción, duelo). Están diseñados para establecer niveles de reconocimiento y familiaridad con diversas condiciones (Evans-Lacko et al., 2010).

4) Reported and Intended Behavior Scale (RIBS)

También elaborada por Evans-Lacko et al. (2019), con un alfa Cronbach de 0.766 (Abi Doumit et al, 2019). Evalúa el comportamiento informado y previsto, relacionado con el estigma en cuatro contextos diferentes: familiar, laboral, comunitario y social en relación con alguien con un problema de SM (Evans-Lacko et al., 2011).

Consta de ocho ítems. La mitad evalúan experiencias previas de convivencia con personas con alguna enfermedad mental y responden con las opciones “sí”, “no” y “no sé”, para estimar la prevalencia. La otra mitad evalúan la disposición a vivir, trabajar, estar cerca o tener amistad con alguna persona que padezca una EM. Se hace en una escala Likert que va del 5 (totalmente de acuerdo) a 1 (totalmente en desacuerdo), de forma que, a mayor puntuación, mayor disposición para interactuar con personas con problemas mentales (Evans-Lacko et al., 2011), esto es, una intención de comportamiento menos estigmatizante.

2.3. Procedimientos

Referente al protocolo seguido, se contactó por vía presencial y telefónica con la población y los centros seleccionados. La selección de los centros se realizó de acuerdo con criterios específicos: debían ofrecer una atención especializada e integral a las personas con problemas de salud mental y estar ubicados en áreas accesibles, asegurando la representatividad de distintos contextos urbanos y rurales. Asimismo, se priorizó que los centros fueran abiertos y accesibles a la comunidad, y que contaran con disponibilidad para colaborar en la investigación y compartir información relevante.

Tanto el cuestionario como las escalas se administraron en un único acto cara cara. Como paso previo, se les informó sobre la voluntariedad y finalidad de la investigación, garantizando la confidencialidad de los datos. Se ha realizado conforme al Código de Ética de Trabajo Social y de la Federación Internacional de Trabajadores/as Sociales (FITS), y a la Ley Orgánica 3/2008, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales.

Posteriormente, se llevó a cabo el procesamiento en Microsoft Excel y la codificación, análisis y gestión de los datos a través del software IBM SPSS Statistics 27.0. Se han efectuado análisis estadísticos de tipo descriptivo, de fiabilidad, de contingencia y de asociaciones bivariantes a través de tablas ANOVA y estadístico chi-cuadrado. También, se han aplicado análisis multivariantes, efectuando regresiones lineales múltiples por medio del coeficiente Beta, la significación del coeficiente y constante y tablas ANOVA.

3. RESULTADOS

En el análisis descriptivo, se presentan diferencias significativas en cuanto al contacto con personas con problemas de SM. El 68% de los sujetos informa haber tenido contacto con este colectivo, mientras que el 32% no lo ha tenido. Cabe destacar que, de los 34 participantes con contacto, 20 son profesionales de SM, cuyo contacto es de carácter diario y laboral. Asimismo, se observa una distribución equitativa entre quienes reportan recibir información sobre salud mental (52%, n=36) y aquellos que no la reciben (48%, n=24).

Posteriormente, en el análisis bivariante, cabe indicar que se calculan los p-valores utilizando un nivel de confianza del 95% y un nivel de significación del 5%.

Tabla 1: Análisis bivariante con tablas de contingencia de la VD (actitud) y cada VI, con sus respectivas pruebas de chi-cuadrado y estadísticos de asociación. % por filas (VI).

		Baja	Media	Alta
Tipo de perfil	Profesional	80,0%	20,0%	0,0%
	Población	36,7%	40,0%	23,3%
	Total	54,0%	32,0%	14,0%
	P-valor	0,006		
	V de Cramer	0,455		
Sexo	Hombre	52,6%	31,6%	15,8%
	Mujer	54,8%	32,3%	12,9%
	Total	54,0%	32,0%	14,0%
	P-valor	0,960		
	V de Cramer	0,041		
Edad	Menores de 30 años	83,3%	16,7%	0,0%
	De 31 a 64 años	53,3%	46,7%	0,0%
	Mayores de 65 años	12,5%	0,0%	87,5%
	Total	54,0%	32,0%	14,0%
	P-valor	0,000		
Nivel de estudios	Primarios	5,9%	52,9%	41,2%
	Secundarios	60,0%	40,0%	0,0%
	Terciarios	94,4%	5,6%	0,0%
	Total	54,0%	32,0%	14,0%
	P-valor	0,000		
	Gamma	-0,945		
Contacto	Sí	76,5%	20,6%	2,9%
	No	6,3%	56,3%	37,5%
	Total	54,0%	32,0%	14,0%
	P-valor	0,000		
	V de Cramer	0,563		
Información	Sí	80,8%	15,4%	3,8%
	No	25,0%	50,0%	25,0%
	Total	54,0%	32,0%	14,0%
	P-valor	0,000		
	V de Cramer	0,563		

Nota: p-valor corresponde a la prueba de chi-cuadrado.

Fuente: Elaboración propia.

El p-valor mayor que el nivel de significación solo recae en la variable sexo ($p = 0.960$), indicando que el contraste entre la actitud de estigma y el sexo no es estadísticamente significativo, lo que confirma la independencia entre las variables. No se observan diferencias en las actitudes de estigma entre hombres y mujeres.

El resto de las variables presentan un contraste con la VD estadísticamente significativo. Lo que significa que todas las variables exceptuando el sexo, presentan relación con la actitud hacia el estigma. La relación entre las variables es directa, excepto para el nivel de estudios, que muestra una relación inversa ($\text{Gamma} = -0.945$). Los valores del V de Cramer indican asociaciones moderadas, oscilando entre 0.455 y 0.563, excepto el nivel de estudios, que muestra una fuerte asociación

Respecto al total de la muestra, el 54% presenta un bajo nivel de estigma, mientras que solo el 14% muestra un nivel alto. En cuanto al tipo de perfil, la población general muestra un 23.3% de alto estigma y 36.7% de bajo estigma, mientras que los/as profesionales muestran 0% y 80% respectivamente. Referente a la edad, las personas menores de 30 años muestran un nivel de estigma bajo del 83.3%, las de 31 a 65 años del 53.3%, y las mayores de 65 años del 12.5%, que a su vez es el único grupo de edad que presenta alto estigma (87.5%). Relativo al nivel de estudios, el 94.4% con estudios terciarios presenta un bajo nivel de estigma, frente al 5.9% de quienes tienen estudios primarios. Solo las personas con estudios primarios presentan un alto estigma (41.2%). Finalmente, las personas que tienen contacto con este colectivo muestran un 76.6% de bajo estigma frente a un 6.3% de bajo estigma, mientras que quienes no tienen contacto reportan un 37.5% de alto estigma.

Tabla 2: Análisis bivariante con tablas de contingencia de la VD (conocimiento) y cada VI, con sus respectivas pruebas de chi-cuadrado y estadísticos de asociación. % por filas.

		Alto	Medio	Bajo
Perfil de población	Profesional	80,0%	20,0%	0,0%
	Población	53,3%	20,0%	26,7%
	Total	64,0%	20,0%	16,0%
	P-valor	0,036		
	V de Cramer	0,365		
Sexo	Hombre	52,6%	26,3%	21,1%
	Mujer	71,0%	16,1%	12,9%
	Total	64,0%	20,0%	16,0%
	P-valor	0,423		
	V de Cramer	0,185		
Edad	Menores de 30 años	91,7%	0,0%	8,3%
	De 31 a 64 años	66,7%	33,3%	0,0%
	Mayores de 65 años	12,5%	0,0%	87,5%
	Total	64,0%	20,0%	16,0%
	P-valor	0,000		
V de Cramer	0,919			

Nivel de estudios	Primarios	17,6%	35,3%	47,1%
	Secundarios	86,7%	13,3%	0,0%
	Terciarios	88,9%	11,1%	0,0%
	Total	64,0%	20,0%	16,0%
	P-valor	0,000		
	Gamma	-0,850		
Contacto	Sí	79,4%	14,7%	5,9%
	No	31,3%	31,3%	37,5%
	Total	64,0%	20,0%	16,0%
	P-valor	0,002		
	V de Cramer	0,495		
Información	Sí	88,5%	7,7%	3,8%
	No	37,5%	33,3%	29,2%
	Total	64,0%	20,0%	16,0%
	P-valor	0,001		
	V de Cramer	0,532		

Nota: p-valor corresponde a la prueba de chi-cuadrado.

Fuente: Elaboración propia.

Al igual que sucedía con la VD anterior, la variable independiente del conocimiento es el sexo. El resto de las variables tienen relación y son directas exceptuando el nivel de estudios que es inversa. En cuanto al grado de asociación entre las variables, es fuerte para la edad y el nivel de estudios, 0.919 y 0.850 respectivamente. En cambio, para el contacto (0.495) e información (0.532) es moderada, y en el caso del perfil es débil ya que el V de Cramer es de 0.365.

Respecto al total de la muestra, el 64% presenta un alto conocimiento en SM y un 16% bajo. En cuanto al tipo de perfil, la población general muestra un 53.3% de alto conocimiento y 26.7% de bajo, mientras que los/as profesionales muestran 80% y 0% respectivamente. Referente a la edad, las personas menores de 30 años muestran un alto conocimiento del 91.7%, las de 31 a 65 años del 66.7%, y las mayores de 65 años del 12.5%, que a su vez presenta una elevada cifra de bajo conocimiento (87.5%). Relativo al nivel de estudios, las personas que cuentan con estudios terciarios presentan un 87.9% de alto conocimiento, mientras que los estudios secundarios y primarios un 86.7% y 17.6% respectivamente. No obstante, son las personas con estudios primarios el único grupo que presenta bajo conocimiento (47.1%). En relación con las personas que tienen contacto con este colectivo, un 79.4% presenta alto conocimiento frente a un 31.3% de alto conocimiento y 37.5% de bajo conocimiento en quienes no tienen contacto. De forma similar sucede con la información en SM, quienes dicen recibir presentan un 88.5% de alto conocimiento frente a quienes no reciben con un 37.5% de alto conocimiento y un 29.2% de bajo conocimiento.

Tabla 3: Análisis bivalente con tablas de contingencia de la VD (conducta) y cada VI, con sus respectivas pruebas de chi-cuadrado y estadísticos de asociación. % por filas (VI).

		<i>Alta</i>	<i>Media</i>	<i>Baja</i>	
Perfil de población	Profesional	75,0%	25,0%	0,0%	
	Población	56,7%	40,0%	3,3%	
	Total	75,0%	25,0%	2,0%	
	P-valor	0,352			
	V de Cramer	0,204			
Sexo	Hombre	52,6%	42,1%	5,3%	
	Mujer	71,0%	29,0%	0,0%	
	Total	75,0%	25,0%	2,0%	
	P-valor	0,241			
	V de Cramer	0,238			
Edad	Menores de 30 años	83,3%	16,7%	0,0%	
	De 31 a 64 años	70,0%	30,0%	0,0%	
	Mayores de 65 años	12,5%	74,0%	12,5%	
	Total	75,0%	25,0%	2,0%	
	P-valor	0,006			
Nivel de estudios	Primarios	23,5%	70,6%	5,9%	
	Secundarios	73,3%	26,7%	0,0%	
	Terciarios	94,4%	5,6%	0,0%	
	Total	75,0%	25,0%	2,0%	
	P-valor	0,000			
Gamma		-0,868			
	Contacto	Sí	79,4%	20,6%	0,0%
		No	31,3%	62,5%	6,3%
		Total	75,0%	25,0%	2,0%
		P-valor	0,003		
V de Cramer		0,484			
Información	Sí	84,6%	15,4%	0,0%	
	No	41,7%	54,2%	4,2%	
	Total	75,0%	25,0%	2,0%	
	P-valor	0,006			
	V de Cramer	0,452			

Nota: p-valor corresponde a la prueba de chi-cuadrado.

Fuente: Elaboración propia.

Existen dos variables, perfil y sexo que no tienen relación. De esta forma, no existen diferencias entre población general y profesionales y entre hombres y mujeres respecto a la disposición para interactuar con personas que presentan problemas de SM. Al igual que sucede en los dos casos anteriores, la variable nivel de estudios presenta una relación inversa y un grado de asociación fuerte (0.868). En cambio, la relación de las variables de contacto, formación y edad es directa, siendo moderada en las dos primeras y débil en la última, con un V de Cramer de 0.382.

Respecto al total de la muestra, el 75% presenta una disposición alta para interactuar con personas que presentan problemas de SM y solo un 2% bajo. En cuanto al tipo de perfil, la población general muestra un 56.7% de alta disposición y 3.3% baja, mientras que los/as profesionales muestran 75% y 0% respectivamente. Referente a la edad, las personas menores de 30 años muestran una alta disposición del 83.3%, las de 31 a 65 años del 70%, y las mayores de 65 años del 12.5%, que a su vez es el único grupo que presenta una baja disposición (12.5%). Relativo al nivel de estudios, las personas que cuentan con estudios terciarios presentan un 94.4% de alta disposición, mientras que los estudios secundarios y primarios un 73.3% y 23.5% respectivamente. No obstante, son las personas con estudios primarios el único grupo que presenta bajo conocimiento (47.1%). En relación con las personas que tienen contacto con este colectivo, un 79.4% presenta alta disposición frente a un 31.3% de alta disposición y 62.5% de baja disposición en quienes no tienen contacto. De forma similar sucede con la información en SM, quienes dicen recibir presentan un 84.6% de alta disposición frente a quienes no reciben con un 41.7% de alta disposición y un 4.2% de baja disposición.

Se han calculado las medias y desviaciones estándar (DT) de los principales instrumentos, con el fin de proporcionar una visión más clara de la distribución de las puntuaciones y facilitar la comparación con otros estudios. En la escala CAMI, la media para la subescala de Autoritarismo fue de 2.75 (DT = 0.65), mientras que en Benevolencia se obtuvo una media de 4.20 (DT = 0.58). En la escala MAKES, la media general fue de 6.80 (DT = 1.10), reflejando un nivel moderado de conocimiento sobre la salud mental en la muestra. En la escala RIBS, la media fue de 3.90 (DT = 0.85), lo que sugiere una disposición favorable hacia la interacción con personas con problemas de salud mental. Estos resultados descriptivos ofrecen una primera aproximación a las actitudes, conocimientos y comportamientos de los participantes, proporcionando un punto de partida para los análisis comparativos y multivariantes realizados posteriormente.

Previamente al análisis multivariante, se ha realizado la prueba Kolmogorov-Smirnov para una muestra para comprobar que siguen una distribución de frecuencias normal y la de homocedasticidad, con el fin de prevenir las correlaciones espurias, se han utilizado regresiones lineales múltiples. Señalar que el nivel de significación de ANOVA de los tres modelos de regresión es de $p=0.000$. Por lo que, se puede concluir que existe relación significativa entre las variables y que están linealmente relacionadas.

Tabla 4: Regresiones lineales múltiple de las VD (actitud, conocimiento y conducta) y cada VI, con sus respectivos coeficiente Beta, significación y pruebas ANOVA.

	Actitud			Conocimiento			Conducta		
	Coeficiente	Beta	Sig.	Coeficiente	Beta	Sig.	Coeficiente	Beta	Sig.
(Constante)	177,971		0,000	58,279		0,000	20,104		0,000
Perfil	5,337	0,080	0,387	-2,918	-0,119	0,034	-0,651	-0,120	0,231
Edad	-0,903	-0,487	0,000	-0,177	-0,478	0,000	-0,080	-0,529	0,000
Sexo	-7,669	-0,112	0,042	-2,990	-0,219	0,004	-1,666	-0,298	0,000
Estudios	8,089	0,201	0,049	1,073	0,134	0,024	0,616	0,188	0,040
Información	-4,167	-0,063	0,494	-2,570	-0,195	0,158	-0,501	-0,093	0,350
Contacto	8,144	0,296	0,002	1,782	0,325	0,002	0,562	0,251	0,011
		R2	0,822		R2	0,787		R2	0,792
		ANOVA	0,000		ANOVA	0,000		ANOVA	0,000

Modelo de regresión: $y = 5,337x_1 - 0,903x_2 - 7,669x_3 - 8,089x_4 - 4,167x_5 - 8,144x_6 + 177,971$

Modelo de regresión: $y = 2,918x_1 - 0,177x_2 - 2,990x_3 - 1,073x_4 - 2,570x_5 - 1,782x_6 + 58,279$

Modelo de regresión: $y = 0,651x_1 - 0,080x_2 - 1,666x_3 - 0,616x_4 - 0,501x_5 - 0,562x_6 + 0,562$

Fuente: Elaboración propia.

El que el R^2 de los tres modelos sea alto, quiere expresar que un gran porcentaje de la varianza de la VD es explicada por las VI incluidas en el modelo. Indica alto ajuste y capacidad predictiva.

Tras controlar el resto de los determinantes, en la actitud, las variables que presentan una asociación estadísticamente significativa son cuatro: Edad, sexo, nivel de estudios e intensidad del contacto. La variable más significativa es la edad con un valor Exp (B) de 0.487. Las siguientes que más influyen son: Intensidad del contacto (0.296) y nivel de estudios (0.201), siendo la que menos el sexo con un valor de 0.112. El coeficiente Beta de la variable edad es negativo, esto quiere decir que la relación con la VD es inversa. De esta forma a menor edad, mayor puntuación es la escala CAMI que significa una actitud más positiva hacia el estigma. En términos prácticos significa que es más probable presentar una actitud positiva hacia el estigma si se tiene menor edad. Igualmente, referente a los estudios, a mayor nivel, una actitud más positiva. Y son las mujeres y los sujetos que tienen mayor frecuencia de contacto quienes también presentan una actitud más positiva.

Para el conocimiento, las variables que presentan una asociación estadísticamente significativa son cinco: Tipo de perfil, edad, sexo, nivel de estudios e intensidad del contacto. La más significativa vuelve a ser la edad con un valor Exp (B) de 0.478. Seguida de intensidad de contacto (0.325) y sexo (0.219). Luego, las que menos influyen son nivel de estudios (0.134) y tipo de perfil (0.119). En este caso sí existe una diferencia significativa entre la población general y los/as profesionales, presentando estos últimos un mayor conocimiento. Al igual que sucedía con las actitudes hacia el estigma, a menor edad, nivel académico e intensidad de contacto con personas que presentan problemas de SM, muestran un mayor conocimiento. Así como existe una mayor prevalencia de conocimiento en las mujeres.

Para la disposición a interactuar, las variables que presentan una asociación estadísticamente significativa son cuatro: Edad, sexo, nivel de estudios e intensidad del contacto. La variable edad vuelve a ser la más significativa con un valor Exp (B) de 0.529. Le proceden el sexo (0.298), intensidad del contacto (0.251) y el nivel de estudios (0.188). Tanto la relación como el sentido de las variables son idénticas a la variable dependiente CAMI. De esta forma, quienes tienen una mayor edad y nivel de estudios, y presentan un contacto más intenso, exponen una mayor disposición a interactuar. Por igual, las mujeres, presentan unas conductas más positivas.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio permiten confirmar que se han cumplido los objetivos propuestos, destacando que las actitudes, conductas y conocimientos sobre el estigma hacia la salud mental son fenómenos multifactoriales influenciados por diversos factores sociodemográficos. Las variables predictoras del estigma identificadas son cuatro: el sexo, la edad, el nivel de estudios y la frecuencia de contacto. Sin embargo, se observó que el tipo de perfil (población general en contraste con profesionales) y la exposición a información actuarían como variables confundentes, lo que lleva a refutar la hipótesis inicial de que el tipo de perfil profesional influiría directamente en el nivel de estigmatización.

En cuanto a la distribución del estigma en la muestra, se observó que aproximadamente la mitad presentó un bajo nivel de estigmatización, acompañado de un mayor conocimiento y disposición para interactuar con personas con problemas de salud mental. Sin embargo, una cuarta parte mostró actitudes y conductas de alta estigmatización, asociadas a bajo conocimiento y menor disposición a interactuar. Aunque no se halló una diferencia estadísticamente significativa entre la población general y los profesionales en términos de actitudes y conductas, los profesionales sí presentaron un nivel de conocimiento superior. Esto sugiere que el estigma no depende únicamente del perfil profesional, sino que está modulado por otros factores contextuales y personales. Este hallazgo coincide con estudios previos como el de Reavley et al. (2014), quienes encontraron que las actitudes de la población general y de los profesionales eran similares en términos de distancia social y actitudes hacia la salud mental.

El contacto previo con personas que presentan problemas de salud mental mostró una relación positiva con mayores conocimientos y actitudes más favorables. A pesar de que los profesionales interactúan diariamente con este colectivo, la calidad y la profundidad de este contacto parecen no ser suficientes para generar diferencias significativas con la población general. Esto podría explicarse porque el contacto cercano y profundo, como el de familiares o amigos cercanos, es el que verdaderamente fomenta actitudes más inclusivas, como se describe en investigaciones como las de Medina et al. (2018) y Martínez et al. (2021).

Respecto a las diferencias de género, se encontró que las mujeres tienden a mostrar actitudes más favorables hacia la salud mental, mientras que los hombres exhiben actitudes más autoritarias y estigmatizantes. Estos resultados coinciden con lo planteado por Moreno et al. (2014) y Rohlsfs (2017), quienes atribuyen estas diferencias a factores de socialización y a la persistencia de roles de género derivados de una estructura patriarcal. Esto

sugiere que, a pesar de los avances hacia la igualdad de género, aún persisten normativas y expectativas que modulan las actitudes hacia el estigma

La edad también demostró ser un predictor importante, con los participantes más jóvenes mostrando actitudes más positivas y tolerantes hacia la salud mental. Estos resultados son consistentes con estudios como el de Abi Doumit et al. (2019), quienes argumentan que las personas mayores tienden a tener creencias más arraigadas y estereotipadas debido a una mayor influencia de factores culturales y tradicionales. Por otro lado, el nivel educativo se asoció a un mayor conocimiento y, consecuentemente, a actitudes y conductas menos estigmatizantes, apoyando los hallazgos de Pinto (2020) y de Link y Phelan (2001).

Un hallazgo inesperado fue la falta de relación entre el recibir información sobre salud mental y el nivel de conocimiento, actitudes y conductas hacia el estigma. Este resultado sugiere que la calidad de la información recibida, o la forma en la que se transmite, podría no ser suficiente para modificar el estigma. Además, es preocupante que solo la mitad de la muestra reconociera recibir información, con una marcada diferencia entre profesionales (80%) y población general (33%). Investigaciones como las de Pande et al. (2001) y López et al. (2008) sugieren que la mera transmisión de información tiene un impacto limitado en la modificación de actitudes, ya que el componente emocional y conductual tiene un peso considerable en el mantenimiento de las mismas. Las actitudes no se sustentan únicamente en la información cognitiva, sino que están profundamente influenciadas por experiencias personales y reacciones afectivas. Emociones como el miedo, la desconfianza o la empatía pueden actuar como mecanismos que refuerzan o debilitan las actitudes, mientras que las conductas derivadas de estas emociones (como la evitación o el acercamiento) contribuyen a consolidarlas a lo largo del tiempo. Se concluye, por tanto, que la educación y el contacto social son las estrategias más efectivas para el cambio de actitudes, siendo la información un primer paso necesario, pero insuficiente si no se complementa con experiencias directas y significativas (Ruiz, 2015).

Entre las principales limitaciones del estudio se encuentran el tamaño reducido de la muestra y la falta de categorización más específica de los profesionales en términos de su rol y nivel de contacto con personas con problemas de salud mental. Además, aunque se tomó en cuenta el sesgo de deseabilidad social, no se puede descartar su influencia en las respuestas obtenidas. Futuros estudios deberían considerar un diseño longitudinal y metodologías cualitativas para profundizar en las experiencias subjetivas y proporcionar un contexto más amplio a los hallazgos cuantitativos.

En conclusión, los hallazgos proporcionan una visión global sobre los factores que influyen en el estigma hacia la salud mental, resaltando la importancia del sexo, la edad, el nivel educativo y la frecuencia de contacto como predictores claves. Se sugiere el desarrollo de programas de intervención basados en la Investigación Acción, los cuales combinen la educación con el contacto significativo y se enfoquen en la modificación de los tres componentes del estigma: cognitivo, emocional y conductual.

Desde el ámbito del Trabajo Social, los resultados de este estudio destacan la necesidad de ir más allá de las intervenciones centradas únicamente en la transmisión de información y dirigirse a estrategias que aborden el componente emocional y conductual de manera integrada. La educación por sí sola no es suficiente para reducir el estigma, pues este se sostiene en gran medida por experiencias emocionales previas y respuestas conductuales que

perpetúan las actitudes negativas. Así, esta disciplina tiene el potencial de implementar intervenciones basadas en el contacto estructurado y en el fomento de experiencias interpersonales positivas, que no solo incrementen el conocimiento, sino que también desafíen las reacciones emocionales negativas y promuevan una mayor empatía hacia las personas con problemas de SM. Por ello, es fundamental el desarrollo de programas comunitarios que incluyan talleres participativos, encuentros con personas que han experimentado situaciones de estigmatización y actividades de sensibilización que faciliten la transformación de actitudes desde un enfoque holístico e inclusivo.

Asimismo, es crucial fomentar una reflexión crítica sobre cómo las estructuras sociales y culturales contribuyen a la reproducción del estigma, enfatizando la responsabilidad del Trabajo Social en la promoción de cambios significativos a nivel grupal y comunitaria. Debe posicionarse como agente de cambio, identificando y desmantelando los sistemas que perpetúan la discriminación y promoviendo un entorno de inclusión y respeto. Los y las profesionales del Trabajo Social, en su rol de mediación y defensa de los derechos humanos, pueden desempeñar un papel crucial al sensibilizar a las comunidades, capacitar a otros/as profesionales y abogar por políticas públicas que reduzcan la exclusión social y fomenten la igualdad. Al combinar intervenciones basadas en la educación, el contacto y la movilización comunitaria, el Trabajo Social se convierte en un vehículo esencial para la transformación social y la reducción del estigma, contribuyendo a la creación de contextos que promuevan el bienestar y la dignidad de todas las personas, independientemente de su condición de salud mental.

Sin embargo, para maximizar su impacto, es fundamental que las intervenciones en Trabajo Social no solo se limiten a la práctica, sino que también se apoyen y retroalimenten a partir de una base sólida de investigación continua. Es necesario seguir desarrollando estudios que identifiquen las mejores prácticas y evalúen la efectividad de las intervenciones implementadas, con el fin de generar conocimiento empírico que contribuya a una intervención más informada y eficaz. Esto implica la necesidad de fortalecer la investigación en Trabajo Social en áreas como la reducción del estigma, la integración de personas con problemas de SM y la promoción de la resiliencia comunitaria. La investigación no debe verse como un complemento, sino como un eje fundamental que guíe y enriquezca la práctica, asegurando que las acciones se basen en evidencia y que los programas se adapten a las realidades y necesidades cambiantes de la población.

De este modo, el Trabajo Social no solo se posiciona como un actor transformador en el ámbito de la salud mental, sino también como una disciplina que genera conocimiento relevante y propone respuestas innovadoras. Al combinar la investigación con la práctica, se consigue un enfoque integral que no solo aboga por la justicia social, sino que también contribuye al avance del conocimiento científico y a la mejora de las políticas públicas en beneficio de los colectivos más vulnerables.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abi Doumit, C., Haddad, C., Sacre, H., Salameh, P., Akel, M., Obeid, S., AKiki, M., Mattar, E., Hilal, N., Hallit, S. y Soufia, M. (2019). Knowledge, attitude and behaviors towards patients with mental illness: Results from a national Lebanese study. *PloS one*, 14 (9).
- Aguilar, J.M., López, R., Fernández, J.M, Padilla, D. y Álvarez, J. (2016). “Influencia de la ocupación en actividades de la vida diaria y de ocio sobre la salud real de la persona mayor”. *Psychology, Society and Education*, 8, 35-147.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC.
- Babic, D. (2010). “Stigma and mental illness”. *Materia Socio Médica*, 22, 23-46.
- Badallo, A., García, S. y Yélamos, L. (2013). “La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial”. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*.
- Balash, M., Causa, A., Faucha, M. y Casado, J. (2016). *La percepción de la Salud Mental en Cataluña*. Apunts.
- Cangas, A. y Navarro, N. (2014). *I Congreso nacional de sensibilización al estigma social en salud mental*. Alborán Editores: Granada.
- Cazzaniga, J. y Suso, A. (2015). Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma. Confederación Salud Mental España.
- Chavez, K.Y. y Rodríguez, C.A. (2020). “Estigma hacia personas con problemas mentales en profesionales de salud en hospitales minsa de la provincia del Santa, 2020”. [Tesis para obtener el título de Médico Cirujano, Universidad Nacional del Santa, Chimbote-Perú].
- Chin, S.H. y Balon, R. (2006). Attitudes and perceptions toward depression and schizophrenia among residents in different medical specialties. *Academic Psychiatry*, 30 (3), 262-263.
- Couture, S. y Penn, D. (2003). “Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literatura”. *Journal of Mental Health*, 12(3), 291-305.
- Cremonini, V., Pagnucci, N., Giacometti, F. y Rubbi, I. (2017). “Health Care Professionals Attitudes Towards Mental Illness: Observational Study Performed at a Public Health Facility in Northern Italy”. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*.
- Del Olmo, F., González, M., Sarró, S., Grácio, J., Martín, M., Martínez, A.C., Perna, G, Pomarol, E., Varandas, P., Ballesteros, J., Rebolleda, C., Vanni, G., González, E. (2019). “Mental health professionals’ attitudes towards mental illness: professional and cultural factors in the INTER NOS study”. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*.
- Douglas, M. (1996). *Cómo piensan las instituciones*. Madrid: Alianza Universidad.
- INE (2020). Encuesta europea de salud en España. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
- Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Rhydderch, D., Henderson, C. y Thornicroft, G. (2011). “Development and Psychometric Properties of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS)”. *Epidemiol Psychiatr Sci. Epidemiology and Psychiatric Sciences*.

- Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C. y Thornicroft, G. (2010). "Development and Psychometric Properties of the Mental Health Knowledge Schedule (MAKS)". *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 440-448.
- Evans-Lacko S, London J., Little K, Henderson C y Thornicroft G (2010). "Evaluation of a brief anti-stigma campaign in Cambridge: do short-term campaigns work?" *BMC Public Health*, 10 (339).
- Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Rhydderch, D., Henderson, C. y Thornicroft, G. (2011). "Development and Psychometric Properties of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure". *Epidemiol Psychiatr Sci. Epidemiology and Psychiatric Sciences*.
- Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Harrison, J. y Gill, A. (2010). "The experience and consequences of people with mental health problems, the impact of stigma upon people with schizophrenia: a way forward". *Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 242-250.
- Hawke, L.D., Parikh, S.V., Michalak, E.E. (2013). "Stigma and bipolar disorder: A review of the literatura". *Affect Disord*, 150 (2), 181-191.
- Laurel, A. y Bruce, G. (2003). "The impact of contact of stigmatizing attitudes toward people with mental illness". *Journal of Mental Health*, 12(3), 271-289.
- Link, B.G. y Phelan, J.C. (2001). "Conceptualizing stigma". *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- López, M. (2007), "Medios de comunicación, estigma y discriminación en salud mental. Elementos para una estrategia razonable". *L'Information Psychiatrique*: 10, 83.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, M. y Aparicio, A. (2008). "La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basad en Estudio". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28 (101).
- López, M., Laviana, M. y López, A. (2009). "Estigma social, violencia y personas con trastornos mentales graves". *Revista Española de Neuropsiquiatría*.
- Martensson, G., Jacobsson, J.W. (2014). "Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: an analysis of related factors". *Psychiatr Ment Health Nurs*, 21(9):782-823.
- Martínez, A.A., Lagunes, R. y Rosas, F.J. (2021). "Estigma hacia pacientes psiquiátricos en estudiantes mexicanos de psicología". *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 10 (20).
- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C. y Manchego, C. (2015). "Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones". *Salud mental*, 38 (1), 53-58.
- Medina, Y., Martínez, C., Morales, L. y Gil, P. (2018). "Las actitudes del alumnado universitario frente a las personas con trastorno mental". *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3 (1), 209-218.
- Mena, AL., Bono, A., López, A., Díaz, D. (2014). "Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental": 30 (108), 597-611. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*.

- Molina, V. (2021). “El tabú y el estigma de las enfermedades mentales”. *The Conversation*.
- Morales, J.F., Huici, C., Gómez, A. y Gaviria, E. (2008). *Método, teoría e investigación en Psicología Social*. Madrid: Pearson.
- Moreno, J.F., Rodríguez, I.R., Saldaña, D., y Aguilera A. (2006). “Actitudes hacia la discapacidad en el alumnado universitario matriculado en materias afines”. *Revista Iberoamericana de Educación*, 40 (5), 1-12.
- Moreno, A.M., Sánchez, F. y López, M. (2014). “Diferencias de la población general en relación a los conocimientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental”. *Psychology, Society & Education*, 6 (1), 17-26.
- Munsuri, J. y Pinazo, S. (2016). “Actitudes de los estudiantes de enfermería hacia las personas con discapacidad. Análisis y propuestas”. *Index de Enfermería*, 25(1-2), 114-118.
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M., Guillén, A.I. e Izquierdo, S. (2011). “La Enfermedad Mental en los Medios de Comunicación: Un estudio Empírico en Prensa, Escrita, Radio y Televisión”. *Clínica y Salud*.
- Navarro, N. y Trigueros, R. (2019). “Estigma en los/as profesionales de la Salud Mental: una revisión sistemática”. *Psychology, Society y Education*, 11 (2), 253-266.
- Nordt, C., Rossler, W. y Lauber, C. (2006). “Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression”. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 709-714.
- Organización Mundial MS (2001). Documentos básicos, 43ª Edición. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud [Consultado 25 de febrero 2022].
- Overton, S. y Medina, S. (2011). “The Stigma of Mental Illness”. *Counseling y Development*, 86 (2), 143-151.
- Pande, V., Saini, R. y Chaudhury, S. (2011). “Attitude toward mental illness amongst urban nonpsychiatric health professionals”. *Indian Journal of Psychiatry*, 20(1), 17-20.
- Pinto, M. (2020). “Caracterización de la estigmatización a la enfermedad mental en unas áreas de Bogotá, Colombia”. [Maestría en Salud Pública, Pontificia Universidad Javeriana].
- Reavley, N. J., Mackinnon, A. J., Morgan, A. J. y Jorm, A. F. (2014). “Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: a comparison of Australian health professionals with the general community”. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5),433-441.
- Rigol A. (2006). “¿Qué hacer contra el estigma asociado al trastorno mental?” *Revista Presencia*.
- Rivera, M. (2015). *Ciudadanos invisibles. Niñez, política y salud mental en Puerto Rico*. Universidad de Puerto Rico.
- Rohlf I, Pérez G, Valls-Llobet C. (2007). Desigualtats de gènere en la salut. En: Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Eds. Borrell C y Benach J. Mediterrània: Barcelona.

- Román, D., J.C. Paramio, O. Paloma, J.L. Palazón, I. Lepiani, J.M. De la Fuente, M.R. López (2022). "Empathy, Bournout, and Attitutes towards Mental Illness among Spanish Mental Health Nurses". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (2), 692.
- Ruiz, E. (2015). "Evaluación de los conocimientos, actitudes, opiniones y creencias que tienen los adolescentes sobre la salud mental". *Salud Madrid*.
- Ruiz M.A, Montes JM, Correas Lauffer J, Álvarez C, Mauriño J, de Dios Perrino C. (2012). "Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española". *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5 (2), 98-106.
- Taylor, S.M, y M.J. (1981). Dear. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophr Bull*, 7 (2), 225-240.
- Verhaeghe. M. y Bracke, P. (2012). "Associative Stigma among mental health professionals: implications for professional and service user well-being". *Journal of Health and Social Behavior*, 53, 17-32.
- Urbiola, A., Willis, G. B., Ruiz-Romero, J., y Moya, M. (2014). "La reducción del prejuicio hacia la población gitana en la vida real: Efectos de la visita a la exposición". *Psychosocial Intervention*, 23(1), 11-16.
- Vidal, J. (2020). "Reflexiones sobre Salud Mental. Un largo camino, aún por recorrer". *Área humana. Investigación, Innovación y Experiencia en Psicología*.
- Wagner, L.C, Torres, F., Geidel, A.R. y King, M.B. (2011). "Cuestiones existenciales en la esquizofrenia: percepción de portadores y cuidadores". *Saúde Pública*, 45 (2), 401-408.
- Winkler, P., Mladá, K., Janoušková, M., Weissová, A., Tušková, E., Csémy, L. y Evans-Lacko, S. (2016). "Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(9), 1265-1273.

Teoría del infinito social. Una construcción para el análisis de la realidad social desde el Trabajo Social

Modalidad: Teoría y práctica del Trabajo Social

Rubén Yusta Tirado

Doctor en Trabajo Social. Profesor Ayudante Doctor en la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad Pontificia Comillas. Tesorero de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid y director de la revista Trabajo Social Hoy

Resumen

El concepto de infinito en el contexto del Trabajo Social permite reflexionar sobre la naturaleza compleja y cambiante de la realidad social. El infinito, entendido como algo indefinido y, en ocasiones inabarcable, se traduce en la intervención social como una práctica que no tiene límites predeterminados, pues las dinámicas sociales se encuentran en constante transformación. Este enfoque resalta la importancia de entender la intervención no como un proceso cerrado, sino como un ciclo abierto, donde las necesidades y problemáticas de las personas evolucionan de manera continua. Desde esta perspectiva, la práctica del Trabajo Social debe adoptar una visión holística e integradora, donde los procesos de mejora y cambio social no se entienden como metas finales, sino como esfuerzos continuados. Esto permite al profesional de Trabajo Social abordar de manera más flexible y adaptable las múltiples dimensiones de la vida social, promoviendo intervenciones más efectivas, inclusivas y duraderas, que respondan a la complejidad inherente a los contextos sociales actuales. Por tanto, la teoría del infinito social brinda un marco conceptual que potencia la reflexión crítica y la innovación en la práctica profesional, al integrar la idea de un cambio constante y sin fin.

Palabras clave

Trabajo Social, Teoría social, Infinito, Marco teórico, Metodología.

**Theory of social infinity.
A construction for the analysis of social reality from Social Work**

Abstract

The concept of infinity in the context of Social Work allows for reflection on the complex and ever-changing nature of social reality. Infinity, understood as something indefinite and, at times, incomprehensible, translates into social intervention as a

practice without predetermined boundaries, since social dynamics are in constant transformation. This approach emphasizes the importance of understanding intervention not as a closed process, but as an open cycle, where people's needs and challenges evolve continuously. From this perspective, Social Work practice must adopt a holistic and integrative vision, where processes of social improvement and change are not seen as final goals, but as ongoing efforts. This enables the Social Work professional to address the multiple dimensions of social life in a more flexible and adaptable manner, promoting more effective, inclusive, and sustainable interventions that respond to the inherent complexity of current social contexts. Therefore, the theory of social infinity provides a conceptual framework that enhances critical reflection and innovation in professional practice, by integrating the idea of constant and never-ending change.

Key words

Social Work, Social Theory, Infinity, Theoretical Framework, Methodology.

INTRODUCCIÓN

El ser humano ha pasado la vida buscando dar respuesta a infinitos que, mediante la evolución natural y el avance de la tecnología y la ciencia, se han ido planteando de forma simultánea, como un proceso a resolver o a alcanzar. El infinito ha sido un tema recurrente desde la Grecia antigua (Prado-Basas, 2023), cuyo característico símbolo se asocia a Wallis en pleno siglo XVII (Romero, 2023) y que empezó a tener cierta lógica o, por lo menos permitió cierta operatividad, a mediados del siglo XIX de la mano de Cantor (Arguedas, 2014). Este concepto, este dilema epistemológico, ha generado un profundo estudio en el campo de las matemáticas, donde actualmente se establecen dos tipos de infinitos; el infinito potencial, considerado como todo aquello que puede continuar independientemente de su tamaño; y el infinito actual, el cual considera al infinito como una totalidad, como algo acabado y con sus límites alcanzados (Arnal, 2023). En el campo de la astrofísica, donde recientemente y de la mano de uno de los principales físicos teóricos y astrofísicos de nuestra era, se nos ha planteado un universo más pequeño, más simple y, sobre todo, finito (Hawking y Hertog, 2018). O mediante la física cuántica, donde el estudio del infinito se aplicó a dimensiones microscópicas a principios del siglo XX de la mano de Planck (Ortiz, 2010) y cuya aplicación práctica generó los conocidos efectos en el segundo conflicto bélico mundial, cuyos dilemas éticos aún resuenan en nuestros días a través de las figuras de Einstein y Oppenheimer (Arias, 2019; Bird y Sherwin, 2005).

Pero el infinito no es únicamente un concepto que pertenezca al *campo de las ciencias puras*. La filosofía es otra de las disciplinas desde donde se aborda esta complejidad, siendo en ocasiones relacionada con el conocimiento absoluto, con lo indefinido o incluso con el concepto divino de Dios o cualquier existencia que se escape del lógico procesamiento humano (Morales, 2016; Sanhueza, 2015). Este enfoque, en ocasiones, ha llevado a plantear la paradoja existente entre la naturaleza finita del ser humano y el anhelo que este desarrolla

frente a conceptos y fenómenos infinitos, que en muchas ocasiones escapan de su estudio o control (Matás, 2022). En una concepción más próxima a las ciencias sociales, más relacionada con los aspectos que afectan de forma directa a la persona y cuya intervención corresponde a las disciplinas que conforman la ciencia social, contamos con un ejemplo de infinito definido por Viktor Frankl. Este neurólogo y psiquiatra, mundialmente conocido por su reclusión durante la II Guerra Mundial en hasta cuatro campos de concentración, afirmó que la vida tenía un sentido infinito, donde el sufrimiento e incluso el fracaso cobraban sentido, en un proceso en el que el aprovechamiento de las oportunidades condiciona el desarrollo vital de la persona (Gómez, 2021), lo cual define a la perfección el sentido de la vida que incluso en los momentos más complejos el ser humano es capaz de encontrar. Por último, en un plano sociológico, Tarde también exploró la creación de una ciencia social infinitista, en la que la comprensión de la vida social, sus características y sus configuraciones, quedaba relegada a la comprensión de los elementos más ínfimos que la conforman y que, por consiguiente, suponen un escenario infinito de múltiples posibilidades que debido a la necesidad del ser humano de comprender todo lo que pasa ante sí, ha quedado en el olvido (Tonkonoff, 2023).

Ante tal complejidad de enfoques y de concepciones que a día de hoy tiene el concepto del infinito y que, a su vez, tienen tanta relevancia en el estudio de la realidad desde todas las disciplinas, se plantea el papel de este controvertido concepto dentro de la ciencia social y, más concretamente, en la disciplina del Trabajo Social y en cómo su concepción puede ayudar a valorar el papel de la intervención social. Para ello, en primer lugar, se plantea una definición inicial del concepto de infinito, destacando sus principales características y complejidades, con especial atención a su relevancia y posible aplicación dentro de las ciencias sociales. A continuación, se desarrollan los principios teóricos claves de la teoría social del infinito, explorando cómo estos pueden contribuir al análisis de las situaciones de intervención social. En este sentido, se examina su utilidad tanto para los profesionales como para las personas usuarias, proporcionando herramientas teóricas que permiten una comprensión más amplia y flexible de los procesos de intervención. Finalmente, se expone un enfoque cronológico y estructural de este concepto, detallando cómo la teoría del infinito puede integrarse de manera práctica en los distintos momentos y fases de la intervención social, ofreciendo un marco analítico y operativo que responda a la complejidad y evolución constante de las realidades sociales.

PRESENTACIÓN DEL TEMA: EL CONCEPTO DE INFINITO, SUS CARACTERÍSTICAS Y COMPLEJIDADES Y SU RELACIÓN CON EL ENFOQUE SOCIAL

Hilbert afirmó que no existía ningún otro problema en la historia de la humanidad que hubiera conmovido tan profundamente el espíritu del hombre como lo ha hecho el concepto del infinito (Tamariz, 2002), y buena cuenta de ello lo encontramos en los planteamientos anteriormente desarrollados. Esta preocupación por lo que no se puede controlar, por lo que escapa a la concepción de un todo *no finito*, ha sido abordada desde múltiples disciplinas, conformando una gran variedad de enfoques en un intento por entender, y también utilizar, un elemento que podría situarse a la altura de los grandes dilemas de la humanidad, como la búsqueda del sentido de la vida, el conocimiento de las capacidades del ser humano o todos aquellos sucesos místicos o terrenales para los que aún hoy en día

no tenemos respuesta. En este escenario de *lo complejo*, las ciencias sociales no pueden quedar al margen, y es necesario plantear una reflexión acerca de lo cambiante que puede llegar a ser el objeto de estudio de una disciplina con tanta trascendencia en la actualidad como es el Trabajo Social, cuya naturaleza es calificada por Ibrahimia y Mattaini (2018) como dinámica y en constante evolución.

Pero antes de poder hablar de una teoría o enfoque social del infinito, es fundamental reparar en las diferentes características que se han concretado respecto a este concepto y en los diversos infinitos que a día de hoy se encuentran vigentes en el conocimiento colectivo. Tal y como se ha comentado, Cantor fue el primer matemático que se atrevió a establecer cierto orden, o de complejizarlo aún más, dependiendo del enfoque, dentro de la diversidad de un concepto tan amplio como el que nos ocupa (Arguedas, 2014). De acuerdo con su teoría, el universo numérico planteaba diferentes tipos de infinitos, diferenciados básicamente por su tamaño, en el que el infinito de los números reales es más grande que el infinito de los números naturales (Du Sautoy, 2018).

Lejos de entrar en este planteamiento, que actualmente no tiene una aplicación práctica para las ciencias sociales y que incluso fue demasiado ambicioso para la época de Cantor, este supuesto permite avanzar hacia dos concepciones del infinito que ya se han mencionado: el *infinito potencial*, el cual puede ser considerado como aquel incontrolado, incontable, que siempre puede seguir creciendo o disminuyendo; y el *infinito actual*, el cual considera al infinito como una totalidad, como algo más medible, si es que puede utilizarse este adjetivo dentro de un concepto como este (Arnal, 2023). Si aplicamos esta lógica al Trabajo Social, nuestra mirada se transporta a cuestiones que actualmente se encuentran próximos a la naturaleza cambiante, dinámica y en constante variación del Trabajo Social (Ibrahimia y Mattaini, 2018) y que pueden encajar con este concepto indeterminado de infinito: la delimitación del objeto en Trabajo Social, de la razón de la existencia en sí misma de la intervención social. De acuerdo con Di Carlo (1995) y Calzada (2024), el abordaje del objeto en Trabajo Social plantea diversas indefiniciones y dificultades a la hora de identificarlo, debido a la conjunción de sujetos, necesidades y, en definitiva, por la complejidad en sí misma de la intervención en un tejido tan diverso como es el social. Este dilema epistemológico, deriva en la multiplicidad de las diversas opciones de intervención, en los múltiples enfoques y en la gran variedad de sujetos de intervención (Martínez y Torrecilla, 2015), que dificulta enesimalmente la definición de las opciones de intervención en la práctica del Trabajo Social. De acuerdo a esta lógica, dando por hecho la existencia de múltiples formas de intervención ante las más que diversas necesidades existentes en el entorno social, se pueden establecer similitudes entre los *infinitos sociales actuales*, o aquellos enésimos elementos desconocidos, pero controlados; y los *infinitos sociales potenciales*, los cuales avanzan en número y en complejidad en función del avance natural de la sociedad y, en un símil cuántico, en función de los comportamientos de las unidades más ínfimas que conforman las realidades sociales sobre las que interviene el Trabajo Social. Es decir, esta característica del infinito en el plano social, plantea la existencia de múltiples objetos de intervención social que pueden ser desconocidos por los trabajadores sociales, pero controlados, y la presencia de objetos de intervención igualmente amplios, pero en una dimensión en la que su crecimiento, su relación, se supedita a la propia evolución de la sociedad y que, por tanto, es del todo incontrolable o medible.

Otra de las propiedades que se extraen del estudio del infinito como concepto, es la variedad existente en cuanto a la perspectiva de enfoque de este. Como ya se ha comentado, el universo matemático ha tenido una perspectiva de estudio numérico del concepto, en la que incluso se ha alcanzado la posibilidad de operar con estas hipótesis inciertas, cuestión que se analizará más adelante. En cambio, con el avance de los tiempos, el ser humano ha expandido el estudio de la complejidad que supone el infinito, hallándolo en diferentes campos de estudio como actualmente sucede con el estudio de la finitud o infinitud del universo mediante la astrofísica, en un proceso de conocimiento del infinito externo al propio ser, a la propia materia en sí misma; o en un ejercicio de retrotracción, en el estudio de la materia y de las unidades cada vez más y más pequeñas, como sucede con la mecánica cuántica. Esta variedad de estudios de lo variable o, en ocasiones, de *lo que no se conoce* respecto a la perspectiva del enfoque, también se encuentra presente en la intervención social, como se demuestra con Silva (2004), en uno de los muchos estudios en los que se establecen los diferentes factores intrínsecos y extrínsecos determinantes en las condiciones de las personas en riesgo de exclusión y que no deja de dar luz a algo que los profesionales del Trabajo Social tienen implícito desde los orígenes de la disciplina: la necesidad de intervenir de forma holística en el medio social. En este sentido, es fundamental tener en cuenta tanto los factores intrínsecos de la persona, tales como las sus características personales y habilidades, así como su resiliencia, motivación y relaciones interpersonales; y los factores intrínsecos de la misma, tales como el acceso a recursos, la estabilidad financiera y el apoyo comunitario (Bénabou y Tirole, 2016). De esta manera, se puede construir un símil entre estas dos concepciones en las que, de acuerdo a la perspectiva de estudio, existe un *infinito social intrínseco*, compuesto por los diferentes factores sociales internos de la persona y que influyen de forma determinante en su situación social; y un *infinito social extrínseco*, conformado por los diferentes factores externos, pero inherentes al ser humano y que, de igual manera, condicionan de forma diferencial la situación social del individuo. Este planteamiento no deja de aludir a la necesidad de que el modelo de intervención en Trabajo Social incorpore la premisa de indagar dentro de la amplia variedad de factores que afectarán a la persona tanto a nivel interno como externo (Lutz, 1970).

Esta amplia variedad de aspectos, ilimitados en muchas ocasiones, también evoca a uno de los problemas que encontramos en esta disciplina, que no es otro que la propia definición del Trabajo Social. Este aspecto ya ha sido tratado por Karsz (2016), quien identifica la dificultad de establecer los límites de la disciplina debido a la diversidad de realidades sociales ante las que intervienen los trabajadores sociales y a los contextos que, a su vez, conforman los factores extrínsecos presentes en la intervención social. Aspectos a los que Smale et al., (2000) añaden la variante de la evolución de la práctica profesional, la cual también debe evolucionar para adaptarse a las necesidades y complejidades sociales, conformando así un amplio escenario en el que, como bien señalan, no existe una única definición del Trabajo Social, lo que a su vez supone un constante desafío en su conceptualización y práctica profesional.

Por último, tampoco se puede dejar de lado el interés que el ser humano ha tenido por operar e intervenir con todos los conceptos que rodean su existencia, independientemente de su comprensión o de su capacidad de medición o análisis, como sucede con el concepto de infinito. Como se ha comentado, la operatividad entre los diversos infinitos, y entre éstos y otros conjuntos, llegó de la mano de Cantor en el siglo XIX (Arguedas, 2014),

en lo que podría considerarse como un ejercicio de aplicar cierta lógica a algo que, por su propia naturaleza no finita, está destinado a escapar del control del ser humano. Aplicando esta lógica a la intervención social, encontramos un aspecto que, al igual que ocurre con el concepto puro del infinito y su operatividad, supone un mecanismo en sí mismo de clasificar, nombrar y determinar la intervención social que va a llevarse a cabo: el diagnóstico social. La definición del diagnóstico social ha sido fruto de grandes debates y estudio, debido a las grandes implicaciones que este tiene para una disciplina como el Trabajo Social (Cury y Arias, 2016). Este concepto tiene su origen en Richmond (1917), quien identificaba a este dictamen técnico como un intento de llegar a una definición lo más exacta posible de la situación social y la personalidad de una persona. Hamilton (1946 y 1951), por su parte, afirmó que el proceso consistía en un examen crítico multifactorial de la persona, que no solo requería del conocimiento del problema social, sino que también necesitaba de la comprensión de la propia persona, requiriendo por tanto métodos y técnicas de investigación más elaboradas y precisas. Respecto al tema que se plantea, Karsz (2016) reconoce la dificultad de precisar un diagnóstico completo de la situación de la persona, debido a la presencia de aspectos complejos e impredecibles, lo cual nos hace plantearnos la exactitud de estos dictámenes profesionales que, en cualquier caso, siempre estarán supeditados a la información de la que disponga el profesional.

Como se ha podido comprobar a través de estas definiciones, el diagnóstico social pretende medir aspectos tan variables, tan amplios y en ocasiones inaccesibles, como son la situación social de una persona, su personalidad, sus aspectos psicológicos o su voluntad para afrontar las dificultades. Es decir, el diagnóstico social pretende medir *inmedibles*, en un ejercicio de racionalizar y clasificar aspectos que en muchas ocasiones forman parte de la propia psique de la persona, de su propia razón de ser. Esto es algo que, como no puede ser de otra forma, recuerda a la operatividad del infinito iniciada por Cantor y que de la misma forma supone un ejercicio de racionalizar aspectos que escapan, en muchas ocasiones, del conocimiento pleno de la persona. De esta forma, mediante el diagnóstico social, se establece una *operatividad de infinito social* que permite avanzar hacia la intervención social.

Todo este planteamiento, todas estas cercanías existentes entre los factores que conocemos del concepto de infinito a través de otras disciplinas y los enésimos factores implícitos en la intervención social, es lo que motiva la necesidad de formular una teoría del infinito social que ayude al conocimiento de la realidad existente en el desarrollo del Trabajo Social.

DESARROLLO DE LOS ASPECTOS DEL TEMA: HACIA UNA TEORÍA DEL INFINITO SOCIAL.

Una vez que se han analizado algunos aspectos no cuantificables dentro de la disciplina social y que se ha observado que se encuentran próximos a las características propias del infinito que utilizan otras disciplinas, llega el momento de construir una teoría o enfoque del infinito social que permita reconocer estos factores supeditados a la intervención social y que pueda poner en valor la intervención del Trabajo Social en la confluencia de todos ellos en la vida de las personas. Para ello, es importante partir de aspectos propios de la

disciplina del Trabajo Social en los que se identifiquen estos incuantificables de cara a favorecer las estructuras con las que ya cuenta la disciplina y como un proceso de reflexión, en el que estos indeterminados sean más fácilmente abordables al ser identificados. Y dentro de esta selección de elementos propios de la disciplina, el informe social constituye una de las principales herramientas del Trabajo Social que, además de ser representativo de muchos de los elementos propios del método de Trabajo Social, posee un factor fundamental en nuestro avance hacia la comprensión del infinito: la temporalidad.

Si existe un elemento que, a todas luces, puede asociarse al común concepto del infinito ese es el tiempo. Este concepto, esta forma de clasificar las vivencias utilizada por los seres humanos, tienen tantas acepciones como investigadores se han acercado a desgranar sus múltiples propiedades. Desde Aristóteles, que establecía una lógica en la que el tiempo era algo que no podía ser divisible en partes (Vidal, 2015), pasando por Freud y la simultaneidad de diferentes dimensiones temporales (Giménez, 1988), Einstein y su concepto relativista del mismo (Simesen, 2018), y, sobre todo, teniendo en cuenta la concepción del tiempo de Heidegger (1927), por la que el tiempo deja de ser una sucesión de elementos cronológicos para convertirse en una construcción cultura y social, el tiempo ha preocupado de una forma peculiar al ser humano, encontrando tantas teorías que a día de hoy se podrían asociar muchas de las propiedades del infinito tanto a su definición como a la hora de abordar su principio y fin. Sin entrar en este debate epistemológico, en ocasiones existencial, y volviendo a la disciplina que nos ocupa, el tiempo juega un papel fundamental dentro del informe social, puesto que este supone la descripción de un momento concreto de la vida de una persona (Novillo et al., 2023), y de ahí la importancia de la temporalidad y de la validez del mismo. Tomando como referencia esta *foto fija*, en la que lo que vemos, la *materia* con la que intervenimos, es la suma y a la vez el resultado de todo lo que ha sucedido en la vida de la persona (García et al., 2002), es desde donde se puede empezar a construir el primer acercamiento hacia una teoría del infinito social.

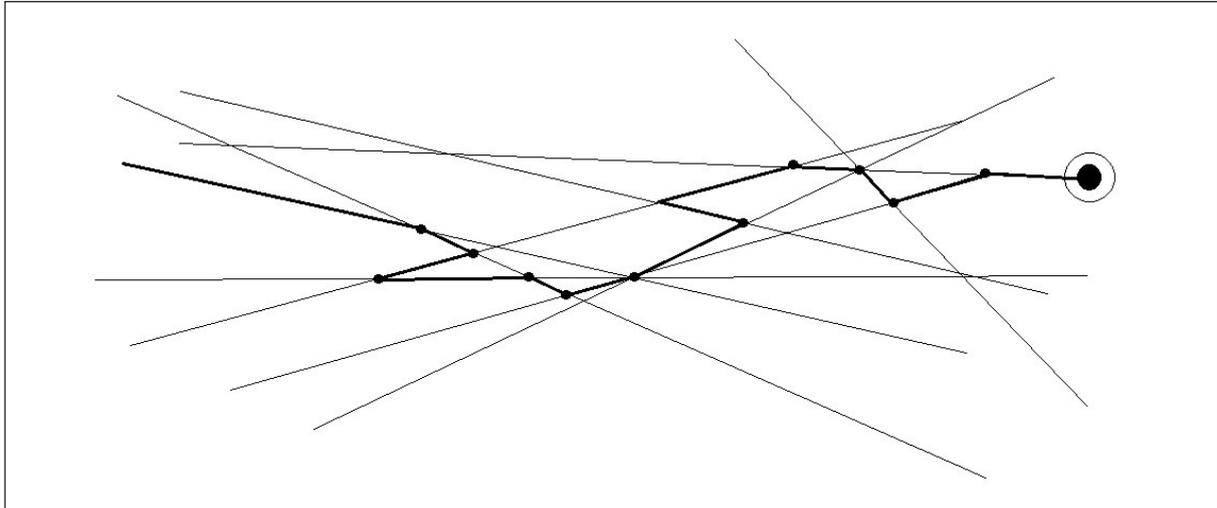
De acuerdo con este planteamiento, se puede deducir que, hasta el momento de la intervención social, que generalmente se origina con el inicio de una necesidad social en la persona (Rodríguez, 2010), las enésimas decisiones (D) que ha ido tomando la persona, han estado supeditadas a n experiencias (E) y n situaciones de necesidad (SN):

$$\textit{Situación de la persona en proceso de intervención: } D = f(E + SN)$$

Este proceso, esta metáfora matemática común en los procesos de intervención, abre un escenario ilimitado de posibles situaciones alternativas que no han sido vividas por la persona, en un ejercicio de *coste de oportunidad social*, que se encuentra supeditado a las decisiones que ha ido abordando la persona, estableciéndose a su vez un desarrollo entre las diferentes elecciones que esta ha ido desarrollando a lo largo de su vida (Gráfico 1).

Gráfico 1

Recorrido vital de la persona respecto al coste de oportunidad social previo a la intervención social



Elaboración propia.

Como puede observarse en el gráfico, el conjunto de líneas que se entrecruzan representan la sucesión de acontecimientos acaecidos en la vida de la persona, ante los cuales, esta debe tomar una determinada decisión que, inevitablemente, abre una nueva realidad social y, de la misma forma, deja sin efecto la realidad resultante de no haber tomado dicha decisión, en lo que se ha identificado como *coste de oportunidad social*. Cada uno de los puntos que coinciden con la superposición de varias de estas líneas, representaría el suceso que desencadena esta nueva realidad elegida citada, la cual es representada por una línea más gruesa que el resto de posibilidades. El momento de la intervención social, se representa mediante el punto de mayor tamaño, el cual supone el presente actual, desde el que se puede observar las diversas situaciones que han llevado a la persona hasta el momento actual (n decisiones = n experiencias + n situaciones de necesidad), así como todas aquellas realidades que no se han hecho efectivas debido a la toma de decisiones de la persona. Además, las propiedades de este sistema generan que cada uno de los momentos clave representados en la línea temporal oscurecida, tengan una relación directa con el anterior, estableciéndose un símil de enlazamiento cuántico social en el que no se entiende un suceso sin los anteriores. Cabe destacar también que, cuanto mayor sea la edad, cuantas más experiencias acumule la persona con la que se interviene, mayor será el recorrido y, por tanto, mayor será el infinito de realidades sucedidas y no sucedidas.

En este punto del proceso, es fundamental el enfoque temporal de la construcción social que nos encontramos realizando. Como se puede intuir por la imagen, el momento de la intervención social representa el presente de la persona, al cual ha llegado a través de todo el recorrido anteriormente representado. La fuerza de este enfoque reside en que, al igual que la confluencia entre experiencias, situaciones de necesidad y decisiones tomadas por la persona han sido claves en su vida, y han determinado su situación actual, la

intervención social presente en la que nos encontramos supone una oportunidad para la creación de una nueva realidad en la que la situación de la persona sea mejor. Se trata de un ejercicio de proyección en el que, mediante la intervención social, la tendencia atribuida a la persona puede cambiar, estableciendo la posibilidad de crear nuevas vías de mejora y, por tanto, de bienestar. Este planteamiento debe tener una concepción dual; por un lado, la persona objeto de la intervención debe entender que este enfoque le hace dueña de su propia vida, entendiendo la influencia que han tenido sus decisiones en su situación actual y abriendo una realidad en la que la nueva toma de decisiones, acompañada por la intervención social, le podrá llevar a una mejor situación. Por otro lado, el enfoque también es fundamental para el profesional de Trabajo Social, puesto que pone en valor su intervención y la posibilidad de interactuar en la situación de la persona objeto de la misma ante una *perspectiva de espejo* entre los procesos que han sucedido anteriormente y las posibilidades que se abren de cara al futuro.

Si se quiere plantear una representación metafórica matemática de este planteamiento futuro tras la intervención, se podría concretar que la persona cuenta con n probabilidades de mejora (P) en función de la intervención social (IS°), de la capacidad de cambio de la persona (C) y del apoyo social efectivo y percibido (AS°):

Planteamiento de la situación de la persona tras la intervención: $P = f(IS^\circ + C + AS^\circ)$

Y ya por último, una vez que se ha desarrollado la situación previa a la intervención y la perspectiva de mejora tras la misma, es necesario desarrollar los aspectos relacionados con la propia intervención social de acuerdo a este enfoque. Para ello, se debe recurrir al planteamiento anteriormente citado, por el cual, la situación social de una persona va a estar influenciada por una cantidad ilimitada de elementos intrínsecos y extrínsecos, en lo que denominábamos el *infinito social intrínseco* y el *infinito social extrínseco*. Para poder desarrollar adecuadamente la intervención, el trabajador social deberá tener en cuenta que existe un número indeterminado de *infinitos* que, combinados con la fuerza de la intervención social generada desde la disciplina del Trabajo Social, establecerá el escenario de intervención y, por consiguiente, virará el rumbo o la tendencia de la persona que, no puede olvidarse, se encuentra en búsqueda de ayuda, en lo que podríamos denominar como *enfoque estructural del infinito social*. Es por tanto que, si de nuevo queremos desarrollar una representación metafórica matemática de esta situación, se podría concluir que los factores implícitos en el proceso de intervención se encuentran determinados por n factores sociales (FS°) que inciden en la vida de la persona, el diagnóstico social desarrollado por el profesional del Trabajo Social (DS°), la percepción que la propia persona tiene de su situación (P) y el apoyo social efectivo y percibido por la misma (AS°), en función de n recursos sociales disponibles en el entorno y adaptados a su situación de necesidad (RS°), la capacidad de cambio mostrada por la persona (C) y el proyecto de intervención social planteado (PI):

Factores implícitos en el proceso de intervención: $FS^\circ + DS^\circ + P + AS^\circ = f(RS^\circ + C + PI)$

De esta forma se alcanza lo que podría denominarse el *enfoque cronológico del infinito social*, caracterizado por contemplar con una perspectiva global del pasado y el presente de la persona, para proyectar su intervención y, por tanto, su futuro (Tabla 1):

Tabla 1
Enfoque cronológico del infinito social

Situación previa a la intervención	Proceso de intervención social	Perspectiva de mejora tras la intervención
Las decisiones tomadas por las personas, resultantes de la situación actual, se encuentran condicionadas a n experiencias y n situaciones de necesidad vividas	Factores implícitos en el proceso de intervención (<i>Enfoque estructural del infinito social</i>), por el cual, los factores implícitos en el proceso de intervención se encuentran determinados por n factores sociales, el diagnóstico social, la percepción de la persona y el apoyo social efectivo y percibido por la misma, en función de n recursos sociales, la capacidad de cambio y el proyecto de intervención social	Las posibilidades de mejora se encuentran supeditadas a la intervención social realizada, la capacidad de cambio de la persona y el apoyo social percibido y efectivo
$D = f(E + SN)$	$FS^{\circ} + DS^{\circ} + P + AS^{\circ} = f(RS^{\circ} + C + PI)$	$P = f(IS^{\circ} + C + AS^{\circ})$

Elaboración propia.

En definitiva, este planteamiento permite alcanzar una perspectiva teórica en la que muchas de las propiedades del infinito utilizadas y observadas en otras disciplinas, se replican con cierta similitud cuando se aplican al ámbito de la intervención social. Este enfoque nos indica la presencia de un número indeterminado de factores en el pasado de la persona objeto de la intervención, cuya interconexión da sentido y determina la situación actual sobre la que se debe intervenir, y que a su vez señala la capacidad de la persona, apoyada en la intervención social, de introducir cambios en su vida que rompan con el rumbo establecido y marcado por la necesidad de ayuda, en un proceso similar al desarrollado en su pasado (*Enfoque cronológico del infinito social*). Asimismo, este desconocimiento de factores, esta presencia de *infinitos*, también puede aplicarse al momento de la intervención social, al identificar un número indeterminado de factores, intrínsecos y extrínsecos, que, unidos al diagnóstico social, a la propia intervención social y a todos los factores propios del entorno del Trabajo Social, determinan la estructuración del proceso de intervención social (*Enfoque estructural del infinito social*).

CONCLUSIONES Y APORTACIONES INNOVADORAS

Tal y como se ha comentado, el infinito, la concepción de elementos intangibles o inalcanzables, ha sido un tema que ha preocupado al ser humano desde siempre (Tamariz, 2002). Aspectos *prometeicos* como el manejo y la utilidad del fuego, el descubrimiento y establecimiento de los confines del mundo o la carrera por el viaje a la luna, son claros ejemplos de *infinitos* que, en un momento histórico, han sido inalcanzables para el ser humano o para su lógica desde una perspectiva finita, y que mediante la investigación y el progreso desde diferentes disciplinas han podido ser resueltos y alcanzados. Tan importante es la carrera por comprender, utilizar y operar con el infinito, que a día de hoy son múltiples las ciencias y disciplinas académicas que poseen su propia concepción del mismo.

Tras analizar las propiedades que se desprenden del estudio de un concepto tan complejo como este, se identifican ciertos rasgos comunes con el método del Trabajo Social que nos permiten avanzar hacia una teoría del infinito social, la cual nos acerca a una dimensión en la que la identificación de todos los aspectos que no conocemos y, en muchos casos, la interconexión existente entre ellos, aportan una visión imprescindible de la intervención social. En este enfoque, la intervención social se sitúa como un elemento presente en la vida de la persona y con potencial para intervenir y mejorar las condiciones de vida de las personas que se encuentran en una situación de necesidad, dejando en el *espacio del coste de oportunidad social* todos aquellos factores adversos que la persona arrastra y que han motivado la intervención del Trabajo Social. De la misma forma, esta teoría sitúa a la persona, con el apoyo de la intervención social, como un ser capaz de intervenir en su situación social y de cambiar los aspectos negativos que le han llevado al momento actual, en un enfoque social positivista y con posibilidad de cambio.

La identificación de los diferentes y enésimos factores que inciden en la realidad social de la persona, descargan al profesional del Trabajo Social de la responsabilidad que muchas veces se asocia a su proceso de intervención, identificándolo como un apoyo y una pieza necesaria en el proceso de mejora, pero sin el peso erróneo que supondría la no consideración de otros factores en el proceso de cambio que dependen directamente de la persona o de su entorno.

AGRADECIMIENTOS

Mi más sincero agradecimiento a Beatriz Toribio y a Sergio C. Yáñez, por sus revisiones y su *infinito* acompañamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Arguedas, V. (2014). Georg Cantor (1845-1918): la locura del infinito o el infinito de la locura. *Matemática, Educación e Internet*, 14(1), 1-7.
- Arias, L. (2019). La bomba atómica y sus consecuencias éticas sobre la limitación de la investigación científica. *Revista Universidad Católica Luis Amigó*, 3(1), 239-248. [https://doi.org/10.1007/JHEP04\(2018\)147](https://doi.org/10.1007/JHEP04(2018)147)
- Arnal, M. (27 de septiembre de 2023). ¿Cuántos dígitos tiene que tener un número para ser infinito?. *El País*. <https://elpais.com/ciencia/las-cientificas-responden/2023-09-27/cuantos-digitos-tiene-que-tener-un-numero-para-ser-infinito.html#>
- Bénabou, R., y Tirole, J. (2016). Intrinsic and extrinsic motivation. En *The New Palgrave Dictionary of Economics* (2º Ed.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3>
- Bird, K., y Sherwin, M. J. (2005). *American Prometheus. The Triumph and Tragedy of J. Robert Oppenheimer*. Alfred a. Knopf.
- Calzada, F. (2024). Un acercamiento al objeto de intervención del trabajo social. *Trabajo Social UNAM*, 33(1), 12-24. <https://doi.org/10.22201/ents.20075987p.2023.33.86968>
- Cury, S. P., y Arias, A. (2016). Hacia una definición actual del concepto de «diagnóstico social». Breve revisión bibliográfica de su evolución. *Alternativas Cuadernos de Trabajo Social*, 23(1), 9-24. DOI: 10.14198/ALTERN2016.23.01.

- Di Carlo, E. (1999). *Objeto y método profesional*. Humanitas.
- Du Sautoy, M. (2 de septiembre de 2018). Georg Cantor, el matemático que descubrió que hay muchos infinitos y no todos son del mismo tamaño. BBC. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-45300219>
- García, B., Hierrezuelo, L., De La Morena, M., Infante, L., y Muñoz, A. (2002). Acontecimientos vividos e impacto percibido en una muestra de adolescentes. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 5(3), 1-5.
- Giménez, M. C. (1988). El tiempo y la historia en la obra de Freud. *Anuario de Psicología*, 38(1), 89-106.
- Gómez, P. (13 de septiembre de 2021). Así superó Viktor Frankl sus horas más bajas. *Nueva Revista*. <https://www.nuevarevista.net/asi-supero-viktor-frankl-sus-horas-mas-bajas/>
- Hamilton, G. (1946). *Principles of Social Case Recording*. The New York School of Social Work by Columbia University Press.
- Hamilton, G. (1951). *Teoría y práctica del trabajo social de casos*. Editorial Médica Mexicana.
- Hawking, S. W., y Hertog, T. (2018). A smooth exit from eternal inflation?. *Journal of High Energy Physics*, 2018(147), 1-13. [https://doi.org/10.1007/JHEP04\(2018\)147](https://doi.org/10.1007/JHEP04(2018)147)
- Heidegger, M. (1927). *Ser y tiempo*. Editorial Universitaria.
- Ibrahima, A. B., y Mattaini, M. A. (2018). Social work in Africa: Decolonizing methodologies and approaches. *International Social Work*, 62(2), 799 –813. <https://doi.org/10.1177/0020872817742702>
- Karsz, S. (2016). *Problematizar el Trabajo Social: Definición, figuras, clínica*. Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Lutz, W. (1970). *Modelos de Intervención en la Práctica del Trabajo Social con Individuos y Familias*. Mimeo.
- Martínez, M. C., y Torrecilla, A. (2015). El objeto de intervención del Trabajo Social y su construcción a lo largo de la historia. *Documentos de Trabajo Social* 56(1), 229-240.
- Matás, M. A. (2022). El hombre, un ser finito, con anhelo y nostalgia del Infinito. *Scripta Fulgentina*, 63-64(1), 129-156.
- Morales, J. A. (2016). El infinito en Descartes y el propósito práctico de su filosofía. *Praxis Filosófica*, 42(1), 203-217.
- Novillo, B., García, A., Sánchez, E., Ibarrondo, A., Yusta, R., Castaño, B., Cubero, M., Fernández, R. M., Mairena, M. C., y Sanz, C. (2023). *El Informe Social*. Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid. https://www.comtrabajosocial.com/wp-content/uploads/2023/09/informe_social_COTSM2023_v3.pdf
- Ortiz, C. (2010). El infinito cuántico y relativista. Hacia una revisión de Planck y Einstein después de Bell. (A través de Heisenberg, De Fineti, Ulam y Neumann, Chandrasekhar, Hawkings y Penrose). *Ontology Studies*, 10(1), 101-114.

- Prado-Bassas, J. A. (2023). *La historia del infinito*. Pinolia.
- Richmond, M. (1917). *Social Diagnosis*. Tridiom Ed.
- Rodríguez, N. (2010). De la Relación de Ayuda en la Intervención Social. *Documentos de Trabajo Social*, 48(1), 31-54.
- Romero, S. (18 de abril de 2023). Este es el origen del símbolo matemático del infinito. *Muy interesante*. <https://www.muyinteresante.com/ciencia/15451.html#:~:text=El%20fil%C3%B3logo%20y%20matem%C3%A1tico%20ingl%C3%A9s,a%20partir%20del%20siglo%20XVII>
- Sanhuesa, D. (2015). Consideraciones sobre el infinito en la filosofía de Kant. *Revista de Filosofía*, 71(1), 151-162. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-43602015000100012>
- Silva, M. R. (2004). Factores internos y externos de la pobreza: México. *Trabajo Social* 6(1), 43-59.
- Simesen, M. (2018). Tiempo e interpretación en la teoría de la relatividad. *Franciscanum*, 60(170), 47-79. <https://doi.org/10.21500/01201468.3900>
- Smale, G., Tuson, K., y Statham, D. (2000). *Problemas sociales y trabajo social*. Ediciones Morata.
- Tamariz, A. (2002). Los infinitos. El paraíso de Cantor. *Ciencias*, 68(1), 66-77.
- Tonkonoff, S. (2023). Infinito y Teoría Social: Tarde como lector de Leibniz. *Revista de Filosofía, Amargosa*, 23(2), 115-129. <https://doi.org/10.31977/grirfi.v23i2.3279>
- Vidal, J. (2015). La concepción del tiempo en Aristóteles. *Byzantion nea hellás*, 34(1), 323-340. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-84712015000100014>

Análisis del trabajo social sanitario en el Departamento de Salud de Alcoy

Modalidad: Investigación profesional en Trabajo Social.

Ana Agulló Porras

Trabajadora Social del Centro Salud la Fábrica de Alcoy

Laura Martín Esparza

Trabajadora Social en Atención Primaria y Licenciada en Sociología

1. Resumen

El trabajo social sanitario es un gran desconocido, tanto en el ámbito genérico de la profesión como en el ámbito sanitario, por lo que es relevante darle visibilidad y posibilitar el trabajo en equipo que permita proporcionar una atención integral al/la usuario/a.

La finalidad del estudio es doble, por una parte, contextualizar qué es el trabajo social sanitario para visibilizar esta figura profesional; y por otra, la investigación propiamente dicha, consistente en analizar los datos extraídos del Alumbra, para identificar aspectos relevantes de la intervención que se lleva a cabo desde el trabajo social sanitario y que nos sirvan de lanzadera para incorporar mejoras.

Abstract

Health social work is largely unknown, both in the generic field of the profession and in the health field, so it is relevant to give it visibility and enable teamwork that allows providing comprehensive care to the user.

The purpose of the study is twofold, on the one hand, to contextualize what health social work is to make this professional figure visible; and on the other hand, the research itself, consisting of analyzing the data extracted from Alumbra, to identify relevant aspects of the intervention carried out by health social work and that serve as a launch pad to incorporate improvements.

Palabras clave

Trabajo social sanitario, Intervención social, Departamento de salud, datos Alumbra y Diagnóstico social.

2. INTRODUCCIÓN

La aparición y el desarrollo de la enfermedad genera una serie de dificultades tanto en la propia persona como en su entorno más cercano, provocando situaciones complicadas y de desequilibrio. Es imprescindible que ante situaciones de enfermedad se identifiquen los factores sociales que afectan e inciden en las personas.

Los/as responsables de identificarlos son los/as trabajadores/as sociales del ámbito sanitario, que realizan la intervención social para poder ofrecer a los/as pacientes los recursos, servicios y prestaciones necesarias con la finalidad de satisfacer las necesidades sociales y eliminar las carencias.

El/la trabajador/a social sanitario/a forma parte de equipos multiprofesionales, y su labor en relación a la prevención, promoción e intervención en el ámbito de la salud es muy importante, ya que la intervención social con los/as pacientes contribuye al objetivo de garantizar la atención integral y la mejora de la calidad de vida de la población.

Para ello se ha llevado a cabo un estudio cuantitativo de la intervención desarrollada por los/as profesionales de trabajo social sanitario del Departamento de Salud de Alcoy.

Los/las profesionales sanitarios/as registran la atención realizada con los/las pacientes a través del programa Abucasis. Dicho programa tiene dos grandes objetivos: la instauración de la historia clínica única por paciente y el acceso a la misma desde cualquier puesto asistencial de la red, conectando los centros y los sistemas de información de atención primaria y especializada de forma integral e integrada. Así mismo, permite el registro informático de gran parte de las tareas realizadas por los/as profesionales sanitarios/as, a través del uso de certificados digitales emitidos por la Autoridad de Certificación de la Comunidad Valenciana que permiten la firma electrónica.

A través del programa Alumbra podemos extraer los datos registrados en Abucasis para su consulta o análisis.

El manual de usuario del programa Alumbra de la Conselleria de Sanitat universal i salut pública nos dice: *“La misión del sistema de información Alumbra es dar soporte de forma unificada a todas las iniciativas de análisis de información de la Conselleria de Sanidad, constituyendo un sistema único, accesible y fiable de dónde proveer a toda la organización, de la información necesaria para servir de ayuda en la toma de decisiones. Alumbra integra la información más relevante de los distintos sistemas de información sanitarios, tanto asistenciales como de gestión, y está disponible para toda la organización, desde la dirección, hasta los profesionales sanitarios, ofreciendo a los diferentes perfiles y usuarios un entorno común y único de análisis que les sirve de apoyo para su nivel particular de gestión.”*

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Contexto

El estudio se realiza sobre el trabajo social sanitario desarrollado en el Departamento de Salud de Alcoy en base a los datos que se recogen en el programa Alumbra en el periodo comprendido entre 2019–2023.

El/la trabajador/a social interviene y atiende a población de todas las edades y localidades incluidas en el departamento, cuyo total gira en torno a los 136.000 habitantes. El colectivo que va a formar parte de nuestro estudio es el que acude a consulta de trabajo social del ámbito sanitario. Teniendo en cuenta que en el último año se cuantifican un total de 13806 usuarios/as que han acudido por iniciativa propia, podemos ver que un 10,15% de la totalidad es la muestra del estudio.

Para definir el contexto en el que se desarrolla la investigación nos servimos de la memoria departamental de Salud de Alcoy de 2022, que es la última que podemos encontrar en la página web departamental, de la cual se puede extraer la siguiente información:

“La organización sanitaria del Departamento dependiente de la Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública, está constituida por un Consejo de Salud, que se reúne periódicamente, la Gerencia del Departamento y un Hospital de referencia de 270 camas funcionantes. Cuenta con 10 Centros de Salud, 1 Centro Sanitario Integrado y 30 Consultorios Auxiliares con sus correspondientes equipos de atención primaria. Distribuida en 10 Zonas de Salud, dos de estas zonas tienen el carácter de zonas especiales por la alta dispersión (28 Consultorios auxiliares y 2 Centros de Salud). Además, cuenta con las siguientes Unidades de Apoyo:

- Centro de Atención Temprana.
- Centro de Conductas Adictivas.
- Centro de Alcoholología.
- Centros de Odontología.
- Centros de Salud Sexual y Reproductiva (Alcoy e Ibi).
- Unidad de Salud Mental Infantil”

Tras la relación de centros sanitarios existentes, pasamos a identificar y ubicar a los/as profesionales de trabajo social sanitario en los distintos niveles de atención.

Atención primaria

Se ofrece atención a personas, familias/cuidadores que demanden o necesiten apoyo psicosocial ante la presencia de enfermedad o situación que pueda incidir en su salud.

En todos los centros de Atención Primaria está presente la figura del trabajador/a social sanitario/a por lo que se cuenta con un total de 10 profesionales.

Unidades de apoyo

Su ámbito territorial de actuación supera la zona básica de salud y actúan de forma integrada y coordinada con los recursos sociosanitarios del departamento en el ámbito correspondiente a cada especialidad. Se cuenta con un total de 5 profesionales de trabajo social en las siguientes unidades:

- Centro de Salud Sexual y Reproductiva
- Unidad de Alcoholología
- Centro de Atención Temprana
- Unidad de Salud Mental
- Unidad de Conductas Adictivas

Atención hospitalaria

La actividad se desarrolla en procesos que requieren hospitalización o atención especializada caracterizándose por el límite temporal del ingreso hospitalario y la urgencia de las actuaciones.

En el Hospital comarcal se cuenta con tan solo una profesional de trabajo social.

Por tanto en el departamento de salud de Alcoy se cuenta con un total de 16 trabajadores/as sociales que desempeñan sus funciones de manera coordinada y colaborativa.

3.2. Conceptos

A continuación se exponen diferentes definiciones que ayudarán a abordar la presente investigación, incluyendo aspectos genéricos fundamentales relacionados con el ámbito sanitario y específicamente con el trabajo social sanitario.

En el año 1978, la OMS, durante la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Alma Ata, reafirma la definición de la **salud** adoptada en 1948: “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”.

La salud de las personas depende en gran medida de factores como la clase social, la etnia, el género, el trabajo, el nivel educativo, la vivienda, el barrio en el que se vive, así como de las políticas económica, social, educativa, de empleo, y en menor medida, de factores biológicos y del sistema sanitario, todo ello es lo que se conoce como **determinantes sociales de la salud**. Todos estos elementos, excepto los biológicos que son inmodificables, están vinculados con el ámbito psicosocial que rodea al/la usuario/a, debemos potenciar que dicho entorno favorezca la salud de las personas, por lo que se deben desarrollar acciones que minimicen los elementos de riesgo que pueden derivar en **problemática social** incidiendo negativamente en la salud bio-psico-social.

El Consejo General de Trabajo Social nos dice que “el Trabajo Social Sanitario supone un ejercicio profesional diferenciado del de otros entornos y caracterizado por ejercer de forma cotidiana funciones de apoyo y ayuda a personas y familias inmersas en procesos de dificultades de salud, dirigiendo sus intervenciones a la recuperación, normalización y adaptación social, centrando su práctica asistencial en el incremento de la autonomía y la recuperación de la salud, y garantizando la toma de decisiones responsable, respetuosa con la autodeterminación, individualización y al ritmo que el proceso de cada individuo requiera desde el respeto a las particularidades”.

4. METODOLOGÍA

El presente estudio precisa una fase previa de contextualización, para conocer cuántos/as profesionales de trabajo social dispone el departamento de salud de Alcoy y su localización.

Ante la necesidad de visibilizar y poner en valor el papel desempeñado por los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as, dado que son un apoyo fundamental para personas y familias que se encuentran en proceso de enfermedad, consideramos conveniente revisar y analizar los datos recogidos en el programa Alumbra, para aproximarnos al conocimiento de la realidad social a través del alcance y significado de los hechos analizados.

Para ello nos servimos de la metodología cuantitativa, que se centra en los aspectos observables susceptibles de cuantificación para describir o explicar los fenómenos sociales, y utiliza la estadística para el análisis de los datos.

Se han llevado a cabo las siguientes fases:

1ª Fase: recogida de datos.

Los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as son los/as encargados/as de identificar los problemas sociales de los/as usuarios/as y posteriormente registrarlos en el programa Abucasis. Dicho programa contempla un listado de problemas sociales codificados, como pueden ser problemas sanitarios, personales, familiares, etc y cualquier otro, que, aunque no esté codificado, pueda suponer un problema para el/la usuario/a, por lo que debe quedar reflejado.

De esta manera en la historia sanitaria electrónica del/de la paciente constarán como diagnósticos sociales aquellos problemas sociales que presenta y que pueden incidir en su salud y calidad de vida.

2ª Fase: análisis de datos.

A través del programa Alumbra se extraen los datos recogidos en Abucasis en relación a la atención prestada, correlacionándolo con las características de la población atendida (sexo, edad), que obtenemos a través del SIP (sistema de información poblacional) donde aparecen registrados los datos personales de los/as usuarios/as de la sanidad pública de la Comunidad Valenciana, para su análisis.

Posteriormente se realiza una comparativa de los últimos años basándonos en elementos de interés para el colectivo, como evolución de los problemas, demandas o tipo de atención realizada, con el fin de analizar el trabajo desarrollado en la actualidad.

3ª Fase: interpretación de los resultados obtenidos.

En esta fase, tras el análisis de los datos, nos centramos en interpretar que nos están diciendo los datos extraídos y en evaluar nuestra intervención. Valoramos qué tipo de demandas son las más frecuentes, si se mantienen o van cambiando según las circunstancias sociales del momento, las características de la población atendida, así como el tipo de atención prestada.

Por lo tanto, esta interpretación nos permitirá adaptar nuestra intervención a las demandas o circunstancias del momento para dar respuesta a las necesidades detectadas.

5. RESULTADOS

El/la trabajador/a social trabaja fundamentalmente en problemas derivados de la aparición de la enfermedad.

Somos los/las encargados de identificar los problemas sociales que presentan los/as usuarios/as y posteriormente los registramos en su historia sanitaria electrónica como diagnósticos sociales.

Los problemas sociales son un conjunto de situaciones que impiden el desarrollo o progreso de una persona o personas en un contexto social y la mayoría trascienden las diferen-

tes esferas de la vida. Evidentemente en nuestro caso los problemas que se detectan están asociados al proceso de enfermedad.

Para poder analizar la situación se ha realizado una comparativa de los últimos 4 años de los diagnósticos que aparecen en Abucasis.

Se disponen datos de 40 diagnósticos agrupados en 9 temas:

1. Problemas sanitarios: comprende aquellos derivados del acceso a las instituciones o servicios sanitarios, a las prestaciones sanitarias o relacionados con la enfermedad que presenta el/la paciente.
2. Problemas personales y/o familiares: como limitación de la autonomía, aislamiento, sobrecarga del/la cuidador/a, etc.
3. Problemas de integración social: cuando las personas presentan dificultades en el proceso de aceptación y/o adaptación a las normas sociales, y como consecuencia padecen situaciones que le impiden o dificultan el acceso a los derechos sociales.
4. Problemas de vivienda: como la dificultad para disponer de una vivienda y las condiciones de habitabilidad de la misma (higiene, hacinamiento, barreras arquitectónicas, etc).
5. Problemas económicos: cuando el/la paciente o la unidad familiar no cuenta con ingresos económicos o son insuficientes para cubrir las necesidades básicas.
6. Problemas laborales: relacionados con el acceso al mundo laboral.
7. Problemas educativos: dificultades en el ámbito educativo o de aprendizaje de menores o adultos.
8. Problemas comunitarios
9. Otros, son aquellos no englobados en los anteriores.

La tabla refleja los datos que se han obtenido desde Alumbra con relación a los diagnósticos que se han tenido en cuenta en el estudio de los 4 últimos años. En negrita se reflejan los diagnósticos genéricos y el resto son específicos, no son sumatorios, es decir, se pueden elegir independientemente de su categoría y la suma de los específicos no tiene porque ser coincidente con el problema general.

DIAGNÓSTICOS	2023	2022	2021	2020
10 PROBLEMAS SANITARIOS	4.841	4220	2.885	2497
10.01 DE ACCESO A PRESTACIONES SANITARIAS	2.085	1990	1.598	1287
10.02 DE ACCESO A COBERTURA SANITARIA	2.365	1933	998	894
10.03 NO ACEPTACIÓN DE LA ENFERMEDAD (POR PARTE DEL PACIENTE)	15	20	25	19
10.05 ENFERMEDAD QUE AFECTA A LA SALUD PÚBLICA	1	2	12	42
10.06 ADICCIÓN A SUSTANCIAS O COMPORTAMIENTOS NOCIVOS	373	272	250	247
20 PROBLEMAS PERSONALES Y/O FAMILIARES	1.656	1582	1.442	1243
20.01 DESAJUSTES EN LA CONVIVENCIA	85	82	105	101
20.03 ADICCIÓN A SUSTANCIA O COMPORTAMIENTOS NOCIVOS DE ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA	68	47	54	48
20.04 ENFERMEDAD DE LARGA EVOLUCIÓN Y/O INCAPACITANTE	59	77	67	62
20.05 AISLAMIENTO	6	11	2	7
20.06 FALTA DE HABILIDADES SOCIALES	39	28	31	21
20.07 FALTA DE HIGIENE PERSONAL	6	6	5	4
20.08 FALTA DE APOYO SOCIO-FAMILIAR	109	136	122	132
20.10 LIMITACIÓN DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	1.073	1002	859	703
20.13 SOSPECHA DE MALOS TRATOS	54	93	69	75
20.16 DESAMPARO	9	8	16	21
20.17 GESTACIÓN EN CONFLICTO	126	48	99	53
30.01 PROBLEMAS DE INTEGRACIÓN SOCIAL	729	782	402	311
40 PROBLEMAS DE VIVIENDA	20	34	22	23
40.01 DE ACCESO A LA VIVIENDA	5	8	7	6
40.02 OCUPACIÓN ILEGAL DE LA VIVIENDA	2	3	1	2
40.03 CONDICIONES DE HABITABILIDAD INADECUADAS	7	14	7	5
40.04 BARRERAS ARQUITECTÓNICAS EN LA VIVIENDA	1	3	2	1
50 PROBLEMAS ECONÓMICOS	110	127	98	152
50.01 FALTA DE RECURSOS PARA LA SUBSISTENCIA	46	43	49	63
50.02 FALTA DE RECURSOS PARA GASTOS EXTRAORDINARIOS INELUDIBLES	32	48	24	44
50.03 INCORRECTA ADMINISTRACIÓN DEL PRESUPUESTO ECONÓMICO	9	7	8	9
60 PROBLEMAS LABORALES	84	97	75	86
60.01 DIFICULTAD PARA LA INSERCIÓN LABORAL	78	88	75	84
70 PROBLEMAS EDUCATIVOS	44	41	62	40
70.01 DIFICULTAD DE INSERCIÓN ESCOLAR	42	39	60	39
80 PROBLEMAS COMUNITARIOS	39	53	55	31
80.01 DIFICULTAD DE INSERCIÓN COMUNITARIA	39	53	54	26
90 OTROS	1.008	878	362	316
90.01 OTRO PROBLEMA SOCIAL	183	211	233	165
93 PROBLEMA SOCIO-SANITARIO PENDIENTE DE CONFIRMAR	571	589	540	442
93.01 PROBLEMA EN ESTUDIO	562	582	536	429
95 NINGÚN PROBLEMA SOCIO-SANITARIO	1.205	1328	1399	1034
95.01 NINGÚN PROBLEMA SOCIAL	1.174	1309	1381	1024

Los diagnósticos no son excluyentes entre sí, un/a mismo/a usuario/a puede presentar diversos problemas y por tanto tener registrados más de un diagnóstico.

En primer lugar, destaca el **diagnóstico de problemas sanitarios**, dentro del cual se engloba, entre otros, el problema de acceso a prestaciones sanitarias que contempla todo aquello recogido en la cartera de servicios, y por otra parte, el acceso a cobertura sanitaria, el cual se refiere a los trámites de tarjeta sanitaria para aquellas personas que no pudiendo acceder a la cobertura sanitaria por la seguridad social deben hacerlo a través de la asistencia sanitaria universal que facilita la Conselleria de Sanidad. Este diagnóstico refleja una alta incidencia, con un porcentaje del 25,57 %, es decir, una cuarta parte del total de 40 diagnósticos. En el último año, se tiene una cifra de 4.841 personas atendidas por problemas sanitarios, duplicándose la cifra en tan solo 4 años en relación a los datos de 2020.

En cuanto al **acceso a la cobertura sanitaria**, con un porcentaje que asciende al 12,5 % del total de diagnósticos reflejados, apreciamos un incremento anual. En el año 2020 las tramitaciones de tarjeta sanitaria ascendieron a casi 900 y en el año 2023 se llegó a la cifra de 2.365, por lo que el incremento ha sido de más del doble. Cabe remarcar que en el año 2020 y 2021 las cifras son bastante similares, teniendo en cuenta que fue el periodo Covid y las fronteras estuvieron cerradas y por tanto la movilización de las personas se detuvo, en cambio a partir de la vuelta a la normalidad el incremento ha sido bastante significativo, en 2021 la cifra es de casi 1000 tarjetas pasando a casi 2000 tarjetas en tan solo un año. En la comunidad hay un auge respecto a la inmigración irregular, apareciendo registrados alrededor de 65.000 migrantes al año, posicionándose en tercer lugar como comunidad autónoma acogedora de migración de España, dado que durante el periodo comprendido entre 2017 y 2021 incrementó en un 20% el número de inmigrantes. Por lo tanto, es normal que aumente la atención prestada en relación a la tramitación de la asistencia sanitaria universal.

Cabe destacar, en cuanto al diagnóstico de **problemas en el acceso a las prestaciones sanitarias**, el porcentaje de un 11%, epígrafe que hace referencia a aquellas actuaciones que se realizan para que se tenga acceso a las prestaciones contempladas en la cartera de servicios, trámites que a pesar de tener carácter administrativo se realizan a través de la unidad de trabajo social para propiciar la detección proactiva de usuarios/as con problemática social. Como podemos ver, la atención en relación a este diagnóstico ha ido ascendiendo en estos 4 años, llegando casi a duplicarse.

En cuanto al ítem de **no aceptación de la enfermedad**, aunque no presente cifras destacables, es frecuente encontrarnos en nuestro trabajo con estas situaciones y debemos intervenir para acompañar en el proceso de aceptación de la enfermedad.

Se observan bajas tasas en **adiciones**, que a priori son problemas sociosanitarios relevantes, esto se debe a la especificidad de sus características que hacen que las actuaciones se realicen en recursos especializados.

En relación al ítem de **problemas personales y/o familiares**, en el último año se tiene un porcentaje del 8,7% del total de diagnósticos, apreciándose un incremento evidentemente relacionado con el binomio salud-enfermedad. La aparición de la enfermedad necesita de un periodo de aceptación, con los consiguientes reajustes de roles, situación que, en ocasiones, puede provocar sobrecarga en el/la cuidador/a. Es frecuente atender familias desbordadas, con dificultades de comunicación, con falta de habilidades y recursos necesarios para afrontar la nueva situación derivada de la enfermedad de uno de sus integrantes.

tes. Según refleja el último informe del Ministerio de Derechos Sociales, con estadísticas del Imsero, más de 84.000 personas se dedican a cuidar de su familiar dependiente en la Comunidad Valenciana.

A continuación analizamos el ítem de **limitación de la autonomía del/de la paciente**, que utilizamos para problemas y actuaciones derivados de la discapacidad y/o dependencia, con un porcentaje del 5,66 % del total de diagnósticos, aumentando en más de 300 registros en los últimos 4 años. Obviamente este ítem presenta cifras elevadas, ya que desde la unidad de trabajo social se facilita información y se realizan gestiones relacionadas con la discapacidad y dependencia derivadas de la enfermedad, teniendo en cuenta que a fecha 31 de diciembre de 2023, están registradas un total de 326.623 personas con discapacidad y 103.326 personas dependientes en la Comunidad Valenciana.

Es llamativa la baja incidencia en cuanto a diagnósticos asociados a **malos tratos**, y más cuando se aprecia que en los últimos años ha ido descendiendo. En el sistema valenciano de salud se cuenta con el protocolo para la prevención y atención de la violencia de género (PDA), el cual indica, que cualquier profesional sanitario puede realizar el cuestionario SIVIO (Sistema de información para la detección y actuación frente a la violencia de género/doméstica en personas adultas) que es la herramienta que permite implementar dicho Protocolo.

Ante cualquier indicio de sospecha de malos tratos, se debe derivar, a la persona, a la unidad de trabajo social.

En los datos de SIVIO del año 2023 hay registrados 23 casos positivos de malos tratos. Si los/as trabajadores/as sociales han registrado una cifra de 54 atenciones por sospecha de malos tratos a mujeres, esta discrepancia numérica nos hace reflexionar por una parte de si realmente se está llevando a cabo correctamente el cribado universal, y por otra parte, que muchas de las mujeres con sospecha de malos tratos no se deciden a denunciar.

Problemas de integración social, hace referencia a las dificultades en el proceso de aceptación y/o adaptación a las normas sociales, y como consecuencia las personas padecen situaciones que le impiden o dificultan el acceso a los derechos sociales. En el año 2020 y 2021 teníamos una cifra alrededor de los 300/400 registros, para pasar en 2022 a cifras de casi 800 usuarios/as atendidos/as, lo cual nos indica que cada vez nos encontramos con más personas solas, que no participan de la vida de la comunidad y por tanto en situación de vulnerabilidad. En estos momentos la Conselleria de Sanidad está promoviendo la realización de actividades comunitarias, entendidas como aquellas intervenciones que se realizan con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes, dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social.

Derivados de la enfermedad, observamos **problemas de inserción laboral**, con un porcentaje del 0,42% y **problemas económicos**, que representa el 0,58%, ya que la enfermedad repercute en todos los ámbitos familiares, afecta tanto a la economía de la unidad de convivencia, como también al acceso a la formación y al mundo laboral. En este apartado se incluirían aquellas personas jóvenes o adultas que tras una enfermedad se les reconoce una incapacidad laboral permanente a una edad temprana.

Con el diagnóstico de **otros**, en 2020 y 2021 teníamos una cifra de alrededor de 300 consultas. Es a partir de 2022, cuando se produce un incremento importante, llegando a

superar las 1000 atenciones en 2023. Relacionados con este diagnóstico, tenemos los de **ningún problema social o sociosanitario**, que también presentan cifras llamativas, en el último año ambos suman 2.308 registros, lo que equivale al 12,2% de la totalidad. Se utilizan estos diagnósticos cuando no podemos codificar la demanda atendida con ninguno de los otros, esto se debe a que los/as usuarios/as acuden a nuestras consultas con demandas que en ocasiones no son de nuestra competencia, por iniciativa propia o derivados, por desconocimiento, porque no saben dónde acudir, y porque los/as profesionales de trabajo social sanitario somos más accesibles (estamos ubicados en centros sanitarios), pudiendo ofrecer información y asesoramiento, así como las derivaciones pertinentes a otros recursos más idóneos.

Una vez analizados los datos sobre los diagnósticos que registramos en Abucasis, pasamos a analizar los datos relativos a la intervención propiamente dicha.

En la siguiente tabla, analizamos los datos relativos al número de usuarios/as atendidos/as por los/as trabajadores/as sociales en los últimos 5 años, discriminando por el lugar de atención.

	2023	2022	2021	2020	2019
ATENCIÓN PRIMARIA	18363	18455	17011	17839	16991
UNIDADES APOYO	5424	5215	5339	3459	3277

En atención primaria se observa una tendencia creciente, con un aumento de 1.372 atenciones desde 2019 hasta 2023, con unos pequeños descensos en 2021 y 2023. Dicho aumento representa un porcentaje de un 7,5% en 5 años.

En las unidades de apoyo también se aprecia un incremento del número de usuarios/as atendidos/as, a excepción del año 2022 que sufre una sutil bajada. Comparando los últimos 5 años, el incremento fue de 2.147 registros, equivalentes a un 39,6 %, pero hay que remarcar que el incremento significativo se produce en 2021 cuando se atienden a 1.880 usuarios/as más, en relación al año anterior. Posiblemente esté relacionado con la contratación de dos profesionales de trabajo social en las unidades de apoyo que anteriormente no tenían dicha figura.

La siguiente tabla recoge los datos correspondientes al año 2021 según la edad de los/as usuarios/as atendidos/as en la consulta de trabajo social sanitario.

EDAD RANGO	CONSULTAS	EDAD RANGO	CONSULTAS
MENOS DE 1 MES	31	35-39 AÑOS	1129
1-3 MESES	113	40-44 AÑOS	1216
4-6 MESES	84	45-49 AÑOS	1100
7-12 MESES	163	50-54 AÑOS	1042
13-24 MESES	225	55-59 AÑOS	948
25-35 MESES	211	60-64 AÑOS	1049
3-6 AÑOS	645	65-69 AÑOS	949
7-14 AÑOS	975	70-74 AÑOS	999
15 AÑOS	152	75-79 AÑOS	1208
16-17 AÑOS	320	80-84 AÑOS	1099

18 -19 AÑOS	524	85-89 AÑOS	1014
20-24 AÑOS	988	90-94 AÑOS	485
25-29 AÑOS	1268	95-99 AÑOS	147
30-34 AÑOS	1289	MAYOR DE 99 AÑOS	39

Tras su análisis podemos extraer las siguientes conclusiones:

Se registran un total de 2.919 atenciones a menores de edad, dato significativo, dado que es un colectivo especialmente vulnerable sobre el que se debe tener una atención especial, tanto en el acceso a la atención sanitaria, como a la cobertura de sus necesidades, detectando aquellas situaciones de riesgo que pueden derivar en una notificación a los sistemas de protección de menores.

Cabe destacar que la franja de edad 1-3 meses, es una etapa especial, de constante seguimiento pediátrico y de realización de gestiones para la obtención de la tarjeta de asistencia sanitaria, bien sea como beneficiarios a través de la seguridad social, o bien a través de la asistencia sanitaria universal que ofrece la Conselleria de Sanidad, en aquellos casos en los que se encuentran en proceso de tramitación de la documentación del/de la menor, o cuando los padres se encuentran en situación irregular, trámite que se realiza desde la unidad de trabajo social.

En la franja de 7-14 años, se observa un notable incremento en comparación con las franjas de edad anteriores, que corresponde a un 33,4 % del total, es un intervalo muy amplio y en esas edades pueden aparecer problemas de convivencia familiar y/o problemas en el centro escolar (absentismo, bullying), los cuales se pueden agudizar por las características específicas que podemos vincular con la adolescencia temprana (10-13 años).

Observamos, que, a partir de la mayoría de edad, se mantiene la cifra de alrededor de 1.000 personas atendidas por grupo de edad, con un total de 16.893 registros, equivalente a un 85,26% de la totalidad.

Sabemos que a medida que la edad aumenta, se incrementa la probabilidad de aparición de patologías crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus ...). Lo cual, puede derivar en más demanda de prestaciones, de información, así como tramitaciones y coordinación con otros servicios o recursos para atender aquellas situaciones de dependencia derivadas de la enfermedad. Funciones que llevan a cabo los/las trabajadores/as sociales sanitarios/as.

Registramos un descenso muy significativo a partir de los 90 años, prácticamente baja a la mitad, esto se debe a la superación de la esperanza de vida, que como nos indica el INE: *“En el año 2021, con cifras definitivas, a nivel nacional la esperanza de vida al nacer se sitúa en 83,1 años. Se produjo una subida de 0,7 años de la esperanza de vida en el 2021, en relación con el año anterior”*

En la siguiente tabla, hacemos una distinción de dos años sucesivos, en función del sexo, de las personas que acuden a consulta de trabajo social.

2022		2021	
HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
41.5%	58.5%	43.6%	56.4 %

Vemos claramente que las mujeres son las que más acuden a los/as profesionales de trabajo social, con un porcentaje de alrededor de un 15 % en relación a los hombres, que se incrementa con respecto al año anterior. Esto puede tener una doble explicación, por una parte, porque la mujer ejerce el rol de cuidadora, herencia derivada de los estereotipos tradicionales de género, tanto en el cuidado de hijos/as como de familiares, y ello en ocasiones puede derivar en situaciones de estrés y sobrecarga, precisando de apoyo y refuerzo en dichos momentos. Por otra parte, la mayor esperanza de vida de las mujeres en relación con los hombres. Según datos del INE de 2022, en España había 15.257 mujeres con más de 100 años, mientras que tan solo había 4.382 hombres mayores de 100 años.

Para reafirmar nuestra hipótesis, como ejemplo vinculado a nuestro entorno laboral, podemos ver que solo en la Conselleria de Sanidad en su plan de Igualdad 2023-2027 se refleja que en cuanto a permisos y licencias por conciliación en el caso de enfermedad grave de un familiar un 81,44% son las que mujeres las que lo solicitan.

Una vez tenemos identificado el perfil de la población que se atiende desde el trabajo social, pasamos a analizar el tipo de intervención que se lleva a cabo, diferenciando entre el nivel individual y las actividades comunitarias, tal como aparece reflejado en Abucasis.

La **intervención individual** se realiza teniendo en cuenta las características y necesidades específicas de cada usuario/a y el momento particular en que esté inmerso, basándose en los principios de: individualización, aceptación, autodeterminación, no enjuiciamiento, respeto y confidencialidad, y cuyos objetivos persiguen la capacitación, integración en el medio social, accesibilidad y el empoderamiento.

Podemos extraer los siguientes datos:

En primer lugar, hay que diferenciar el tipo de cita, que puede ser a demanda, cuando es el/la usuario/a quien la solicita, o concertada, cuando el/la profesional de trabajo social u otros/as profesionales sanitarios/as lo determinan, o por acuerdo con el/la usuario/a. En ambos casos, se debe elegir la forma de atención que precisa, presencial o telefónica. También se llevan a cabo visitas domiciliarias cuando se considera conveniente.

En el periodo anual de 2023 tenemos 13.806 atenciones a demanda, frente a 4.598 concertadas, lo que significa que un 75 % de la atención prestada es a demanda de los/as usuarios/as.

En la siguiente tabla vemos, que tanto si es una primera cita, como de seguimiento, existen diferencias en cuanto al tipo de consulta.

	CENTRO	DOMICILIO	TELÉFONO
2023	80.82%	0.8%	18.11%
2022	80.23%	1.2%	18.55%
2021	71%	0.89%	27.5%

Podemos apreciar que sigue primando la atención presencial, frente a la atención telefónica, y que la atención domiciliaria presenta cifras muy bajas, ya que se realiza de forma excepcional cuando el/la usuario/a no puede desplazarse al centro de salud, o bien cuando precisamos conocer y valorar el contexto y/o interacciones familiares en el propio domicilio

La atención telefónica se mantiene, formato que se fomenta durante la etapa de confinamiento por la pandemia de Covid 19, con el objetivo de evitar contactos, y por la prohibición de salir de casa por el estado de alarma. En el año 2020, se realizaron 2.949 atenciones telefónicas. En 2021 aún con los coletazos del Covid 19 la cifra de atención telefónica es bastante significativa, representando una cuarta parte de la atención prestada. Desde 2022 se mantiene un porcentaje de alrededor de un 18 % de atención telefónica, dado que para determinados temas se ha normalizado dicha atención, ya sea porque no precisa de la presencialidad para ser atendidos, o porque en ocasiones es difícil poder acudir a consulta presencial por trabajo, lejanía, etc.

En el Departamento de Salud de Alcoy, desde el año 2019, se ofrece atención a través de correo electrónico corporativo, que posibilita el intercambio de información sobre trámites y actuaciones desarrolladas en el ámbito del trabajo social sanitario, cumpliendo con la normativa vigente en materia de protección de datos y evitando que se vulnere el secreto profesional.

Si observamos la tabla, que recoge datos desde la puesta en marcha hasta la fecha actual, se aprecia un descenso en la atención prestada por esta vía, esto puede ser debido a que los/as usuarios/as, siguen prefiriendo la atención presencial para recibir información o asesoramiento directo y con feedback ante problemas sociales.

2023	2022	2021	2020	2019
57	75	87	89	67

Las **actividades comunitarias** son aquellas realizadas en un territorio con participación de la población, dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas o necesidades.

En Abucasis hay un apartado específico para registrar todas aquellas actividades comunitarias que se lleven a cabo, donde se reflejan tanto los/as profesionales que la llevan a cabo, como los/as usuarios/as participantes.

Los/as trabajadores/as sociales son un colectivo muy activo en la dinamización de la comunidad, por lo que llevan a cabo, tanto individualmente como en colaboración con otros/as profesionales, actividades dirigidas a la población.

En el último año el 70% de trabajadores/as sociales han participado en al menos una actividad comunitaria. Enumeramos las que han sido celebradas durante los dos últimos años:

PIES, charlas sobre sexualidad, embarazo y consumo de tóxicos; talleres de orientación a futuros padres y madres, cuidadores de personas dependientes, convivencia en el medio educativo, “Conoce tu centro de Salud”, empoderamiento de mujeres víctimas violencia de género, higiene femenina; mesa redonda sobre ayudas y prestaciones sociosanitarias-jurídicas a pacientes crónicos.

6. CONCLUSIÓN

Este trabajo nos ha permitido plasmar la realidad del desarrollo profesional de los/as trabajadores/as sociales del departamento de salud de Alcoy, teniendo en cuenta el entorno espacio temporal donde llevan a cabo su intervención.

Tras el análisis e interpretación de los datos, podemos concluir que los principales problemas atendidos son aquellos relacionados con aspectos sanitarios, seguidos de problemas derivados de la enfermedad.

Lo que nos permite ratificar que la enfermedad provoca una desorganización en el sistema familiar y que el desajuste puede tener diferentes intensidades que van a estar influenciadas por el tipo de enfermedad y la dinámica del grupo familiar en torno a ella.

De ahí la importancia de que en el ámbito sanitario se ofrezca una atención integral y multidisciplinar, y un abordaje centrado en la persona, que requiere de diferentes habilidades y conocimientos, e implica que se debe trabajar en colaboración, de manera más integrada, combinando sus perspectivas y habilidades para lograr un objetivo común.

Los centros de salud son la puerta de acceso a la sanidad, es importante que el/la profesional de trabajo social esté presente, porque son servicios accesibles para toda la población, y somos referentes ante problemas sociales.

Los/as trabajadores/as sociales en el sistema sanitario son el enlace en la coordinación, tanto con los/as profesionales de atención sanitarios, como con otros sistemas asistenciales como el educativo, judicial, servicios sociales, etc, según las necesidades que presenten los/as usuarios/as.

Remarcar que desde la atención primaria se realiza tanto atención individual como actividades comunitarias, y en este momento se aboga por la promoción de la salud, hábitos saludables y la prevención a través del desarrollo de actividades comunitarias.

No podemos hacer una comparativa con los datos de otros Departamentos de Salud dado que no hemos encontrado estudios previos de igual tipología.

Coincidimos plenamente con las conclusiones reflejadas en la publicación de la Conselleria de Salud de Mallorca “Reordenación del trabajo social sanitario en la atención primaria de salud” dado que la atención a las nuevas necesidades de salud de la población, y teniendo en cuenta la especificidad del trabajo social sanitario en atención primaria, las áreas de actuación prioritarias deben ser la atención a las personas en situación de riesgo social que repercute negativamente en su salud, asesoramiento a los profesionales sanitarios de los equipos multidisciplinares y atención comunitaria.

En la publicación del Servicio Extremeño de Salud “Organización y Funcionamiento del Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria de Salud” podemos observar similitudes en cuanto a los tipos de atención y colectivos atendidos, aunque nuestros datos no nos permiten hacer la misma diferenciación.

Este estudio de ámbito departamental, debe servir para reflexionar ante los nuevos problemas y necesidades sociales que están surgiendo en la sociedad, que inciden en la salud y bienestar de las personas, para tener la oportunidad y el reto de adaptarnos y gestionar aquellos cambios que permitan la toma de decisiones y priorización de actuaciones, en cuanto a la prevención de situaciones problema y atención adecuada posibilitando un mejor acceso y calidad.

7. PROPUESTAS INNOVADORAS

En esta época tecnológica y de cambios vertiginosos en la sociedad y en la vida de las personas, es necesario estar alerta a los mismos, para adaptarnos y actualizarnos al momento actual. Los/as profesionales de trabajo social dadas las inquietudes ante estos cambios han llevado a cabo algunas actividades innovadoras.

Detectada la necesidad de formación y actualización en temas de interés para el desarrollo de nuestra profesión, iniciamos un programa de sesiones formativas, que contribuye a homogeneizar intervenciones y actualizar información, generalmente asociada a nuevas realidades que generan cambios en nuestro quehacer profesional. El inicio se produjo en el año 2022 y desde entonces se ha ido ampliando, tanto en lo que respecta al número de sesiones formativas, como a su duración, a la vez que también se ha incrementado el número de asistentes, ascendiendo este último año al 94 % de profesionales de trabajo social del Departamento.

Este año ante la petición de participación en la formación de profesionales de trabajo social de otros departamentos, de servicios sociales municipales, así como de otros recursos, se decidió abrir la inscripción para que pudieran participar, llegando a contar con la inscripción de 74 personas. La formación tiene una periodicidad mensual, y se puede participar presencial o online, dichas sesiones son grabadas para posteriormente poder visualizarlas de nuevo o poder compartirlas con otros/as profesionales interesados/as.

Además los/as profesionales de trabajo social del departamento cuentan con un equipo de nuevas tecnologías que se encargan de divulgar información sobre actividades y temas de interés a través de redes sociales. Así mismo, en la página web departamental que ha sido reeditada con motivo de su nueva creación, se dispone de un apartado donde se expone información sobre trámites e intervención de los profesionales de trabajo social.

Es importante mantener e impulsar la participación activa de este colectivo en comisiones interdisciplinarias y grupos de trabajo, así como en protocolos y guías de actuación para generar las actuaciones necesarias que contribuyan a un abordaje holístico.

Y por último, se deben fomentar espacios de encuentro interdepartamentales, tanto formales como informales, donde se generen sinergias y se compartan buenas prácticas e inquietudes y se busque la mejora común aportando diferentes perspectivas, para ello se puede hacer uso de las nuevas formas de comunicación actuales (videoconferencias, grupos en redes...) que permiten este acercamiento sin necesidad de desplazamientos.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Sánchez Rodríguez, M. (2020). Intervención social desde el Trabajo Social. En: Gil Claros, M. F. (Ed. Científica). *Pensando la Intervención Social*. (pp. 67-73). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali
- Pérez Porto, J., Gardey, A. (20 de mayo de 2014). *Riesgo social—Qué es, definición y concepto*. Definicion.de. Última actualización el 8 de junio de 2021. Recuperado el 28 de agosto de 2023 de <https://definicion.de/riesgo-social/>
- Glosario de Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud, 2021. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/glosario/home.htm>
- Colom Masfret, D. *El trabajo social sanitario. Atención Primaria y atención especializada. Teoría y práctica*. Madrid: Colección Trabajo Social. Siglo XX; 2008
- Plan igualdad; Conselleria de Sanidad, 2024
- Memoria de Gestión del Departamento de Salud de Alcoy de 2022. Página Web Departamento Salud Alcoy
- Protocolo para la prevención y atención de la violencia de género desde el sistema valenciano de salud (PDA). Conselleria de Sanidad Universal y salud pública 2020
- Guía de actuación sanitaria ante la violencia de género. (para profesionales). Conselleria de Sanidad Universal y salud pública 2020
- Monrós Chancos, M. Sistema de información automatizado para el espacio sociosanitario. Un esfuerzo de coordinación sociosanitaria *Revista Trabajo social y salud*, 2018
- Mir Labalsa, V. Sistemas de registro de trabajo social sanitario en atención primaria de salud. *Comunidades sostenibles: dilemas y retos desde el trabajo social*, 2017
- Reordenación del trabajo social sanitario en la atención primaria de salud. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, 2019
- Organización y Funcionamiento del Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria de Salud. Junta de Extremadura Consejería de Sanidad y Dependencia 2007

La migración digital de la prostitución: efectos sobre el consumo e ideología en la población joven universitaria

Modalidad: Investigación profesional en Trabajo Social

María Frutos Quintero

Graduada en Trabajo Social por la Universidad de Málaga

Resumen

Este proyecto explora cómo la prostitución ha migrado al entorno digital, haciéndola más accesible y generando debates ideológicos. Desde el feminismo hasta la sexología, se discuten posturas que ven a la prostituta como trabajadora, víctima o bajo estigma. Un estudio cuantitativo, con 103 participantes, que tiene como principal objetivo estudiar el consumo y producción de esta nueva forma de prostitución, revela que los hombres consumen más estos contenidos y apoyan la regulación, mientras que las mujeres abogan por el abolicionismo. Aunque la mayoría coincide en que estos espacios perjudican a las mujeres, se prefiere la regulación sobre la abolición. El Trabajo Social juega un papel clave en la concienciación sobre este fenómeno.

Palabras clave

Prostitución. Trabajo sexual. Digitalización. Estigma.

DIGITAL MIGRATION OF PROSTITUTION: EFFECTS ON CONSUMPTION AND IDEOLOGY AMONG THE YOUNG UNIVERSITY POPULATION

Abstract

This project explores how prostitution has migrated to the digital realm, making it more accessible and generating ideological debates. From feminism to sexology, various perspectives are discussed, viewing the prostitute as a worker, a victim, or under stigma. A quantitative study, involving 103 participants and primarily focused on the consumption and production of this new form of prostitution, reveals that men consume this content more frequently and support regulation, while women advocate for abolitionism. Although most agree that these platforms negatively impact women, regulation is preferred over abolition. Social Work plays a key role in raising awareness about this phenomenon.

Keywords

Prostitution. Sex work. Digitalization. Stigma.

1. INTRODUCCIÓN

La prostitución, frecuentemente descrita como “el oficio más antiguo del mundo”, ha estado presente en diversas culturas y épocas. Históricamente, esta actividad ha sido mayoritariamente desempeñada por mujeres, lo que ha vinculado su percepción social a factores como la inequidad de género. Con la llegada de internet, se ha producido una migración de la prostitución desde el ámbito físico hacia los espacios digitales, transformando tanto su consumo como las formas de interacción social entre individuos. Esta evolución ha dado lugar a la creación de servicios sexuales en línea, a través de plataformas digitales que replican en muchos aspectos los intercambios característicos de la prostitución tradicional, aunque sin requerir contacto físico directo entre trabajadoras y clientes.

Este fenómeno, en constante expansión, plantea interrogantes cruciales sobre su regulación, impacto social y la protección de los derechos de las trabajadoras involucradas. Por ello, la principal motivación de este proyecto radica en la obtención de una mirada general de aspectos concernientes a este fenómeno, con el fin de dar respuestas a través del Trabajo Social.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. La prostitución como oficio controversial: un breve abordaje histórico

La prostitución, considerada popularmente como “el oficio más antiguo del mundo”, se define como la prestación de actividades sexuales a cambio de compensación económica (Giddens, 2000). Esta actividad ha dejado su huella en prácticamente todas las civilizaciones, desde el Imperio Romano hasta la India Clásica (Tubert, 2013). Sin embargo, su percepción social ha estado profundamente ligada a la posición de las mujeres en distintas épocas y culturas. A modo de ejemplo, en la Antigua Grecia, las denominadas *hetairas* gozaban de un estatus elevado (Pomeroy, 2004), a diferencia de la Edad Media o el Renacimiento, cuya imponente influencia eclesiástica trajo consigo una visión criminal y estigmatizada de las prostitutas, siendo catalogadas como “libertinas” o “mujeres de dudosa moral” (Collantes, 2018), lo que supuso su desprotección social frente a delitos de índole sexual.

2.2. Principales modelos ideológicos de la prostitución

No fue sino a partir del siglo XX cuando surgen las primeras teorías sociales y políticas sobre la prostitución. La docente en derecho penal Carolina Villacampa (2007) sostiene tres modelos principales: prohibicionismo, abolicionismo y reglamentarismo.. Del mismo modo, Gimeno (2012) sitúa estas dos últimas vertientes como las principales posturas enfrentadas en la sociedad actual.

2.2.1. Modelo prohibicionista

La perspectiva prohibicionista reconsidera la prostitución como un problema social, pero esta vez, no percibe a la prostituta como una víctima, sino como una criminal. Esta posición contempla la prostitución como una actividad ilícita, y la estigmatiza en todo su conjunto, abogando por la sanción a todas las partes que comprenden este oficio, tanto prostituta, como proxeneta y como cliente (Rubio, Sirvent, Arribas y Otero, 2018).

2.2.2. Modelo Abolicionista

Según la secretaria de la Mujer de la Confederación Sindical de C.C.O.O Carmen Bravo (2007), el abolicionismo considera la prostitución como una actividad incompatible con la emancipación de las mujeres, y por ello se las percibe como víctimas del sistema patriarcal. Entre las principales exponentes que secundan esta vertiente se encuentra la activista Amelia Tiganus, cuya postura está muy ligada a su experiencia como víctima de trata. Tiganus (2017) identifica los burdeles como campos de concentración, indicando la prostitución como un pilar primario y principal en el sistema patriarcal; y, al mismo tiempo, como un oficio concomitante con la desigualdad entre mujeres y hombres (Tiganus, 2021).

2.2.3. Modelo reglamentarista (o del Trabajo Sexual)

El reglamentarismo propone una óptica de regulación de la prostitución, acotando zonas en las que ésta podría ejercerse con el fin de limitar la propagación de enfermedades infecciosas atribuidas a mujeres que la realizan la (Villacampa, 2020). Como exponentes del modelo regulacionista se destacan Justine Abellán (2007), exprostituta, mediadora e impulsora de la construcción de un sindicato para trabajadoras y trabajadores del sexo, o Linda Sánchez, activista y actriz postpornográfica y actual secretaria de la Organización de Trabajadoras Sexuales, entidad que ofrece talleres o asesoramiento legal a favor de la protección de los derechos de las trabajadoras sexuales (OTRAS, s.f.).

3.2. Influencias digitales sobre el ejercicio de la prostitución

La digitalización trajo consigo la invención de las redes sociales, definidas por muchos autores como espacios virtuales que permiten a los usuarios relacionarse entre sí, publicar contenidos, así como construir comunidades (Urueña, Ferrari, Blanco y Valdecasa, 2011). Esto ha supuesto, como bien se conoce, la migración de fenómenos tangibles como podían serlo la prensa a la realidad intangible; y con ello, también ha arrastrado la prostitución callejera a espacios de internet. A este suceso, la directora de cine social Mabel Lozano (2022) lo denomina “prostitución 2.0”, señalando que este oficio en internet se presenta como una especie de prostitución virtual, a través de la cual creadores y consumidores realizan un intercambio sexual no necesariamente físico.

Los tres portales más popularizados en torno a este fenómeno son la pornografía, OnlyFans y el modelaje WebCam (Delva y González, 2022), cuya popularidad ha aumentado crecientemente al punto de promover accesos cada vez más tempranos.

3.2.1. Pornografía, Modelaje WebCam y OnlyFans: diferencias y controversias en el consumo y socialización de personas jóvenes

Las tres plataformas mencionadas presentan como denominador común su accesible contenido adulto. No obstante, tienen como principal peculiaridad la forma en que éste se produce.

La pornografía, según Malem (1992) constituye aquellas imágenes que hacen referencia a las representaciones sexuales realizadas en un contexto de intimidad, y que puede

manifestarse en películas, fotografías, revistas o libros, e internet. En la conferencia *La Sexualidad en la Era del Click* (2023) organizada desde la Universidad de Málaga, la psicóloga y sexóloga Nayara Malnero (2023) aborda la concatenación entre la digitalización y la accesibilidad a estos contenidos, pues las restricciones de edad con eficiencia comprobatoria son exiguas en estas plataformas, lo que supone un acceso temprano, de concretamente, ocho años de edad, y de manera completamente involuntaria (Malnero, 2023).

Por otro lado, El *webcamming* es considerado una forma de trabajo sexual que ha crecido en los espacios digitales en los últimos veinte años (Orduz, 2021). Esta práctica se conoce como la exposición de contenido erótico a través de espectáculos transmitidos en directo por una modelo, mayormente en solitario y en espacios íntimos como la propia habitación, utilizando plataformas para este fin tales como MyFreeCams o Streamate. A diferencia de la pornografía, estos espacios ofrecen contacto entre la creadora y el cliente, donde éste puede demandar contenido a cambio de *tokens*, moneda virtual canjeable en dinero físico.

OnlyFans es una plataforma fundada en 2016, donde alrededor de dos millones de creadores producen contenido sexual explícito, y que alberga más de 130 millones de usuarios (Lippman, Lawlor y Leistner, 2022), donde el 80% de beneficios los obtiene el creador, y un 20% la propia plataforma (González, 2021). Para acceder al contenido es indispensable una suscripción mensual, lo que ha supuesto oportunidad

El principal motor que sitúa estas invenciones en el punto de mira social se basa en la incidencia de la mirada masculina sobre la creación y demanda de contenidos, lo que causa consecuencias sobre los roles de género y la capitalización del cuerpo de las mujeres. En la actualidad, las páginas web pornográficas más conocidas son *PornHub* y *Xvideos* se encuentran en el top 10 de páginas de internet más visitadas, según el último informe emitido por We are social (2022). Asimismo, un 80,31% de su público está compuesto por hombres, frente a un 19,69% de mujeres (SimilarWeb, s.f.). Se ha discutido además, la presencia de una especie de “falso empoderamiento”, que sitúa la hipersexualización del cuerpo femenino como medio de validación social, que realmente perpetúa una violencia simbólica sobre el cuerpo de las mujeres (Serat, 2021; Bolaños, 2022). Ballester, Orte y Pozo (2014) y (Kor 2014) desarrollan el concepto de “nuevas pornografías” aludiendo a su mayor accesibilidad, mejor calidad, gratuidad, y con gran cantidad de géneros; del mismo modo, un informe de Save The Children (2020) aborda también este concepto, señalando que, de ser el hombre heterosexual su público objetivo, ésta reproduce prácticas que muestran la subordinación de las mujeres, desde escenas de riesgo como la imitación de violaciones, o la ausencia de preservativo. En el mismo estudio se extrajo, por un lado, que un 81,6% de hombres consumieron pornografía en el último mes, frente a un 40,4% de mujeres; y por otro, que un 55% de chicas, junto a la mayoría de jóvenes de género no binario, negaban fervientemente la representación de relaciones igualitarias en estos contenidos, siendo sólo un 31,1% de hombres los que secundaron esta opinión.

Es pertinente destacar un concepto prevalente en las plataformas de Modelaje Web-Cam. Éste se conoce como *doxxing*, y se define como la tendencia a recabar información personal de las creadoras con fines manipulativos, con la condicional de realizar prácticas no deseadas por la modelo (Jones, 2016).

3. JUSTIFICACIÓN Y UTILIDAD POTENCIAL DEL ESTUDIO

El estudio de la prostitución es fundamental, no solo por su larga historia, sino también por las implicaciones sociales y políticas que conlleva en una actualidad influenciada por la digitalización. Se plantea que la migración de la prostitución a entornos digitales ha transformado no solo la naturaleza del trabajo sexual, sino también las percepciones sociales y el consumo asociado a una edad muy prematura de primer contacto, junto con un mayor consumo en hombres que en mujeres.

Este estudio tiene la potencialidad de contribuir al entendimiento de cómo las plataformas digitales afectan las experiencias de las trabajadoras sexuales y los consumidores, cada vez más jóvenes. Además, puede proporcionar información valiosa para desarrollar políticas públicas que protejan los derechos de las trabajadoras sexuales, a la vez que se fomenta un enfoque más inclusivo y equitativo en el trabajo sexual. Al abordar el tema desde diversas perspectivas, se espera que este trabajo sirva como un recurso para académicos, activistas y responsables de políticas que buscan entender y mejorar las condiciones de vida y trabajo en este ámbito.

4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio tiene como objetivo general **estudiar la influencia, producción y consumo en la era digital de la prostitución.**

Y como objetivos específicos:

O.E.1. Conocer el posicionamiento ideológico que se tiene acerca de la prostitución en la era digital.

O.E.2. Conocer el consumo o ejercicio de prostitución en la era digital.

O.E.3. Conocer la influencia del género en el consumo e ideología de la población.

5. METODOLOGÍA

Este proyecto se estructura primeramente con una parte bibliográfica de fuentes secundarias, y por consiguiente parte de una metodología cuantitativa, consistente en una encuesta online, transversal y cerrada confeccionada en *Google Forms*. El cuestionario consta de 17 ítems, algunos de selección múltiple, que se ha difundido a través de redes sociales y a estudiantes universitarios de la provincia de Málaga. Para el desglose de resultados se han empleado fórmulas matemáticas desde el soporte informático Microsoft Excel, que facilitan una descripción estadística estructurada de la siguiente manera:

- **Frecuencias y porcentajes:** Se utilizan frecuencias absolutas y porcentajes para describir las características de la muestra, como el género (103 participantes: 66 mujeres, 34 hombres y 3 personas no binarias). Se aplican tanto a los datos demográficos como a las respuestas sobre el primer contacto con internet, el consumo de plataformas digitales y las opiniones ideológicas sobre la prostitución digital.
- **Segregación por género:** De muchos resultados se extrae su separación por géneros, a fin de destacar diferencias en las respuestas de hombres, mujeres y personas no binarias.

- **Promedios:** Para calcular tendencias en el consumo, se emplean medias aritméticas simples, como la frecuencia de acceso a internet o el contacto con contenido de prostitución digital.
- **Gráficos y tablas:** Los datos se representan visualmente a través de gráficos y tablas, que organizan la información en categorías que ofrecen los resultados de manera más clara.
- **Contrastes ideológicos:** Se comparan posturas ideológicas abolicionistas y regulacionistas.

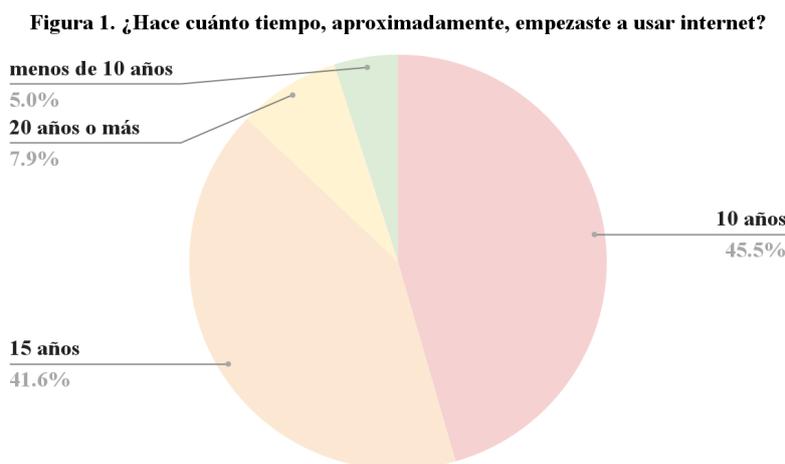
Dado que esta investigación se orienta a la población joven, se ha considerado un criterio formal para delimitar las edades que engloban la juventud, que acorde con la Organización de las Naciones Unidas (s.f.), comprendería un rango de entre 18 a 24 años. Para asegurar rigurosidad en esta muestra, se ha habilitado una especificación de la edad en el propio cuestionario, por lo que fue requerido un descarte de respuestas cuyo rango de edad era mayor o menor que el requerido. Esto quiere decir que, de 127 respuestas, se seleccionaron 103.

Por último, es pertinente destacar el descarte de dos preguntas consideradas irrelevantes en la investigación. La primera, se trataba del estado civil, que finalmente fue una variable no considerada; y “conoces estos espacios de internet?”, pero, dado que todos los participantes conocían dichas plataformas, se consideró redundante incluirla.

6. RESULTADOS

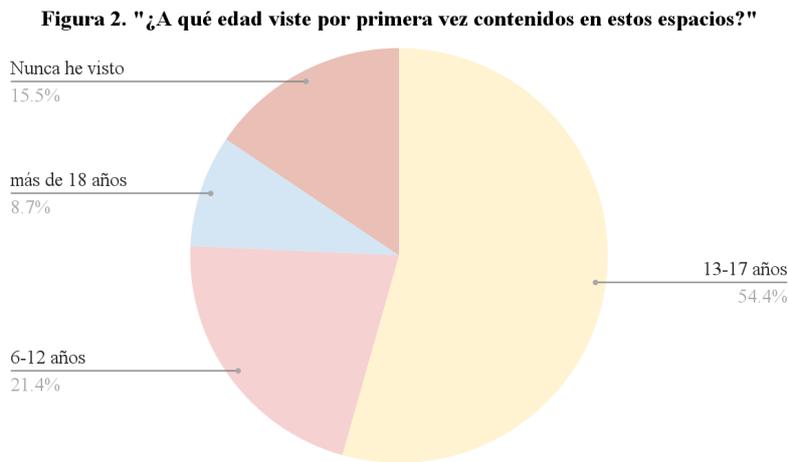
Atendiendo en primer lugar a las variables demográficas, se extrae que, de N=103 participantes, 66 fueron mujeres y 34 hombres. Las personas de género no binario supusieron 3 participantes.

En primer lugar, se abordó acerca del primer contacto con internet mediante la cuestión formulada en la Figura 1. Se aprecia que la mayor parte de la población accedió por primera vez a los 10 años, suponiendo un 45,5%. El porcentaje más bajo se encuentra en quienes accedieron hace menos de 10, con un 5%.



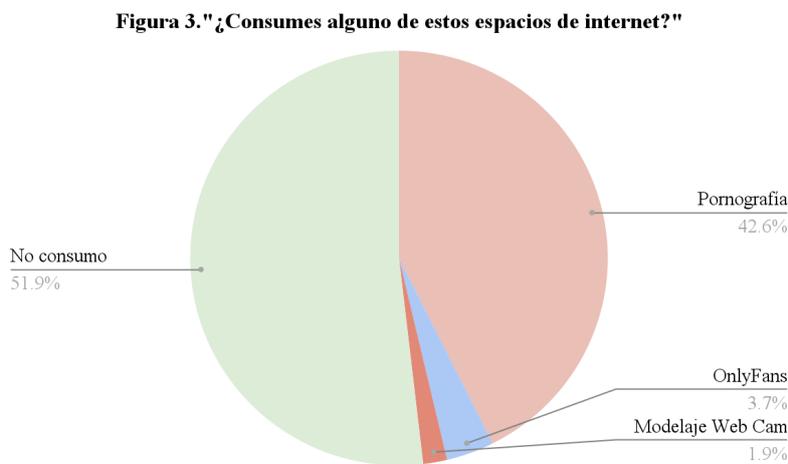
Fuente: elaboración propia

A continuación, figura 2 muestra el primer contacto con los contenidos. La mayoría de participantes (54,4%), accedió por primera vez en plena adolescencia, en una edad de 13-17 años, siendo el segundo porcentaje más alto en aquellas personas que accedieron en la infancia, a los 6-12 años (21.4%) Un aspecto a destacar, es que el porcentaje más bajo reside en aquellas personas que accedieron por primera vez en la mayoría de edad, que suponen un 8,7%. Por otro lado, un 15,5% pareció no mostrar interés por la visualización de los presentes contenidos.



Fuente: elaboración propia

Una vez abordado el primer contacto con internet y la prostitución digital se ha procedido a ahondar en el consumo actual. Esta parte de la encuesta comienza con la pregunta "¿consumes algunos de estos espacios de internet?", en la cual, el porcentaje más alto se encuentra en aquellas personas no consumidoras, que comprenden un 51.9%. En esta ocasión, la pornografía y OnlyFans presentan una diferencia porcentual mucho mayor, pues con diferencia, la primera es la más consumida con un 42.6% de personas frente a OnlyFans, con un 3.7%. Nuevamente, el modelaje Webcam muestra el porcentaje más bajo, con tan sólo un 1,9% de consumidores, tal como se muestra en la Figura 3.



Fuente: elaboración propia

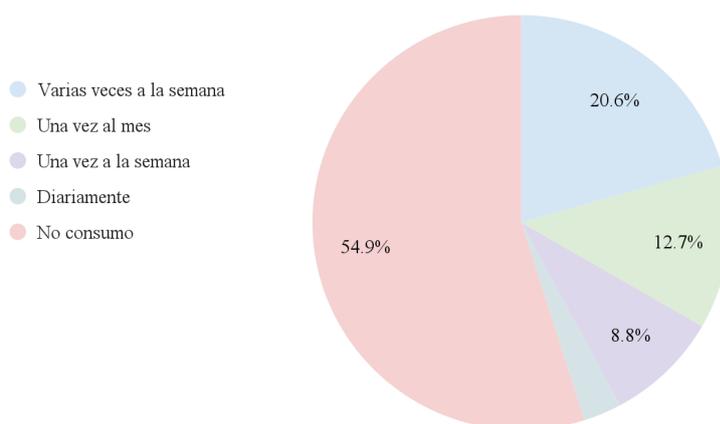
A continuación, se clasificaron las respuestas de esta cuestión por géneros mediante la suma total del consumo de las tres plataformas ofrecidas, y tal como muestra la Tabla 1, la mayoría de hombres resultaron ser consumidores, suponiendo un 82.2%. Por otro lado, tanto mujeres como personas no binarias presentan el porcentaje más alto en la ausencia de consumo, con un 72.7% en el primer caso, y un 67% en el segundo.

Tabla 1. "¿Consumes alguno de estos espacios de internet?" Según el género		
Género	Consumidor/a (Pornografía, <i>OnlyFans</i> , Modelaje Web cam)	No consumidor/a
Hombres (N=34)	82.2%	17.6%
Mujeres (N=66)	27.3%	72.7%
No binarios (N=3)	33%	67%

Fuente: elaboración propia

Al igual que en la Figura 3, el porcentaje más alto respecto a la frecuencia de consumo se dio en la ausencia de éste, con un 54.9%, seguido de una frecuencia de "varias veces a la semana," con un 20.6%. La frecuencia diaria de visualización comprendió el menor porcentaje, con tan sólo un 2.9% de personas.

"De haber marcado alguna, ¿con qué frecuencia?"



Fuente: elaboración propia

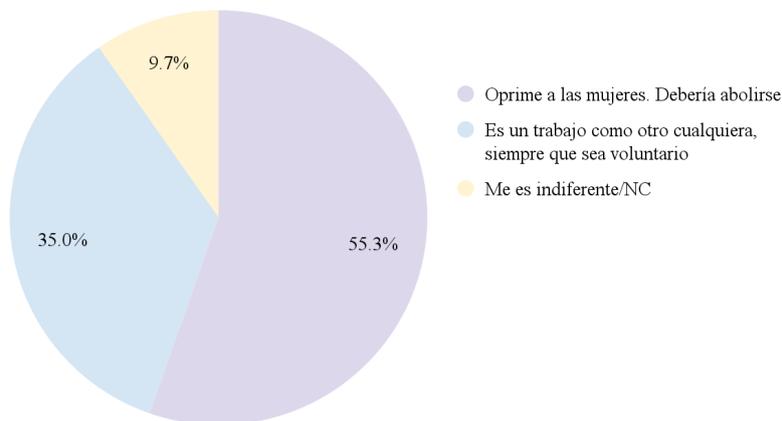
No obstante, en lo que respecta al género de los participantes nuevamente se repite una casuística contemplada en la Tabla 1, y es que de N=34 hombres, el porcentaje más alto se dio en el consumo de una frecuencia de 52.9%, y nuevamente, las mujeres (N=66) y las personas no binarias (N=3) muestran el porcentaje más alto en la ausencia de consumo, un 72,7% y un 66,7%, tal como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. "De haber marcado alguna, ¿con qué frecuencia?" Según el género					
	Diariamente	Varias veces a la semana	Una vez a la semana	Una vez al mes	No consumo
Hombres (N=34)	8,8%	52,9%	14,7%	5,9%	17,6%
Mujeres (N=66)	0%	4,5	6,1	16,7	72,7%
No binarios (N=3)	0%	0%	0%	33,3%	66,7%

Fuente: elaboración propia

A continuación, la Figura 4 introduce el área ideológica de la encuesta, en la cual se expone qué opinión presentan los participantes acerca de la prostitución (en su conjunto). Pudiéndose apreciar que una buena parte comprende una óptica abolicionista, concretamente un 55.3%.

Figura 4. "¿Qué opinión tienes acerca de la prostitución?"



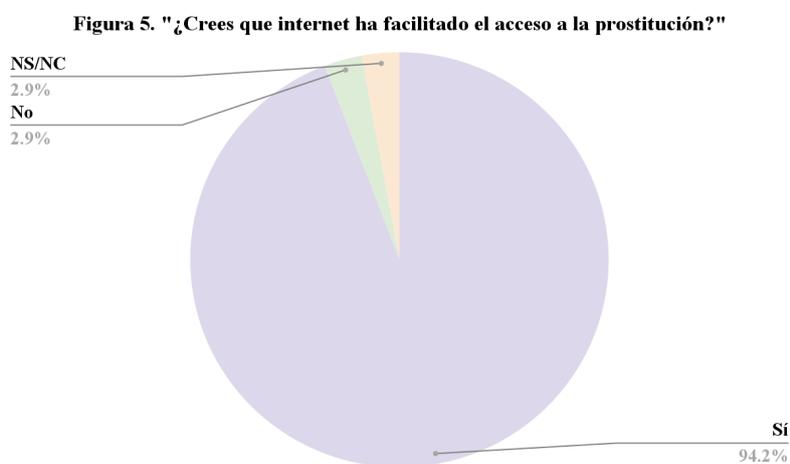
Fuente: elaboración propia

No obstante, cuando nuevamente segregamos las respuestas por géneros, se repite la polarización entre respuestas de los hombres frente a las mujeres y personas no binarias, pues un 52,9% seleccionó “es un trabajo como otro cualquiera, siempre que sea voluntario”, frente a las mujeres y personas no binarias, que seleccionaron en su mayoría la opción “Oprime a las mujeres. Debería abolirse” con un 66.7% en ambos casos.

Tabla 3. “¿Qué opinión tienes acerca de la prostitución?” Según el género			
	Oprime a las mujeres. Debería abolirse	Es un trabajo como otro cualquiera, siempre que sea voluntario	Me es indiferente/NC
Hombres (N=34)	32,4%	52,9%	14,7%
Mujeres (N=66)	66,7%	25,8%	7,6%
No binarios (N=3)	66,7%	33,3%	0%

Fuente: elaboración propia

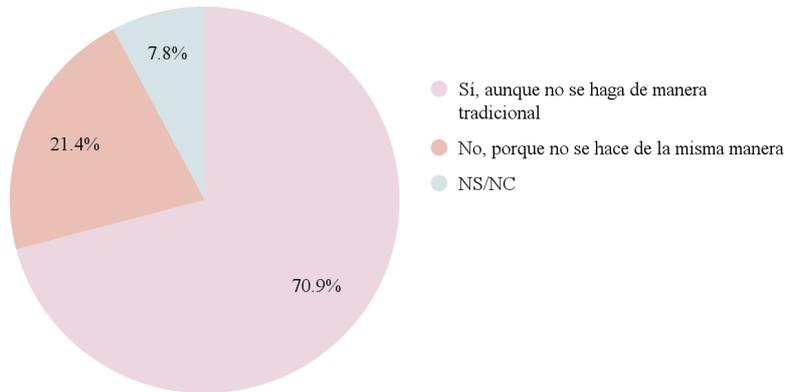
En la Figura 5, se observa que una mayoría significativa afirma que internet ha facilitado el acceso a la prostitución, con un 94.2%.



Fuente: elaboración propia

Por consiguiente, en la Figura 6 se aprecia que la mayoría de participantes (70.9%) considera que las plataformas mencionadas en el consumo pueden ser percibidas como una manifestación de la prostitución, aunque no dependa de un espacio público para llevarse a cabo.

Figura 6. "¿Consideras que crear de contenido en páginas como pornografía, OnlyFans o modelaje Web Cam podría considerarse prostitución?"

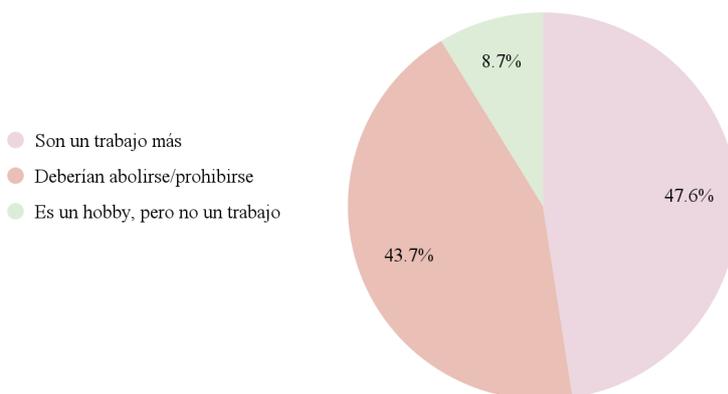


Fuente: elaboración propia

A continuación, se pretendía conocer de qué manera afectaba la existencia de estos espacios sobre los usuarios jóvenes de internet, y como se muestra en la Figura 7, una mayoría de 47.6% participantes seleccionó "son un trabajo más". Habiendo cierta analogía porcentual con el 43.7% que seleccionó "Deberían abolirse/prohibirse".

Tan sólo un 8.7% de encuestados los percibía de una forma más ociosa y vocacional, sin deseo de abolirla, pero tampoco de identificarla como un trabajo corriente.

Figura 7. "¿Qué opinión te merece la existencia de estos espacios en internet? (Pornografía, OnlyFans, modelaje Web Cam)"



Fuente: elaboración propia

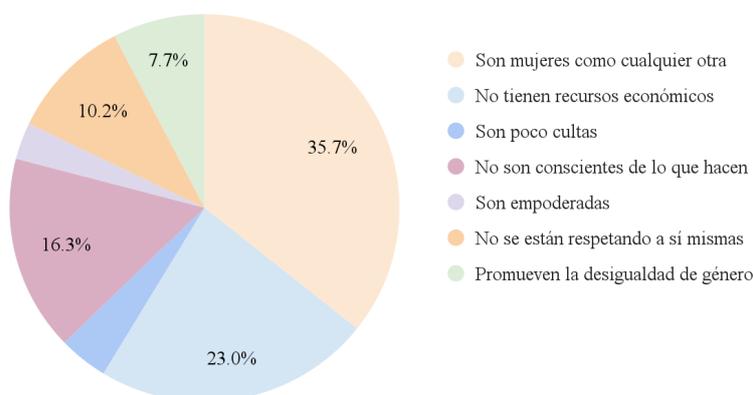
La tabla 4, que segrega a los encuestados por género, repite lo contemplado en las tablas anteriores, y es que la respuesta más repetida por las mujeres y las personas no binarias se da en la opción explícitamente más abolicionista, pues en el caso de las mujeres comprende un 56,1%, y un 66.7% en personas no binarias. En cambio, el porcentaje más alto en hombres se dio en la opción “son un trabajo más”, con un 70.6%.

Tabla 4. “¿Qué opinión te merece la existencia de estos espacios en internet? (Pornografía, OnlyFans, modelaje Web Cam)” Según el género			
	Son un trabajo más	Es un hobby, pero no un trabajo	Deben abolirse/prohibirse
Hombres (N=34)	70,6%	11,8%	17,6%
Mujeres (N=66)	36,4%	7,6%	56,1%
No binarios (N=3)	33,3%	0%	66,7%

Fuente: elaboración propia

Una de las preguntas, con opción de respuesta múltiple, pretendía conocer qué percepciones tenía la población sobre las mujeres que activamente ejercen en estas plataformas. En la Figura 8 se contempla cierta versatilidad en el mayor de los porcentajes, pues mientras el menor de ellos se dio en “son empoderadas”, con un 3,1%, otros más despectivos como “son poco cultas” fue seleccionado tan sólo por un 4,1% de personas. En cambio, “son mujeres como cualquier otra” fue la respuesta más seleccionada, con un 35.7%. Un aspecto a destacar, es que el segundo porcentaje más alto se da en “no tienen recursos económicos”, con un 23%, lo cual alude a una visión más vulnerabilizada.

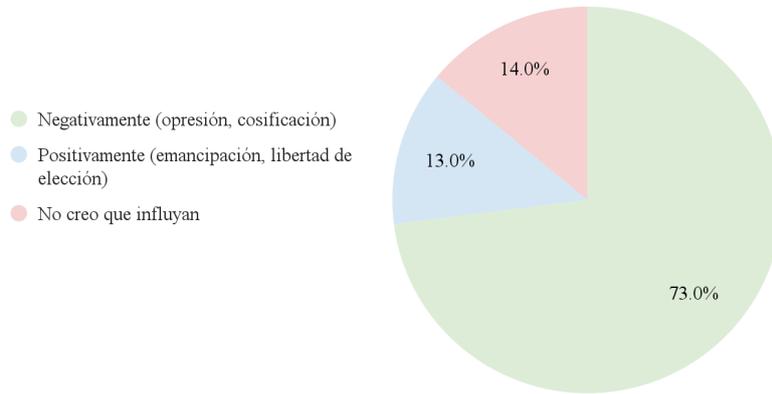
Figura 8. “¿Qué imagen te ofrecen las mujeres que crean contenido en estos espacios?”



Fuente: elaboración propia

En la Figura 9, se formula la pregunta “¿Cómo crees que la existencia de estos espacios (pornografía, OnlyFans, modelaje Web Cam) influyen en las mujeres?”, hubo una evidente mayoría en la óptica más abolicionista, con un 73% de personas que seleccionaron “Negativamente (opresión, cosificación)”.

Figura 9. “¿Cómo crees que la existencia de estos espacios (pornografía, OnlyFans, modelaje Web Cam) influyen en las mujeres?”



Fuente: elaboración propia

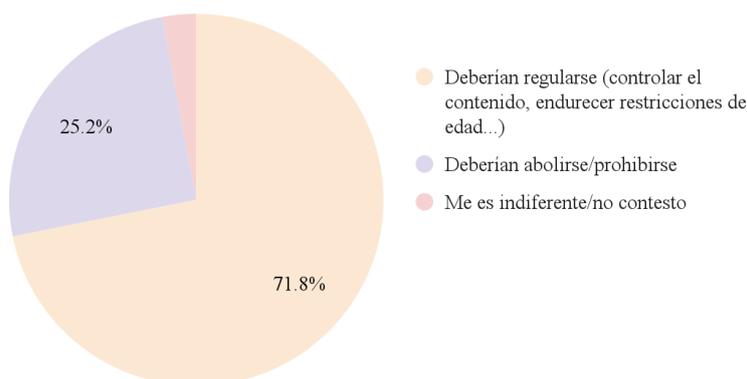
La tabla 5 muestra una peculiaridad respecto a las tablas anteriores, y es que tanto hombres, como mujeres y personas no binarias seleccionaron esta misma opción en su mayoría. Concretamente, un 52,9% de hombres, un 83,3% de mujeres y el 100% de personas no binarias.

Tabla 5. “¿Cómo crees que la existencia de estos espacios (pornografía, OnlyFans, modelaje Web Cam) influyen en las mujeres?” Según el género			
	Positivamente (emancipación, libertad de elección)	Negativamente (opresión, cosificación)	No creo que influyan
Hombres (N=34)	23,5%	52,9%	23,5%
Mujeres (N=66)	7,6%	83,3%	9,1%
No binarios (N=3)	0%	100%	0%

Fuente: elaboración propia

La última pregunta de la encuesta se centra en qué se debería hacer con la existencia de estas plataformas, en la cual se ofrecieron dos posturas antitéticas. Por un lado, “Deberían regularse (controlar el contenido, endurecer las restricciones de edad...)”; “Deberían abolirse/prohibirse” y una tercera opción sin un posicionamiento específico (“Me es indiferente/no contesto”).

Figura 10. "¿Qué valoración te merece la existencia de estas plataformas en internet? (pornografía, OnlyFans, modelaje Web Cam)"



Fuente: elaboración propia

Segregando esta cuestión por géneros tal como muestra la tabla 6, se extrae que, independientemente del género, todos los participantes optaron antes por su regulación, siendo los hombres un 82,4%; y un 66,7% de mujeres y personas no binarias.

Tabla 6. "¿Qué valoración te merece la existencia de estas plataformas en internet? (pornografía, OnlyFans, modelaje Web Cam)" según el género			
	Deberían abolirse/prohibirse	Deberían regularse	Me es indiferente/NC
Hombres (N=34)	8,8%	82,4%	8,8%
Mujeres (N=66)	33,3%	66,7%	0%
No binarios (N=3)	33,3%	66,7%	0%

Fuente: elaboración propia

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

7.1. DISCUSIÓN

Para la correcta elaboración de este apartado es pertinente señalar sus principales sesgos. En primer lugar, al tomar en cuenta un grupo poblacional con características muy concretas se dificulta su extrapolación a otras comunidades. Por otro lado, la descentralización en otras cuestiones acuciantes de las plataformas estudiadas supone un desconocimiento sobre otras problemáticas encadenadas, sin estar necesariamente vinculada a las mujeres.

O.E.1. Conocer el posicionamiento ideológico preponderante acerca de la prostitución en la era digital.

En primer lugar, se ha observado que los jóvenes encuestados poseen una óptica mayoritariamente abolicionista respecto a la prostitución tradicional, pero una visión más regulacionista sobre los espacios digitales, siendo especialmente evidenciado por los resultados de la Figura 4 y la Figura 10. Asimismo, la mayor parte de encuestados eran conscientes de que tanto pornografía, como *OnlyFans* o Modelaje Web Cam podían identificarse como nuevas formas de prostitución. Estos resultados reafirmarían la existencia de esa “Prostitución 2.0”, abordada por Mabel Lozano (2022).

O.E.2. Conocer el consumo o producción de población de prostitución en la era digital.

Los resultados de esta encuesta han reflejado, una clara llegada a espacios digitales desde edades muy tempranas, lo cual puede relacionarse con el rápido acceso que paulatinamente ha supuesto la llegada de internet. Se ha podido contemplar que esta prematura llegada ha supuesto, por tanto, la llegada temprana a prostitución digitalizada, tal como señaló Malnero (2023). Asimismo, las respuestas han reflejado la clara popularidad que adquiere la pornografía en cuanto a conocimiento y consumo, Esta realidad reafirma lo que Ballester, Orte y Pozo (2014) y Kor (2014) reconocen como “nuevas pornografías”, aludiendo a la gran accesibilidad de las mismas. Un aspecto relevante, es que, al igual que en el informe de Save The Children (2020), se ha observado que la adolescencia es un período vital donde la pornografía está altamente presente, concretamente, a los 13-17 años.

Por otro lado, las respuestas han reflejado la popularidad creciente de *OnlyFans*, pues fue una plataforma más consumida que el Modelaje Web cam, con más antigüedad en internet.

O.E.3. Conocer la influencia del género en el consumo e ideología de la población.

Las cuestiones que aludían al consumo e incluso posturas ideológicas han supuesto una clara polarización entre hombres y mujeres. Por un lado, la mayoría de las personas encuestadas no consumían, pero dicho porcentaje estaba mayoritariamente compuesto por mujeres. Los hombres mostraron ser más consumidores, y nuevamente se reflejó la popularidad de la pornografía. Esta observación, nuevamente se relaciona con los resultados del informe de Save The Children (2020), que refleja que un 81,6% de hombres consumieron pornografía en el último mes, frente a tan sólo un 40,4% de mujeres.

En lo que respecta a la frecuencia de consumo, se refleja, asimismo, que los hombres son más consumidores que las mujeres, y que a su vez consumen con más frecuencia en

comparación con las mujeres consumidoras. Un aspecto importante que destacar es la vinculación que se observa entre el consumo y la posición ideológica: las mujeres, que se manifiestan en su mayor parte no consumidoras, se decantan por un posicionamiento abolicionista sobre la prostitución; este pensamiento refleja la influencia de activistas en medio digital como pueden ser Tiganus (2021), y puede ser interpretado con una menor familiaridad con esta clase de contenidos, pues son varias las fuentes que denuncian la perpetuación de roles de género así como de representaciones vulnerabilizadas de las mujeres.

7.2. CONCLUSIONES

Se ha puesto de manifiesto que internet ha transformado la prostitución de diversas maneras. En primer lugar, se evidencia su traslado a espacios digitales; bien industrializándose, como las productoras de pornografía, o bien desde la creación independiente de contenido.

En segundo lugar, la digitalización ha modificado las relaciones entre trabajadoras y clientes. Ya no es imprescindible lo físico, sino que a través de plataformas como *MyFreeCams* u *OnlyFans*, se ha posibilitado la creación de vinculaciones entre ambas partes, provenientes del intercambio producido bajo esta actividad.

En tercer lugar, se ha evidenciado la llegada a internet en edades muy precoces, y su acceso a la prostitución digital. Estos antecedentes pueden facilitar un mayor riesgo en la creación de un ideario sexual distorsionado a través de espacios como la pornografía, carente de un sentido pedagógico en su contenido.. Podría decirse que esta industria utiliza las relaciones sexuales como un producto comercial, cuyas modificaciones se rigen por el interés económico de una industria que atiende a la demanda de un público, independientemente de su ética, es por ello por lo que gran parte de estos contenido presenta roles tradicionales de género, así como violencia hacia las mujeres.

Por último, a través del cuestionario, se ha evidenciado que son mayoritariamente las mujeres las que secundan perspectivas afines al modelo abolicionista, que acapara una gran popularidad. Por otro lado, los hombres, parten de una postura más bien regulacionista de una forma muy diferenciada respecto a las mujeres o personas no binarias. Asimismo, es de mera curiosidad señalar que, en lo que respecta al ejercicio de prostitución en espacios de internet, se ha apostado más por la implantación de medidas que por su abolición, lo cual es una contradicción llamativa.

8. PROPUESTAS INNOVADORAS

Es de vital importancia destacar la relevancia que esta profesión tiene en los problemas que conciernen al tema central de esta investigación. Para ello, es indispensable hacer hincapié, por un lado, en la amplitud de líneas de actuación que ésta posee, pues juega un papel relevante en ámbitos de salud mental y sexual, así como de investigación o adicciones, junto a una interdisciplinariedad que permite la intervención conjunta desde otras ciencias y ámbitos. Se procede a hacer una concreción de ello a través del presente desglose:

- **Producción científica.** Como promotora de estudios de consumo actual, e ideologías políticas de poblaciones que ofrezcan un prisma descriptivo y/o interviniente. En este

caso, la investigación ofrece datos concernientes a la posición ideológica, exposición prematura y visión de las mujeres que ejercen en ellas, pero otros estudios pueden profundizar en temáticas encadenadas a las consecuencias.

- **Políticas sociales.** El Trabajo Social posee un papel mediador en ámbito político, y este es capaz de contribuir a la implantación de medidas que atiendan a problemáticas existentes alrededor de este fenómeno, como puede ser, a modo de ejemplo, para regular el *doxxing* mencionado en las plataformas Web Cam.
- **Salud Mental y educación afectivo-sexual.** Como mencionó Save The Children (2020), espacios como la pornografía significan para muchos jóvenes una distorsión de la realidad que puede incidir en sus relaciones. Junto al campo de la Psicología, el Trabajo Social puede involucrarse activamente a través de la elaboración de grupos terapéuticos que permitan reunir experiencias compartidas en entornos seguros y motivar al cambio y conciencia colectiva.
- **Sindicalismo y/o asociacionismo.** Como se ha contemplado, entidades como OTRAS contribuyen a la asistencia y protección de trabajadoras sexuales. En estos espacios, el Trabajo Social juega un papel relevante en la tramitación de recursos.
- **Labor divulgativa y/o periodística.** Si bien la digitalización comprende un tema principal en esta investigación, se puede sacar partido de ella para promover información que contribuya a desmitificar los clichés proyectados por las industrias pornográficas. Asimismo, esta labor supone accesibilidad a mujeres creadoras, por lo que se facilita la obtención de experiencias vividas en primera persona que expongan con mayor claridad sus pros y contras.

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, J. (2007). Mesa Redonda: Trabajadoras. En López Precioso M. y Mestre i Mestre R.M. (Ed.), *Derechos de ciudadanía para trabajadoras y trabajadores del sexo*. (pp. 39-49). Tirant Lo Blanch.
- Ballester Brage, L., Orte Socías, C. y Pozo Gordaliza, R. (2014). Estudio de la nueva pornografía y relación sexual en jóvenes. *Anduli: Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, (13), 165-178. <https://doi.org/10.12795/anduli.2014.i13.10>
- Bolaños, A. (19 de agosto de 2022). *Only Fans y la peligrosa idea de empoderamiento*. Entérate Mujer: medio de información feminista. <https://enteratemujer.org/opinion/only-fans-y-la-peligrosa-idea-de-empoderamiento/>
- Bravo, C. (2007). Anexos: Transcripción de las ponencias. En López Precioso M. y Mestre i Mestre R.M. (Ed.), *Derechos de ciudadanía para trabajadoras y trabajadores del sexo*. (pp. 141-155). Tirant Lo Blanch.
- Collantes de Terán de la Hera, M.J. (2018). El sexo y la Inquisición. *ILCEA*, 33. <https://doi.org/10.4000/ilcea.4986>
- Delva Benavides, J y Gonzalez Lopez, I. (2022). Venta sexual digital: las redes sociales y su regulación internacional. . *Jurídicas CUC*, vol. 18, p. 241-278. *Corporación Universidad de la Costa*. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11323/10197>

- Giddens, A. (2000). *Sociología*. Alianza Editorial.
- Gimeno, B. (2012). *La prostitución*. Bellaterra.
- González Ramírez, J.Y. (2021). Onlyfans, el sexo en la época de su reproductibilidad técnica, *Tordesillas: Revista de Investigación Multidisciplinar*, (20-21), 91-99. <https://doi.org/10.24197/trim.20-21.2021.91-99>
- Jones, A. (2016). “I get paid to have orgasms”: adult webcam models’ Negotiation of pleasure and danger. *Journal of Women in Culture and Society*, 42(1), 228-256. <https://www.journals.uchicago.edu/doi/pdf/10.1086/686758>
- Kor, A., Zilcha-Mano, S., Fogel, Y. A., Mikulincer, M., Reid, R. C. y Potenza, M. N. (2014). Psychometric development of the Problematic Pornography Use Scale. *Addictive behaviors*. *Addict Behav*, 39(5), 861-868. 10.1016/j.addbeh.2014.01.027
- Lippmann, M., Lawlor, N. y Leistner, C.E. (2023). Learning of OnlyFans: User Perspectives on Knowledge and Skills Acquired on the Platform. *Sexuality & Culture*, 27, 1203–1223 (2023). <https://doi.org/10.1007/s12119-022-10060-0>
- Lozano, M. (8 de noviembre de 2022). *Jornada: migrando a las fronteras digitales: prostitución 2.0*. [Sesión de conferencia]. Sala de Grados de la Facultad de las Ciencias de la Comunicación de la UMA.
- Lupo, C. (2015). La pornografía en internet. *Nuestro tiempo*, (688), 106-111. <https://nuestrotiempo.unav.edu/es/grandes-temas/pornografia-internet>
- Malem Seña, J.F. (1992). Acerca de la pornografía. *Revista del Centro de Estudios Constitucionales*, (11), 219-237. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1051086>
- Malnero, N. (20 de abril de 2023). *Sexualidad en la era del click*. [Sesión de conferencia]. Universidad de Málaga
- Ordúz Ramos, P.D. (2021). De la virtualidad, las emociones y el trabajo sexual: un acercamiento desde el modelaje webcam. *Trabajo Social (Universidad Nacional de Colombia)*, 23(1), 153-172. <https://doi.org/10.15446/ts.v23n1.8670>
- Organización de las Naciones Unidas, (s.f), Juventud. <https://www.un.org/es/global-issues/youth>
- Pomeroy, S.B. (2004). *Diosas, ramerás, esposas y esclavas*. Akal.
- Rubio S.R. C., Sirvent, E., SR Arribas, J y Otero, M. (2018). Prostitución: una aproximación cualitativa. https://www.researchgate.net/publication/344864724_Prostitucion_una_aproximacion_cualitativa
- Save The Children (2020). *(Des)información sexual: pornografía y Adolescencia*. Save The Children España. <https://www.savethechildren.es/informe-desinformacion-sexual-pornografia-y-adolescencia>
- Serat, M. (2021, septiembre 29). *¿La pornografía es prostitución?* Tribuna Feminista. <https://tribunafeminista.org/2021/09/la-pornografia-es-prostitucion/>

- SimilarWeb. (s.f.). *PornHub.com*. Recuperado el 27 de abril de 2023. <https://www.similarweb.com/website/pornhub.com/#overview>
- Sindicato OTRAS. (n.d.). *Sindicato OTRAS: Organización de Trabajadoras Sexuales*. <https://sindicatootras.org/>
- Tiganus, A. (2021). *La revuelta de las putas*. Ediciones B.
- Tiganus, A. (3 de junio de 2022). Las conexiones entre violencia sexual, pornografía y prostitución: propuestas éticas para vivir una sexualidad saludable. [Sesión de conferencia]. Casa de Cultura de Olite. <https://www.youtube.com/watch?v=ICmC2qOL5Gg>
- Tubert Blanch, M. (2013). *La prostitución*. [Trabajo de Fin de Máster]. Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/56311>
- Urueña, A., Ferrari, A., Blanco, D., Valdecasa, E. (2022). *Las Redes Sociales en Internet*. Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información. https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=3614
- Villacampa Estiarte, E. (2020). Prohibicionismo suave para abordar el trabajo sexual callejero: ordenanzas cívicas y ley mordaza, *RELIES: Revista del Laboratorio Iberoamericano para el Estudio Sociohistórico de las Sexualidades*, (4), 113-130. <https://doi.org/10.46661/relies.4992>
- We are social (2022). Digital 2022: Global overview report. Hootsuite. <https://wearesocial.com/es/blog/2022/01/digital-2022/>

Experiencia de reubicación poblacional de un asentamiento marginal desde una perspectiva ética

Modalidad: Intervención profesional del Trabajo Social.

Begoña García Álvarez
Trabajadora Social y Socióloga

Resumen

Este trabajo aborda la experiencia de reubicación poblacional de un sector de población marginal desde una perspectiva ética. Mediante una práctica democrática, directa y participativa, se busca desencadenar transformaciones sociales significativas. En este contexto cobra vital importancia la consideración ética para la búsqueda de soluciones justas y sostenibles especialmente en situaciones como la reubicación e integración de sectores de población marginal.

En consecuencia, ha sido necesario explorar los dilemas éticos a los que se enfrentan los profesionales de los servicios sociales encargados de la realización de proyecto de reubicación, haciendo hincapié en la necesidad de encontrar un equilibrio entre necesidades sociales, los derechos individuales de la población afectada y la justicia distributiva.

Palabras claves

Población marginal, Integración, reubicación, democracia participativa, ética deliberativa, trabajo social comunitario.

Summary

This work addresses the experience of population relocation of a marginal population sector from an ethical perspective. Through a democratic, direct and participatory practice, it seeks to trigger significant social transformations. In this context, ethical considerations are of vital importance in the search for fair and sustainable solutions, especially in situations such as the relocation and integration of marginal population sectors.

Consequently, it has been necessary to explore the ethical dilemmas faced by social service professionals in charge of the implementation of relocation projects, emphasizing the need to strike a balance between social needs, the individual rights of the affected population and distributive justice.

Key words

Marginal population, integration, relocation, participatory democracy, deliberative ethics, community social work.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años muchas ciudades han experimentado una evolución significativa, generando cambios en su contexto social y ambiental. Este fenómeno ha llevado a la concentración de un considerable número de personas marginales en barrios y/o asentamientos adyacentes a núcleos urbanos desarrollados.

Entre los grupos poblacionales afectados se encuentran los feriantes, protagonistas del presente proyecto, cuyas actividades les obligan a una movilidad geográfica constante. Estos sectores poblacionales establecen su hábitat en áreas cedidas para albergar sus caravanas que funcionan tanto como viviendas como atracciones para llevar a cabo su labor en las ciudades donde ejercen su actividad.

El objeto de este proyecto es la población feriante originaria de un municipio de cerca de 20.000 habitantes que, tras concluir su temporada de ferias, retorna a su lugar de origen y se instala en un asentamiento temporal facilitado por las autoridades locales. Este espacio, inicialmente cedido para albergar sus atracciones y caravanas entre temporadas, se llega a transformar en su lugar de residencia con la concesión de permisos para utilizar servicios públicos como luz y agua, llegando a permanecer en el mismo durante diez años. Sin regulación urbanística y con las consiguientes carencias de infraestructuras, lo que inicialmente se promovió como una forma de ayuda por parte de las administraciones locales (ayuntamiento/junta vecinal), se convierte en un lugar marginal e inseguro, que se agrava con las denuncias vecinales de robos en sus fincas colindantes al asentamiento y conflictos entre los pobladores y los vecinos afectados.

A través del presente trabajo se describe el proyecto social llevado a cabo desde los servicios sociales provinciales y municipales con el propósito de abordar la intervención con la población mencionada y proporcionar soluciones a los conflictos surgidos y/o alternativas de reubicación.

Se fundamenta el proyecto destacando las cuestiones dilemáticas que han surgido durante el proceso de programación e intervención, así como las reflexiones necesarias y las deliberaciones verificadas para abordarlas, tomando como referencia el **marco teórico basado en la ética deliberativa y los principios bioéticos, el Trabajo Social comunitario y la democracia participativa**.

A continuación, se detallan los antecedentes y punto de partida de la planificación, los objetivos, la **metodología** utilizada, basada en la práctica **democrática, directa y participativa** del **desarrollo comunitario**, los itinerarios de intervención y el proceso deliberativo que condujo a la conclusión.

La sistematización de la experiencia se plantea con el objetivo de verificar la hipótesis que plantea la relación causal entre la intervención social llevada a cabo (encontrar soluciones habitacionales con y para los feriantes, no lesivas ni marginadoras desde un enfoque participativo, ético y deliberativo) y los resultados obtenidos (pasar de vivir en condiciones de insalubridad y riesgos para la salud de adultos y menores residentes a situaciones en condiciones saludables fuera del asentamiento).

Las consideraciones finales resumen reflexiones en torno a la intervención realizada desde un enfoque participativo, ético y deliberativo y se establecen pautas para la realiza-

ción de intervenciones comunitarias que promuevan acciones reflexivas, flexibles, éticas y eficaces.

METODOLOGÍA EMPLEADA

Se realiza una investigación cualitativa, transversal y de amplitud micro. El trabajo realizado supone un planteamiento cuasi experimental desde el método histórico, *en tanto proceso experimental indirecto, es decir, de un conocimiento obtenido por intermediación de otros sujetos, es decir un conocimiento indirecto en el tiempo o en el espacio; así, en materia de conocimiento de hechos pasados, que no son evocables por la experiencia práctica, se habla de un método histórico* (Simiand, 2003). En el caso que nos ocupa los hechos se producen en un tiempo pasado y, si bien, no es habitual al emplear el método histórico, en este caso los hechos y acontecimientos fueron constatados por la propia investigadora, quien selecciona, describe y analiza los datos y es autora del relato que se presenta.

Los datos trabajados proceden de los materiales elaborados por distintos profesionales, entre los que se encuentra la autora, con fines diferentes a la investigación. Dichos materiales son denominados documentos y entre otros, se pueden señalar: Informes documentales de antecedentes y diagnóstico del asentamiento, informes sociales de las unidades familiares, informes técnicos de asesoría jurídica y secretaria de ayuntamiento, informes de diagnóstico de responsable de policía local.

El trabajo realizado puede definirse como un experimento natural preexperimental, con un diseño pretest-postest y se define en sus rasgos del siguiente modo: a) un solo grupo: no puede darse grupo de control al trabajar con todos los ciudadanos del asentamiento, b) dos mediciones: la situación inicial (situación anómala de vivienda, de salud, actitudes, etc.) y la situación final (objetivos de cambio y efectos producidos). La única manipulación posible por parte del investigador práctico es la introducción de la variable independiente, en este caso, el proyecto social llevado a cabo desde los servicios sociales.

FUNDAMENTACIÓN: PRESENTACIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA DESDE UN PUNTO DE VISTA ÉTICO

En la práctica profesional del trabajo social se dan situaciones especialmente dilemáticas o conflictivas desde el punto de vista ético que requieren de un análisis detenido y una reflexión pausada previa a realizar la intervención necesaria, para garantizar el respeto a los principios éticos más básicos.

Situaciones conflictivas generadas en la intervención con poblaciones marginales obligan a los profesionales del trabajo social a enfrentarse a los problemas planteados dando cobertura al cumplimiento y desarrollo de los derechos humanos y de justicia social a través de una conducta profesional conducida desde la deontología profesional, el buen hacer y la buena práctica.

En las atenciones que los profesionales del trabajo social llevan a cabo en el ámbito comunitario se hacen evidentes las carencias, injusticias, frustraciones, impotencias y miedos experimentadas por los usuarios de los servicios sociales dando lugar a situaciones dilemáticas que deben ser abordadas desde una praxis ética y eficaz.

Los dilemas éticos en trabajo social comunitarios surgen cuando los profesionales se enfrentan a situaciones donde hay conflictos de valores o principios éticos individuales y hacen dudar al profesional sobre el modo de actuar apropiado. El dilema social aborda los desafíos estructurales y sistémicos a los que enfrentan los individuos o comunidades marginadas.

En el emplazamiento objeto de este estudio se constatan evidentes conflictos con los habitantes de la población, condiciones de insalubridad y riesgos para la salud tanto de adultos como de los niños residentes, lo que pone de manifiesto los dilemas éticos y sociales que enfrentan los responsables públicos para determinar soluciones dignas y justas.

Una primera valoración nos lleva a deliberar sobre la aplicación de los **principios éticos fundamentales que eviten hacer daño a la población** con soluciones de bienestar.

La inestabilidad generada en sus habitantes ante las dificultades para encontrar lugares de asentamiento en condiciones más favorables provoca un creciente grado de vulnerabilidad personal y social vinculado a carencia de ingresos suficientes, bajos niveles educativos y dependencia de apoyos de los servicios sociales. A pesar de la difícil situación en la que se encuentran, las familias insisten en permanecer en el lugar, argumentando la falta de alternativas residenciales y demandando mejoras en el entorno para convertirlo en una ubicación permanente.

Ante esta situación a los profesionales de los servicios sociales se les plantea el **conflicto entre el fomento del bienestar que se le ha de propiciar a las familias residentes y los derechos que éstas tienen a tomar sus propias decisiones**.

Cuando un grupo de vecinos de fincas colindantes denuncian robos, señalando a los habitantes de este asentamiento como presuntos autores, se **presenta una situación dilemática fundamental y primordial enfrentándose las autoridades locales a la necesidad de resolver el conflicto vecinal, evitando mayor conflictividad y propiciando soluciones que no sean lesivas ni marginadoras mediante la aplicación de una justicia distributiva y equitativa**.

ANTECEDENTES Y SITUACIÓN DE PARTIDA

El proyecto de reubicación surge como respuesta a la problemática generada en los alrededores del asentamiento con episodios de robos y disturbios que provocaron denuncias vecinales tanto a nivel de la administración local (ayuntamiento) como la gubernamental (subdelegación del gobierno).

En una primera reunión participaron personas con responsabilidades políticas, personal técnico de los servicios sociales, de urbanismo, jurista, jefatura de la policía local y representantes del colectivo afectado. El objetivo era abordar y resolver los problemas de convivencia tales como robos, saqueos de huertas, destrozos de viviendas, que habían generado tensión entre los vecinos llevándolos a presentar denuncias ante la subdelegación del gobierno, que insta al ayuntamiento y los servicios sociales municipales y provinciales, a evaluar la situación de las familias del asentamiento y proponer soluciones sociales.

Inicialmente se evaluaron dos opciones:

1. Transformar el asentamiento de rústico a urbanizable realizando cambios necesarios en su infraestructura (luz, agua y asfaltado) para mantener las viviendas -caravanas en el mismo lugar.
2. Realizar acciones de apoyo para la reubicación a otros entornos más adecuados que propiciaran una vida más digna sin marginaciones ni exclusiones.

Descartada la primera opción que requería arreglos de infraestructura de suelo e instalación de contadores individuales de luz y agua en el mismo lugar y al apreciarse que no se proporcionaba la seguridad necesaria y si mayores riesgos de conflictividad vecinal y un aumento de la marginación, se opta por **la reubicación**. Esta decisión se tomó después de diversas reuniones entre los responsables políticos, técnicos y representantes del colectivo afectado.

Con el objetivo **fundamental** de dismantelar progresivamente del asentamiento por no cumplir las debidas condiciones de salubridad e higiene, los responsables municipales, encargan a los técnicos de servicios sociales la elaboración de informe que analizara y evaluara la situación socio -económica y personal de las familias allí ubicadas, identificando las necesidades y recursos necesarios para su reubicación.

PLANIFICACIÓN: PROPUESTAS Y OBJETIVOS DE ACTUACIÓN:

Una buena planificación profesional en el ámbito de los servicios sociales comunitarios, implica: identificar exhaustivamente las necesidades de la comunidad y sus ciudadanos, reconocer carencias y potencialidades, potenciar capacidades y recursos, garantizar calidad y eficiencia en las intervenciones, involucrar a los beneficiarios, proponer programas de seguimiento, probar mejoras, implementar nuevas formas de trabajo si es necesario y tomar decisiones justas y no discriminatorias.

Teniendo como referente estas premisas el presente proyecto se elabora contemplando:

1) Encargo institucional con actuaciones integradoras.

- El encargo institucional buscaba soluciones integradores mediante acciones que promovieran la integración social.

2) Protagonismo y reconocimiento de la población implicada.

- Era fundamental la participación activa y reconocimiento a la población afectada, considerando sus experiencias y necesidades.

3) Articulación de órganos participantes mixtos.

- Se establece la colaboración de órganos mixtos que incluyeran representantes políticos, técnicos y miembros de la población garantizando una perspectiva diversa y representativa.

4) Trabajo transversal e institucional

- Se programa una planificación con un enfoque transversal involucrando a las diferentes áreas institucionales para facilitar una respuesta integral a las problemáticas identificadas.

5) Flexibilidad organizativa

- Implementación de una estructura organizativa flexible que se adaptara a las dinámicas cambiantes del proyecto y las necesidades emergentes.

6) Reconocimiento y apuesta significativa por las tareas de los profesionales.

- Se valora el papel crucial de los profesionales involucrados, en particular trabajadoras sociales y responsable de la policía local, que actúa como mediador de conflictos.

Objetivos principales:

- Erradicar la situación de marginación social y deterioro que sufren las familias residentes en el asentamiento
- Asegurar que las actuaciones a realizar sean éticas y respetuosas.

Objetivos a corto plazo y medio plazo:

- Conocer la situación socio- económica y familiar de la población feriante asentada.
- Tomar iniciativas deliberadas y consensuadas.
- Elaborar un itinerario familiar individual de recursos habitacionales alternativos.
- Promover soluciones inclusivas.

FUNDAMENTACION LEGAL Y ÉTICA

Es competencia de las administraciones locales, ayuntamientos, proporcionar a sus habitantes las infraestructuras, servicios y recursos necesarios para que vivan en condiciones adecuadas de habitabilidad y calidad de vida.

La Ley 1/1998 de 4 de junio de Régimen Local de Castilla y León (1) en su artículo 20, (establece a los municipios de dicha comunidad competencias en los términos establecidos por la legislación del estado y de las leyes de la Comunidad Autónoma. Dichas competencias entre otras son: a) *seguridad en lugares públicos* b) *salud pública y sanidad* c) *alumbrado público*, d) *red de suministro y tratamiento de agua* e) *servicios de limpieza viaria, de recogida y de tratamiento de residuos* f) *acción social y servicios sociales y prevención de la marginación e inserción social*,

En el desmantelamiento de poblaciones marginales se incluyen además una serie de dilemas éticos que requieren del necesario equilibrio entre necesidades sociales, derechos individuales y justicia distributiva.

1) Se hace referencia a esta ley al ser la comunidad donde está ubicado el poblado del estudio

Para fundamentar una intervención ética y respetuosa es fundamental abordar los **principios éticos universales que emanan de la bioética como son la beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia** con objetivos básicos necesarios para conseguir dichos principios.

1) **Beneficencia:**

- Asegurarse de que el desmantelamiento se realice para procurar la mejora de las condiciones de vida y bienestar de la población afectada.

2) **No maleficencia:**

- Evitar el daño y sufrimiento tanto como sea posible en el proceso de desmantelamiento proporcionando servicios de apoyo a las personas afectadas.

3) **Justicia;**

- Garantizar que el proceso de desmantelamiento sea equitativo y no discrimine al grupo, buscando soluciones que aborden la raíz del problema de su marginación y se promueva una distribución justa de los recursos necesarios.

4) **Autonomía**

- Involucrar a la población afectada en el proceso de toma de decisiones, proporcionándole información y oportunidades para expresar sus preocupaciones y necesidades.

Desde el punto de vista ético, era imprescindible procurar el bienestar y mejora de las condiciones de vida de este grupo poblacional evitando las patentes desigualdades con el resto de la población del municipio. Además, el proceso requería que se realizase de forma participativa, involucrando a la población afectada en el diseño e implementación de las acciones a realizar.

Conceptos como exclusión, marginalidad y pobreza, son incompatibles con los de justicia y bienestar. A su vez la autonomía exigida por los habitantes del asentamiento, que deseaban permanecer en el lugar y solicitar servicios e infraestructuras básicas dificultaba la aplicación del principio de justicia distributiva ante las demandas igualitarias del resto de los habitantes. Para garantizar el bienestar y evitar contradicciones con sus valores y principios, era necesario realizar actuaciones inclusivas, que impidieran la consolidación de “zonas de injusta habitabilidad”.

METODOLOGÍA APLICADA

Las actuaciones realizadas se fundamentan en la práctica del **desarrollo comunitario** en trabajo social especialmente dirigida a sectores poblacionales, en condiciones marginales. El objetivo era llevar a cabo una práctica **democrática, directa y participativa** que permitiera desencadenar transformaciones sociales significativas.

La democracia participativa implica que los ciudadanos participen activamente en el proceso de toma de decisiones. En el contexto de poblaciones en asentamientos marginales, la democracia participativa se convierte en una herramienta poderosa para empoderar a los residentes y mejorar la calidad de vida en estas comunidades

En el marco de estudio y trabajo realizado, se implementó un proceso de desarrollo comunitario que ayudó a definir las necesidades y recursos de cada unidad familiar al mismo tiempo que promovía y validaba las potencialidades individuales.

Se trataba además que el proyecto de intervención fuera un proyecto ético que procurara el bienestar de la población afectada de forma justa mediante:

- Información adecuada a los pobladores de las acciones a realizar
- Fomento de la participación de los interesados en todo el proceso.
- Promover una dosis de flexibilidad en las acciones.

Desde el punto de vista técnico, el reto consistía en crear condiciones y espacios de participación efectiva de la población implicada. Eso implicaba deliberar y construir colectivamente acciones sociales integradoras.

Siguiendo el principio definitorio del trabajo social y los preceptos éticos de su código deontológico, el impulso y creación de espacios a la participación ciudadana se consideró crucial en el diseño del proyecto.

La participación ciudadana en este caso supuso un proceso dinámico, complejo y activo, Fue necesario adoptar un enfoque flexible reconociendo la dimensión social e individual de cada unidad familiar. Este enfoque consideró la complejidad de las interacciones y los niveles propios de percepción de sus necesidades y objetivos a veces marcados por tensiones interpersonales.

El proceso deliberativo se organiza en varias etapas interrelacionadas que incluyen:

1. **Recogida de información:** Se realiza recopilación detallada sobre la población afectada con las condiciones de vida actuales, los desafíos que enfrentan y las posibles opciones de reubicación.
2. **Análisis de sus necesidades y valores:** Implicó un exhaustivo análisis de las necesidades sentidas, identificando sus principales áreas de preocupación y los valores y principios que determinan sus preocupaciones y demandas, así como los factores sociales, económicos, culturales y ambientales que contribuían a su marginación.
3. **Participación comunitaria:** A través de la participación activa se realizan consultas con los miembros de la comunidad para comprender sus perspectivas, necesidades y preferencias en relación a su situación.
4. **Identificación de soluciones:** Se analizan las diferentes opciones y estrategias a realizar para abordar sus necesidades y facilitar la reubicación, valorando el acceso a viviendas adecuadas, la provisión de servicios básicos y la implementación de programas de apoyo social y económico.
5. **Evaluación de opciones:** Se evalúan las opciones identificadas en función a sus valores y preferencias, considerando factores como viabilidad, sostenibilidad, impacto social y ética.
6. **Toma de decisiones:** Desde un proceso deliberativo entre todos los actores implicados (pobladores, autoridades locales, técnicos de servicios sociales, representante de policía local) para seleccionar la solución más adecuada.
7. **Implementación y seguimiento:** Tomada la decisión, se procede a implementar las acciones acordadas para facilitar la reubicación de las familias. Se establecen además los seguimientos y recursos de apoyo necesarios para llevar a cabo la opción óptima elegida.

ITINERARIOS Y ACTUACIONES REALIZADAS

- 1) **Estudio individualizado de cada núcleo familiar.** Se llevó a cabo un análisis detallado de cada familia fomentando la participación activa de sus miembros en el proceso de desarrollo e inserción propuesta. Si no se abordaba la intervención-acción sin la referida participación, el fracaso sería evidente.

La visibilidad de esta participación se logró cuando la administración consideró las propuestas de la población afectada e incrementó políticas inclusivas con objetivos de inserción e igualdad de oportunidades.

- 2) **Información circular:**

Recopilación de la información de la situación del asentamiento y sus residentes para impulsar la imprescindible participación. Se estableció un flujo de intervención en dos direcciones:

- **Ascendente:** Desde la población afectada hacia las autoridades y representantes públicos; reivindicando sus derechos, necesidades y recursos.
- **Descendente:** De los representantes públicos y técnicos hacia los residentes, involucrándoles en sus compromisos y responsabilidades para prevenir la marginalidad y fomentar su inclusión. Esto implicaba no solo la cantidad de información (hechos, situaciones, conflictos, recursos, necesidades) sino la calidad de dicha información asegurando su relevancia para la integración social.

- 3) **Propuestas:**

Exposición de la situación social existente, por parte de representantes municipales y técnicos y residentes, con sugerencias y alternativas al cambio.

Las propuestas se llevaron a cabo mediante:

- Información completa y adecuada proporcionada por ambas partes (pobladores y técnicos)
- Consulta de los principios y valores inherentes a su situación.
- Proceso deliberativo basado en la valoración exhaustiva de daños y beneficios en la formulación de soluciones inclusivas.

Proceso e itinerario de intervención: temporalización e indicadores sociales y éticos

El proceso de intervención se extiende a lo largo de un año y medio durante el cual se realizan múltiples visitas a la zona, Los trabajadores sociales de los servicios sociales y el responsable de la policía local inician trabajo de campo, desplazándose al asentamiento y entrevistándose con cada una de las familias. Durante estas interacciones, se evidencia la marginalidad, precariedad e insalubridad del lugar, así como las deficientes condiciones de habitabilidad de las caravanas donde residen sus habitantes. Además, se constata la resistencia de sus habitantes a la salida del lugar negándose a hacerse responsables de los robos ocurridos en el entorno.

Desde un principio se busca dar tranquilidad, mitigar tensiones y mejorar la comunicación, procurando conciliar el derecho de los habitantes a vivir conforme a su cultura con el derecho del resto de los vecinos a la seguridad y respeto a sus propiedades.

Aspectos socio-económicos, familiares y habitacionales identificados

1) Equipamientos y recursos del entorno:

- El asentamiento no cumple las mínimas condiciones de salubridad: debido a la falta de regulación técnica y sanitaria en la instalación y el consumo de luz y agua.
- El pavimento presenta malas condiciones al carecer de asfalto generando numerosos charcos en épocas de lluvia.
- La infraestructura eléctrica es insuficiente provocando cortes constantes que afectan a los electrodomésticos que las familias tienen en sus caravanas.
- Se verifica presencia de roedores como consecuencia de la acumulación de aguas fecales, chatarra y basura.

2) Situación de las familias del asentamiento

- Residen en este asentamiento 15 unidades familiares con 16 menores.
- Las familias reconocen las condiciones precarias en las que viven carencia de servicios básicos necesarios y dificultades para encontrar viviendas alternativas.
- Todas las familias perciben prestaciones económicas sociales (IMV, RGC, pensiones no contributivas) garantizando ingresos mínimos afrontar gastos básicos.

Ante estas circunstancias y las situaciones detectadas se estima que el Ayuntamiento ha de intervenir:

- Evitando la constitución de guetos y focos de marginación social, poniendo los medios necesarios con el respaldo de los servicios sociales, que trabajen con estas familias para que puedan atender sus necesidades básicas de vivienda, de una forma digna y saludable, gestionando aquellas prestaciones a las que puedan tener derecho para lograr una integración normalizada, velando porque éstas se destinen al fin establecido.
- Cumplir con la obligación que tiene como entidad pública de proporcionar lugares de residencia que cuente con las infraestructuras y servicios necesarios para el desarrollo de una vida digna.
- Regular y adoptar las medidas para evitar nuevos asentamientos eliminando registros de empadronamientos que anteriormente habían sido permitidos.
- Comprometerse a promover actuaciones administrativas para tramitar la baja en el padrón de las familias residentes en el asentamiento.

El proceso deliberativo realizado entre responsables públicos, técnicos y pobladores, se identifican los cursos de acción necesarios, evitando el recurso extremo de permanencia en el lugar en condiciones precarias y marginales.

La búsqueda de vivienda, se contempla como el paso fundamental para lograr una verdadera integración de las familias en el entorno social, al mismo tiempo que la única solución factible para poner fin al asentamiento marginador.

Esta tarea es la que más se prolonga en el tiempo al requerir el diseño de un plan individual y específico de inserción con cada familia. No se pasó por alto las condiciones sociales y económicas de cada una de ellas, sus prioridades y valores, con actitudes dispares en las que se manifiesta como algunas de ellas quieren abandonar el asentamiento con los recursos y posibilidades personales y los apoyos necesarios y otras se muestran mucho más reacias a cambiar su estilo de vida itinerante.

Las opciones y propuestas realizadas fueron las siguientes:

- Compra ó alquiler de vivienda, (con finca colindante si pudiera ser) teniendo en cuenta las capacidades económicas de cada familia y proponiendo la opción que más se adaptara a su situación valorándose en cada caso, si fuera necesario, apoyos complementarios de ayudas por parte de los servicios sociales públicos. La ubicación de la vivienda debía de ser elegida por cada familia, teniendo en cuenta los enseres que tenían que trasladar.
- Acceso a viviendas de protección oficial: destinadas a familias con menor poder adquisitivo.
- Adquisición de fincas urbanizables donde puedan asentar sus caravanas y animales y poder tener acceso agua y luz privada.

Paulatinamente algunas familias encuentran viviendas en alquiler en localidades rurales con bajos costos, mientras que otras adquieren en propiedad parcelas rústicas con los requisitos urbanizables necesarios para asentar sus caravanas de forma segura.

Con las familias más reacias a dejar el asentamiento que deseaban continuar “viviendo a su manera” y argumentaban la falta de alquileres disponibles y recursos suficientes para poder afrontar los gastos básicos necesarios, se trabajó en un proceso de mayor nivel de intercomunicación e información de riesgos, siempre bajo los principios básicos que garantizaran su bienestar, protegiendo su salud y permitiéndoles vivir dignamente con los servicios básicos necesarios e involucrándolos en la solución a su situación marginadora. Al verse cada vez más aislados en un entorno inhóspito, se llegó a un acuerdo con ellos para priorizar la solicitud de viviendas de protección oficial. Esta solicitud fue resuelta de manera favorable proporcionándoles viviendas disponibles a las que se trasladaron ante el aislamiento y marginalidad en el que se encontraban.

DILEMAS SOCIALES Y ÉTICOS

En respuesta a las situaciones referidas los profesionales de los servicios sociales durante la valoración de los hechos, identificaron problemas y valores en conflicto que generan preguntas fundamentales:

- ¿Debería permitirse, respetando el principio de autonomía de las familias que continuaran viviendo como ellos deseaban “a su manera” o bien se ha de avalar el desmantelamiento necesario que las autoridades municipales proponen en base a

las insalubres condiciones del asentamiento y los riesgos para su salud?

- ¿Debería prevalecer el principio de igualdad con aquellos que se niegan a abandonar el asentamiento en comparación con otros vecinos en similares condiciones que han buscado nuevas ubicaciones y afrontan sus gastos básicos?

Durante la **deliberación del conflicto** surgen dilemas cuando los valores personales y el deseo de autonomía chocan con el diagnóstico de los profesionales basado en los principios de no maleficencia y beneficencia que eviten daños a la salud y a su vez proporcionen recursos de integración.

Además, considerando la normativa que regula las prestaciones sociales que tenían concedidas y que establecen la obligación de no rechazar acceso a cambios necesarios con mejora para su integración, ¿deberían los profesionales comunicar a los organismos responsables, la negativa al traslado y reubicación en la vivienda concedida?

La fase de decisión final, se concluye aplicar el principio de no maleficencia, evitando suspenderles los escasos recursos que tienen concedidos, procurando a través del principio de beneficencia consensuar el acceso a una vivienda adecuada a sus valores, con espacios disponibles para poder trasladar a sus animales de compañía y no alejada a los recursos necesarios para su salud y bienestar.

Se permite así aplicar también el principio de justicia distributiva propiciando la igualdad entre todos los habitantes de la localidad con proporcionalidad en los apoyos de los servicios públicos y obligaciones equitativas.

EVALUACIÓN, CONCLUSIONES Y VALORACIONES ÉTICAS

El programa de intervención ha implicado un esfuerzo sostenido para diseñar soluciones personalizadas, considerando las condiciones y preferencias de cada familia. Sin la participación activa y continua de los tres actores claves en este proceso, población afectada, profesionales y responsables institucionales, no habría sido posible el progreso comunitario ni el éxito de inserción llevado a cabo.

Los procesos inclusivos de poblaciones marginales como las de este proyecto, con un afianzamiento cronificado a su propia marginalidad no pueden desarrollarse eficazmente sin una metodología participativa. Abordar las reticencias y resistencias requería de acciones transversales y coordinadas sin las cuales el proceso dinamizador se enquistaría.

La falta de escucha activa, comunicación flexible e información exhaustiva y práctica, podría transformar el proceso circular e inclusivo, en uno lineal y desintegrador alejándose cada vez más de los objetivos integradores. La participación se ve obstaculizada cuando algunos de los actores buscan prevalecer intereses personales e inmovilistas. Abordar las presiones de algunas familias requirió diálogo participativo, pedagogía inclusiva y ejercicio deliberativo que considerara desde los extremos de acción (inmovilismo o inclusión) llegar a un consenso del curso óptimo (ubicación en nuevos entornos y/o viviendas dignas y adecuadas), evitando así daños adicionales tanto en la salud como en los conflictos vecinales consiguiendo con ello el bienestar y la obtención de recursos inclusivos justos.

Todo este proceso de reubicación no hubiera sido posible:

- Sin una política de apoyo a la inserción, con iniciativas políticas inclusivas.
- Sin un método de intervención participativo y democrático.
- Sin un trabajo coordinado y consensuado entre profesionales, técnicos y responsables políticos y las propias familias implicadas en el proceso.
- Sin la consideración de los principios, valores de las personas afectadas a través del proceso deliberativo, flexible, justo e integrador.
- Sin la acción ética puesta al servicio de la dignidad y la justicia distributiva.

Partiendo de la premisa de que **no existe trabajo bien hecho sin ética bien aplicada** propongo la formulación de una **Buena Práctica Ética** que establezca:

- Identificar y satisfacer las necesidades, potenciando capacidades, fortalezas y recursos de igualdad.
- Respetar el derecho a la autodeterminación haciendo uso de prácticas participativas.
- Garantizar la equidad en la distribución de servicios.
- Hacer visibles conductas empáticas, no subordinada a intereses ajenos y de respeto a la confidencialidad.
- Propiciar que nuestras acciones produzcan reflexiones y reacciones de una ciudadanía cada vez más activa e informada.
- Romper con la tecnología que promulga todo para los humanos, pero sin los humanos.
- Salir del inmovilismo y la individualidad, incorporando a la intervención profesional más solidez y sentido crítico.
- Apostar por un ejercicio profesional guiado de acciones transformadoras y reivindicativas en la consecución y permanencia de los derechos sociales.
- Realizar procesos deliberativos que garanticen el respeto a los principios éticos universales.
- Frente a los desafíos de los complejos contextos socio-económicos realizar prácticas profesionales visibles con una acción ética cada vez más estética.

APLICABILIDAD DEL ESTUDIO

Consideramos que la experiencia descrita puede ser replicable en otros contextos espacio-temporales en cuanto a:

- Marco teórico (trabajo Social comunitario, democracia participativa y principios bioéticos y ética deliberativa)
- Objetivos (Erradicar la situación de marginación social, asegurar que las actuaciones éticas, respetuosas, deliberadas y consensuadas y promover soluciones inclusivas.
- Metodología (desarrollo comunitario con práctica de democracia participativa)

- Implicaciones coordinadas y consensuadas imprescindible de agentes sociales y políticos (técnicos de servicios sociales, responsables de policía locales, responsables políticos, etc.)

No obstante, se describe un proceso de intervención cualitativa específica por lo que los elementos que se realizan son únicos e irrepetibles, teniendo en cuenta que cada entorno es único y singular y requiere darle viabilidad con estudios y soluciones personalizadas.

BIBLIOGRAFIA

Azcarate Lerga Jaione´ *, Arboniés Ortiz Juan Carlos y Bergera Arrazubi Ana “Proceso seguido para el caso de Alfredo mediante el uso del método deliberativo de Diego Gracia” <https://www.doctutor.es/wp-content/uploads/2021/05/El-metodo-deliberativo-de-Gracia-.pdf>. Recuperado el 5.3.2024

Ballester, A.(2006).Dilemas éticos en Trabajo Social. Pamplona. Eunate.

Banks, S. (1997). Ética y valores en el trabajo social. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.

Cuenca Silvestre, M (2018) “Toma de decisiones éticas en el trabajo social comunitario: una aproximación desde la bioética” Documentos de Trabajo Social . Revista de Trabajo y acción social nº 61, 81-101

Cuenca Silvestre, M (2018) “Abordaje de las problemáticas éticas en Trabajo social comunitario” Revista Servicios Sociales y Política Social 117, 147-162.

CONSEJO GENERAL DE TRABAJO SOCIAL. Código Deontológico del Trabajo Social. Madrid: Consejo General de Trabajo Social, 2012.

Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local.

García Álvarez, B. “Conflictos éticos en la práctica del trabajo social de los Servicios Sociales básicos”, Revista Servicios Sociales y Política Social 82, 155-168

Gómez Quintero ,J D, Martínez Molina ,M C, Domínguez Sanz, J (2016) “Trabajo Social comunitario en la regeneración de zonas urbanas vulnerables” Fundación Dialnet. Universidad de la Rioja.

Lillo Nieves, Roselló, E (2004) “Manual para el Trabajo Social Comunitario” Madrid. Narcea.

Román Maestre, B (2026). “Ética de los Servicios Sociales”. Barcelona. Herder

Implicaciones sociales respecto al tratamiento judicial de las violencias por razones de identidad de género u orientación sexual

Modalidad: Teoría del Trabajo Social

Sergio Óscar Libera Medina

Trabajador Social. Diplomado en Derechos Económicos, Sociales y Culturales por la Universidad Metropolitana para la Educación y el Trabajo. Diplomado en Acompañamiento y Abordaje Territorial de situaciones de violencias por razones de género en la Universidad Nacional de Rafaela y Especialista en Planificación y Gestión Social por la Universidad Nacional de Rosario.

Resumen

La comunicación científica pretende desarrollar aproximaciones conceptuales que den cuenta del acceso a la justicia y el tratamiento jurídico de las violencias contra las personas que componen la diversidad sexual. Por esto, se propone una revisión y análisis de bibliografía y exposición de datos estadísticos elaborados por instituciones públicas especializadas en la temática con referencia en el contexto legislativo inherente al Estado Argentino. En concordancia, si bien el trabajo no constituye un estudio de casos, se enuncian hechos que han trascendido hacia los estrados judiciales y medios de comunicación que pueden resultar relevantes para brindar referencias empíricas que permitan sostener las argumentaciones teóricas. Conforme a ello, el ensayo se estructura en torno al rol de testigo experto del trabajador social en cuanto a la producción de prueba para el debate judicial y aplicación de la perspectiva de diversidad sexual en las causas judiciales que se investigan las violencias contra las personas LGBTTTIQ+. En esa línea de ideas, exponer una aproximación teórica al prisma de discriminación social y asimetría jurídica basada en los parámetros heteronormativos que rigen los espacios de poder en las relaciones interpersonales. Asimismo, ponderar la vulnerabilidad de las víctimas de delitos y el contexto social en que se reproducen las violencias por razones de identidad de género u orientación sexual.

Palabras clave

Diversidad sexual; reproducción de violencias; testigo experto; debate judicial.

Summary

Social implications regarding the judicial treatment of violence on grounds of gender identity or sexual orientation.

The scientific communication aims to develop conceptual approaches that account for access to justice and legal treatment of violence against people who make up sexual diversity. Therefore, it is proposed a review and analysis of the literature and statistical data produced by public institutions specialized in the subject with

reference to the legislative context inherent to the Argentine State. Accordingly, although the work is not a case study, it states facts that have been passed on to judicial courts and the media which may be relevant for providing empirical references to support theoretical arguments. Accordingly, the essay is structured around the social worker's role as expert witness in producing evidence for judicial debate and applying the perspective of sexual diversity in court cases investigating violence against women LGBTTTIQ+ people. In this line of ideas, to present a theoretical approach to the prism of social discrimination and legal asymmetry based on the heteronormative parameters that govern power spaces in interpersonal relations. Also, consider the vulnerability of victims of crime and the social context in which violence is reproduced on the basis of gender identity or sexual orientation.

Keywords

Sexual diversity; reproduction of violence; expert witness; judicial debate.

I. INTRODUCCIÓN

La reproducción de violencias ejercida contra las identidades de género y orientaciones sexuales que no responden a los parámetros heteronormativos constituye una problemática transversal hacia los derechos humanos que, por consiguiente, requiere interpretaciones jurídicas dinámicas en cuanto a la elaboración de la teoría del caso que orienta a la investigación judicial, la determinación de los agravantes al tipo penal y el dictamen de sentencia en correspondencia con la extensión del daño como consecuencia de la victimización.

Las conductas violentas contra las personas de la comunidad LGBTTTIQ+ arraigadas históricamente dan cuenta de la manifestación de intolerancia en función del ejercicio de poder, por ello, resulta relevante profundizar sobre las cuestiones que determinan la exteriorización de los comportamientos antijurídicos y antisociales en relación a la valoración judicial de los hechos.

En esa línea, profundizar argumentaciones que permitan hacer visible la discriminación social, asimetría jurídica y violencia estructural contra las personas de la diversidad sexual como prerrogativa heteronormativa hegemónica.

El fortalecimiento del sistema de administración de justicia constituye un aspecto fundamental para la consolidación del régimen democrático y ejercicio de ciudadanía.

Naciones Unidas es clara al respecto al introducir en la Agenda 2030 como objetivo prioritario promover sociedades justas, pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible para lo cual expresa como metas: Reducir significativamente todas las formas de violencia y las correspondientes tasas de mortalidad en todo el mundo (16.1); y Promover el estado de derecho en los planos nacional e internacional y garantizar la igualdad de acceso a la justicia para todos (16.3).

Por consiguiente, resulta relevante avanzar hacia la consolidación del discurso político, marcos jurídicos y contextos sociales que den cuenta de comunidades respetuosas de los estándares internacionales de derechos humanos en cuanto a los principios de libertad, igualdad y dignidad.

II. A MODO DE ACERCAMIENTO AL ENCUADRE CONCEPTUAL DE LA DIVERSIDAD SEXUAL

La noción de “diversidad sexual” da cuenta de las maneras de vivir la sexualidad que el modelo socialmente aceptado deja afuera; ese modelo establece, así, una jerarquía en la que las personas cisgénero y heterosexuales se ubican en un lugar de privilegio con respecto a las demás (Fondo de Población de las Naciones Unidas–UNFPA, 2022:7).

En ese sentido, representa las distintas formas de percibir el género, experimentar la sexualidad, exteriorizar los vínculos y convivir en comunidad.

Este carácter dinámico, múltiple y variable de la sexualidad permite entenderla como un campo de acción política atravesado por relaciones de poder que inciden en las normas, las relaciones, las prácticas, las clasificaciones y las posibilidades de libertad y de ejercicio de derechos (Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo – INADI, s/f: 9).

La heterogeneidad sexual e identitaria se compone de diversos subgrupos que no responden a la reproducción social del sistema binario de género signado por la prerrogativa entre varón y mujer.

La identidad de género se refiere a aspectos biológicos, es decir, cromosomas, órganos reproductivos o genitales que no se encuadran anatómicamente dentro de los patrones sexuales heteronormativos. Esta categoría la integran las personas travestis, transexuales, transgenero, intersex o queer.

La orientación sexual constituye la representación de la sexualidad respecto a factores emocionales, afectivos y atracción conforme a la reproducción de relaciones entre personas independientemente de su género. En este sentido, podemos mencionar mujeres lesbianas, varones gay o personas bisexuales.

El conjunto de personas que componen la diversidad por identidad de género u orientación sexual se conoce como la comunidad LGBTTTIQ+.

III. SOBRE LA PREVALENCIA DE LA ESTIGMATIZACIÓN HACIA LA DIVERSIDAD SEXUAL

Las significaciones simbólicas y modos de conducta sostenidas en el tiempo contra las personas LGBTTTIQ+ se encuentran históricamente arraigadas.

En ese sentido, una de las razones deviene por la atribución de la propagación de un virus de transmisión sexual producto de la promiscuidad aducida al grupo social. La crisis sanitaria por la ola de contagios de HIV/SIDA se profundizó transcurriendo la década de 1980; la enfermedad, coloquialmente denominada Peste Rosa, Peste Gay o Cáncer Homosexual, constituye motivo de exclusión aún en la actualidad.

Por otro lado, la patologización sobre la identidad de género y orientación sexual podía incluir formas análogas a la tortura expresadas en terapias de conversión mediante descargas eléctricas, obligación a desnudarse, tocamientos en órganos sexuales, penetración forzosa, ingesta de medicación o exhibición de material audiovisual de contenido pornográfico y violaciones correctivas (acciones que no pretenden corregir sino castigar y causar sufrimiento mediante violencia sexual). Recién hacia el año 1990 por Asamblea General, la Organización Mundial de la Salud excluyó la homosexualidad de la lista de enfermedades y desórdenes mentales.

La exclusión sobre las personas LGTBTTIQ+ se basan en la heterosexualidad como prerrogativa, es decir, la sexualidad binaria hombre y mujer aunado a la prevalencia del androcentrismo como sistema de socialización por el cual se pondera lo masculino como centro de los pensamientos y acciones.

Este proceso sistemático de prácticas institucionales y conductas sociales se caracteriza por actitudes de aversión sobre las personas que manifiestan identidades u orientaciones no hegemónicas. En consecuencia, repercute en la desigualdad social hacia dimensiones fundamentales para el desarrollo de capital humano.

En esa línea, resulta relevante destacar la afectación sobre las trayectorias educativas por razones de discriminación producto del hostigamiento o aislamiento pudiendo ser efectuado por el cuerpo estudiantil, es decir, los alumnos compañeros de aula y de colegio; personal escolar, osea, maestros, profesores y empleados no docentes; o autoridades educativas como directivos.

El resultado puede ser la exclusión de los estudiantes LGBTI, por ejemplo, a través de políticas escolares que nieguen a los estudiantes el derecho de expresar su identidad de género escogida, y a través de medidas como uniformes específicos para cada género y reglas sobre la forma de arreglarse el cabello (Organización de las Naciones Unidas para la Educación y la Cultura–UNESCO, 2017: 23).

Eventualmente, esta situación sostenida en el transcurso del tiempo puede generar la deserción temprana al sistema de educación formal dado que representa un ámbito hostil. Esto, decanta en la profundización de condicionantes para el acceso al empleo formal, lo cual restringe el ejercicio de derechos económicos, sociales y culturales fundamentales para la satisfacción de necesidades básicas, principalmente, seguridad alimentaria, vivienda digna y salud integral.

Por ejemplo, la CIDH ha sido informada que el promedio de mujeres trans en la región que ejerce el trabajo sexual ronda el 90%. Asimismo, que, en Chile, el 95% de las mujeres trans encuestadas ejerce el trabajo sexual. Igual cifra fue relevada en Colombia. En Paraguay, una encuesta arrojó como resultado que el 86% procuraba su sustento por medio del trabajo sexual y, respecto de El Salvador, el PNUD constató que dicho número se afina en el 85%. En Argentina, una encuesta reciente reveló que más del 70% de las mujeres trans todavía encuentra su principal fuente de ingresos en el trabajo sexual (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2020: 121).

En correspondencia, distinguimos normas legales que criminalizaban la desigualdad social castigando a las personas que ejercieran la prostitución como estrategia de subsistencia económica conforme al artículo 87 del Título IV Contra la moralidad y buenas costumbres Capítulo I Contra la decencia pública del Código de Faltas de la Provincia de Santa Fe, Argentina, Ley N° 10.703. En consonancia, el artículo 93 reprimía la expresión pública del travestismo; derogados por Ley 13.072 recién hacia el año 2010.

El reconocimiento de la exclusión histórica de las personas de la diversidad sexual del mercado laboral y productivo ha convocado la implementación de medidas de acción positiva, es decir, las denominadas leyes de cupo que asignan un porcentaje de personal obligatorio con la finalidad de promover la inclusión al trabajo en instituciones públicas o ámbito privado.

En esa línea, la Ley N° 27.636 de Acceso al Empleo Formal para personas Travestis, Transsexuales y Transgéneros de Argentina sancionada el año 2021 establece un cupo mínimo de uno por ciento de los cargos y puestos del Estado Nacional con el objetivo de acceder a un trabajo formal en condiciones de igualdad.

Ahora bien, sin perjuicio del avance legislativo, este tipo específico de normativa suele destinarse, casi con exclusividad, hacia la población TTT, no obstante, quedarían restringidos los demás subgrupos que componen la comunidad LGBTTTIQ+.

En suma, el entramado cultural de los rígidos heteronormativos determina y reproduce estereotipos sobre delincuencia, enfermedad mental e inmoralidad asignados a las personas de la diversidad sexual.

IV. NOCIONES RESPECTO A LA INTERSECCIONALIDAD EN LA DIVERSIDAD SEXUAL

La interseccionalidad constituye un enfoque analítico que permite visibilizar los factores psicosociales y dimensiones socioeconómicas que profundizan el contexto de vulnerabilidad.

La relevancia de la noción de vulnerabilidad social se relaciona con la posibilidad de captar cognitivamente cómo y por qué diferentes grupos y sectores de la sociedad están sometidos de forma dinámica y heterogénea a procesos que atentan contra su subsistencia y capacidad de acceso a mayores niveles de bienestar. En este sentido, la noción se orienta a enfocar su atención en la existencia y posibilidad de acceso a las fuentes y derechos básicos de bienestar como, entre otros, el trabajo, ingresos, tiempo libre, seguridad, patrimonio económico, ciudadanía política, identidad cultural, autoestima, integración social (Busso, 2001: 9).

En concordancia, la regla 4 de las *Reglas de Brasilia* sobre Acceso a la Justicia de las Personas en condición de Vulnerabilidad postula como causas de vulnerabilidad la edad, discapacidad, pertenencia a comunidades indígenas, condición de migrante, minorías étnicas, privación de la libertad, pobreza, género, identidad de género, orientación sexual y victimización.

En ese sentido, se ha tenido en cuenta que las condiciones estructurales de vulnerabilidad a las que son sometidas suelen operar como condicionantes del transcurso vital de esta población, lo que las coloca en un estatus social desventajoso (grupo de riesgo) que es leído por otros actores como condiciones de posibilidad (o escenarios de impunidad) para la aplicación de la violencia en diversos grados y manifestaciones (Unidad Fiscal Especializada de Violencia contra las Mujeres, 2020: 18).

Ahora bien, resulta pertinente identificar que la interseccionalidad se reproduce incluso dentro de los subgrupos que componen la diversidad sexual conforme a los rangos de discriminación distintivos que otorga la heteronormatividad.

Del total de las personas de la comunidad LGBT+ víctimas de los crímenes de odio registrados en 2022, el 84% de los casos (108) corresponden a mujeres trans (travestis, transsexuales y transgéneros); en segundo lugar con el 12% (15) se encuentran los varones gays cis; y en tercer lugar con el 2% (3) de los casos respectivamente cada identidad, siguen los varones trans y las lesbianas (Observatorio de crímenes de odio lgbt, 2022:17).

Esta situación evidencia que a mayor expresión femenina en conductas, modismos o vestimenta en cuerpos biológicamente masculinos se intensifica el grado de desigualdad social, aversión e intensidad en la reproducción de violencias.

V. ANÁLISIS SOBRE EL PRISMA DE LA INTERSECCIONALIDAD

Vanesa Zabala tenía 31 años cuando fue asesinada la madrugada del 29 de marzo de 2013, mientras ejercía la prostitución en un descampado del acceso sur a Reconquista. La autopsia determinó que murió a causa de un fuerte golpe en la cabeza, aunque también tenía marcas de haber sido estrangulada y una profusa hemorragia anal que daba la pauta de que había sido empalada con un elemento contundente, que luego se supo fue un caño de un ventilador secuestrado en la casa de uno de los detenidos en ese entonces (El Litoral).

En este caso, puede observarse la forma que intercede la vulnerabilidad social en razón de la identidad de género por tratarse de una femineidad trans; la situación socioeconómica producto de la deserción temprana del ámbito educativo, exclusión del sistema laboral, contexto de pobreza, condición de intercambio sexual por dinero como estrategia de subsistencia; y victimización por la reproducción de violencias sobre la integridad física y sexual resultando como consecuencia la violación del derecho a la vida.

VI. IMPLICANCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES SOBRE LA APLICACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE DIVERSIDAD SEXUAL EN EL PROCESO PENAL

La perspectiva de diversidad sexual constituye una mirada retrospectiva hacia las desigualdades sociales en contexto histórico que han sufrido las personas LGBTTTIQ+ en relación a la forma que impactan en la reproducción social de la vida en la actualidad.

Esta categoría de análisis supone reconocer los contextos sociales signados históricamente por procesos de discriminación y reproducción de violencias contra determinados grupos sociales de la comunidad.

Siguiendo esta línea argumental, la exclusión se manifiesta sobre diversos sistemas institucionales que componen la vida en sociedad como el sistema educativo, sistema laboral, sistema político o sistema de justicia. Por cuanto a este último, resulta relevante su aplicación en las investigaciones judiciales considerando tres tópicos transversales.

6.1. Significaciones sobre el entramado de discriminación social

La discriminación social hacia las personas LGBTTTIQ+ puede darse desde situaciones sutiles como miradas despectivas o comentarios en tono de burla, que si bien pueden parecer imperceptibles generan incomodidad en las personas hacia formas más graves como violencia verbal a través de insultos o prohibición de acceso a determinados lugares como boliches hasta sufrir agresiones físicas explícitas.

Conforme a ello, la intolerancia hacia las orientaciones e identidades no hegemónicas puede ir creciendo desde discursos de odio, es decir, expresiones discriminatorias hasta los crímenes de odio, osea, el homicidio agravado de las personas de la diversidad sexual. Esto se denomina pirámide del odio.

La herramienta de la pirámide sirve justamente para visibilizar estas capas y poner de manifiesto la escalada de violencia que implica el pasaje del acto enunciativo a la acción directa (la violencia física), o dicho de manera más coloquial, del dicho al hecho (Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo, 2023:8).

En esa línea argumentativa, las manifestaciones de afecto en ámbitos públicos como caminar tomados de la mano, abrazarse y besarse han representado causas de ser víctima de violencias generando que la expresión y publicidad de los vínculos no binarios constituyan un riesgo hacia la integridad física e inclusive la vida.

Estas situaciones pueden haber generado una tendencia a desarrollar los vínculos en la intimidad, reserva, incluso hacia su entrono afectivo más cercano como familiares o amistades.

El hecho de que exista un vasto mundo de relaciones personales formado por aquellos “que no saben nada” de la vida sexual y afectiva de una persona que les es en otros sentidos muy cercana, se explica por la situación de discriminación de la que es objeto la homosexualidad (Pecheny, 2005: 140).

Por ejemplo, una pareja heterosexual puede disfrutar de salir a cenar a una local de comidas, en tanto, que una pareja de la diversidad sexual hacerlo en la intimidad del hogar; esto da cuenta de comportamientos sociales similares desarrollados en ámbitos de socialización diferentes.

Las consecuencias sociales pueden profundizarse hacia parejas serodiscordantes, es decir, los vínculos afectivos en los cuales una de las personas padece la enfermedad de HIV SIDA.

La discriminación disminuye el impacto de las respuestas al VIH/sida, ya que los gays y otros hombres que tienen sexo con hombres son uno de los grupos más vulnerables y afectados, y en un alto porcentaje de casos ocultan su comportamiento sexual (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida–ONUSIDA, 2006: 3).

En esa línea, para la cultura heterosexual, noviazgo, pareja, matrimonio, reflejan las posturas monógamas y estables que perduran en el tiempo entre personas que comparten una relación, caracterizándose los vínculos por su composición entre una persona de género femenina y otro masculino, a los que les asigna determinados grados de intensidad, de forma creciente, en términos de compromiso y expresados mediante notoriedad pública y formalidad legal.

Para la diversidad sexual, denominaciones como chongo¹ o pique pueden ser expresiones con las cuales las personas LGBTTTIQ+ nombran a sus vínculos sexuales y afectivos; dichas formas de vinculación, independientemente de su exclusividad, constituyen efectivas relaciones.

6.2. Acerca de la asimetría jurídica

El reconocimiento legal al derecho de unión civil de las relaciones entre personas de orientación sexual o identidad de género diversa es relativamente reciente.

.....

1 Entonces, se utiliza el término chongo a una persona que puede estar en la vida de esta persona, o de las personas travestis, pero que no es ni su novio, ni su marido, ni quien la acompaña, ni nadie. Sino que es una persona, que está pasando, que se relaciona, que tiene, no sé, sexo, no lo sé, eso, y estar (Comisión de Familiares y Compañeres de Justicia por Diana Sacayán, 2019: 21).

En Argentina, la Ley N° 26.618 de Matrimonio Igualitario promulgada promediando el año 2010 establece mediante el artículo 2 “*el matrimonio tendrá los mismos requisitos y efectos, con independencia de que los contrayentes sean del mismo o de diferente sexo*”. Esto da cuenta de la negación jurídica y prohibición normativa histórica respecto a los vínculos de la diversidad sexual previa a la sanción del digesto.

En anuencia, evidencia la forma que se ha condicionado el derecho a la constitución jurídica de los vínculos extendiéndose al derecho a conformar una familia debido que tampoco se permitía la adopción a personas LGBTTTIQ+.

El tipo de argumentos que se han hecho valer para justificar esa forma de concebir el matrimonio suelen estar basados en estereotipos de género relacionados con: (i) la forma “natural” de la sexualidad humana; (ii) la estigmatización de las expresiones sexuales distintas a la heterosexual; (iii) la idea de que la procreación es el fin primordial de las uniones matrimoniales; y (iv) la creencia de que las familias “tradicionales” están conformadas por un hombre, una mujer y las hijas e hijos biológicos (Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2020: 62).

Asimismo, la Ley de Identidad de Género N° 26.743 sancionada recién hacia el año 2012 establece por el artículo 3 que “*Toda persona podrá solicitar la rectificación registral del sexo, y el cambio de nombre de pila e imagen, cuando no coincidan con su identidad de género autopercebida*”.

Esto ha significado un avance relevante en terminos juridicos habida cuenta de la visibilización de la victimización contra los subgrupos de la diversidad sexual en el tratamiento jurídico.

Por ejemplo, cuando las víctimas que son personas trans son registradas según su sexo asignado al nacer, su identidad de género no es reflejada en los registros (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2015: 80, párrafo 100).

En esa línea de pensamiento, puede representarse a varones gay o mujeres lesbianas víctimas de delitos. Esta cuestión constituye un nudo crítico hacia el efectivo derecho de acceso a la justicia debido a la invisibilización de las razones que interceden en la reproducción de violencias hacia las investigaciones judiciales y constitución de la cifra negra del delito.

6.3. Respecto a la violencia estructural

La violencia representa actos vejatorios intencionales sobre la integridad física, psicológica o sexual, creciente en intensidad con el fin de causar sometimiento, sufrimiento e inclusive vulnerar el imperativo de la vida.

En ese sentido, constituye una dimensión cultural profundamente arraigada en las sociedades extendiéndose sobre los derechos de determinados grupos sociales no hegemónicos, principalmente, personas de la diversidad sexual.

Una característica común de muchos de los delitos motivados por el odio contra las personas LGBT es su brutalidad: por ejemplo, las víctimas de asesinatos suelen aparecer mutiladas, severamente quemadas, castradas y con indicios de haber sido agredidas sexualmente. Las personas transgénero, especialmente las que se dedican al trabajo sexual o las que se encuentran detenidas, corren un riesgo especialmente elevado de ser víctimas de la violencia mortífera y en extremo cruel (Naciones Unidas, 2017).

En concordancia, un indicador singular de los ataques contra las identidades de género u orientaciones sexuales diversas suele ser la sodomía criminal.

La introducción forzada de objetos en el ano parece ser una forma común de infligir dolores insostenibles en las víctimas y por lo general es parte de actos cometidos con un alto nivel de violencia contra hombres gay y mujeres trans (Unidad Fiscal Especializada en Violencia contra las Mujeres, 2021: 17).

Este tipo de agresión inusitada pretende, a partir de un caso particular, colectivizar un mensaje hacia la comunidad de la diversidad sexual reforzando estereotipos de poder y dominación desde parámetros heteronormativos.

Por más individualizado que sea el ataque, su efecto de sentido es siempre generalizante, ya que se extiende sobre todo el entramado comunitario a modo de ejemplo alocucionador y alerta colectivo: “este es el destino eventual que le espera a toda persona que presente o haga visibles las características detectadas por el agresor en el agredido” (ILGA-LAC–Martín De Grazia, 2020: 32).

VII. PERSPECTIVA DE DIVERSIDAD SEXUAL EN LA DETERMINACIÓN DE AGRAVANTES AL TIPO PENAL SOBRE HOMICIDIO

La perspectiva de diversidad sexual constituye una dimensión del enfoque de derechos humanos trascendental para la elaboración de la teoría del caso que orienta la investigación judicial, análisis de los elementos de convicción para la contextualización de los hechos que acrediten la imputación de delitos y consecuente dictamen de sentencia.

7.1. Determinación jurídica del vínculo.

La concepción jurídica de vínculo se fundamenta a partir de los supuestos contenidos dentro del Título III Uniones convivenciales Capítulo 1 Constitución y prueba del Código Civil y Comercial de la Nación Argentina.

El plexo jurídico, por artículo N° 509 refiere: “se aplican a la unión basada en relaciones afectivas de carácter singular, pública, notoria, estable y permanente de dos personas que conviven y comparten un proyecto de vida común, sean del mismo o de diferente sexo”.

Ahora bien, respecto de la violencia letal, el encuadre legal del vínculo como agravante al tipo penal sobre homicidio se encuentra normando bajo el artículo 80 inciso 1 del Código Penal Argentino.

El digesto extendió la concepción de relación de pareja² como agravante al delito sobre homicidio hacia el cónyuge, ex cónyuge o persona con quien mantiene o mantuvo un vínculo de hecho o de derecho; de carácter actual, reciente o anterior; confirmado de forma religiosa o no; sin perjuicio de haber compartido convivencia o no. Esto da cuenta del carácter dinámico, no estático del vínculo como precepto jurídico.

Las causas que se dirimen en fuero civil o penal determinan el vínculo conforme al artículo N° 509, por ello, corresponde interpelar los requisitos expuestos a los fines de valorar la forma que la discriminación ha condicionado la exteriorización de las relaciones.

Para ello, resulta pertinente visibilizar el prisma de la discriminación sobre el carácter público y notorio de las relaciones afectivas de la diversidad sexual a partir de una situación concreta.

En el año 2017, Mariana Gómez se encontraba conversando con su esposa, Rocío Girat, en una estación del metro donde se despiden dándose un beso antes de comenzar el viaje.

En esas circunstancias, un empleado de la empresa de transporte ferroviario le recrimina que se encontraba fumando un cigarrillo, a lo cual, Mariana refiere que el lugar no tenía cartelera indicativa de la prohibición de fumar y además varias personas se encontraban fumando, las cuales no fueron advertidas.

Posteriormente, el empleado solicita la intervención de un oficial de policía quien la increpó refiriéndose en forma despectiva llamándola “pibe”, esta situación generó un forcejeo culminando con la detención de Mariana, trasladada a una comisaría y se inicia una causa penal en su contra.

El Tribunal Oral en lo Criminal y Correccional Nro. 26 de la Capital Federal, en fecha 28 de junio de 2019 (fundamentos del 5 de julio del mismo año), condenó a Mariana Gómez a la pena de un año de prisión en suspenso, por considerarla autora penalmente responsable de los delitos de resistencia a la autoridad y lesiones leves agravadas por ser la damnificada personal policial (Ametrano, 2021: 1).

Posteriormente, transcurriendo el año 2021 la Sala II de la Cámara Nacional de Casación en lo Criminal y Correccional de la Capital Federal resuelve absolverla.

Este caso permite realizar un análisis respecto a las implicancias sociales e institucionales atravesadas por prejuicios y discriminación en relación a la reproducción social de los vínculos de la diversidad sexual.

Partiendo del supuesto de haber estado fumando en un lugar prohibido, ello representa una contravención sancionable con multa económica donde un inspector labra un acta de notificación para luego el infractor presentarse por ante un juzgado de faltas a realizar su

.....

2 Relación de pareja: la redacción actual del inciso 1° (según ley 26.791) extendió la agravante vincular a los supuestos en los que existe o existió entre el agresor y la víctima una relación de pareja, aun cuando no haya mediado convivencia. Se trata de una redacción amplia que permite capturar no sólo las relaciones matrimoniales –tal como preveía el CP en su redacción original– sino las restantes formas de establecimiento de vínculo afectivo o íntimo entre dos personas, incluso independientemente de cuál sea su género u orientación sexual. A diferencia de la unión convivencial, cuyo reconocimiento está regulado normativamente, y del matrimonio, que se instituye a partir del hecho formal de su celebración, la relación de pareja no requiere formalidad alguna. Siendo un hecho netamente fáctico, requiere de elementos objetivos para su demostración (Unidad Fiscal Especializada en Violencia contra las Mujeres, 2018: 22).

descargo. De ninguna manera constituye un delito por el cual se deba proceder a la detención de una persona dado que esta situación constituiría un exceso de poder, un abuso de autoridad por parte del agente policial. En consecuencia, tampoco corresponde instar acción penal.

Entonces, merece la pena interpelar la exigencia sobre los preceptos de publicidad y notiriedad para la determinación de los vínculos de la diversidad sexual cuando la expresión de afecto en público implica riesgo de ser víctima de discriminación por parte de personas como un empleado de empresa de transporte ferroviario, arbitrariedad de operadores institucionales como agentes policiales o padecer un proceso penal por el periodo de cuatro años, incluso con sentencia condenatoria en contra. En efecto, parece un mensaje hacia el ocultamiento de los vínculos de la comunidad LGBTTTIQ+.

Continuando esa línea de pensamiento, corresponde interpelar el requisito de compartir un proyecto de vida en común teniendo en consideración que hasta el año 2010 se encontraba prohibido ejercer el derecho a contraer matrimonio y adopción para formar una familia.

Ello da cuenta de la manera en que el ordenamiento jurídico ha condicionado la reproducción social y expresión de las relaciones sexo-afectivas.

Entonces, el artículo N.º 509 del Código Civil y Comercial de la Nación Argentina, si bien incluye a personas que sean del mismo o de diferente sexo, se encuentra representado bajo parámetros estrictamente heteronormativos que pueden generar interpretaciones jurídicas sesgadas sobre los vínculos de la diversidad sexual.

7.2. El odio como motivación de la acción homicida

El odio como catalizador de crímenes caracterizados por la brutalidad representa la expresión extrema de la discriminación contra las personas LGBTTTIQ+.

La intención canaliza la interrelación de violencias de manera progresiva y generalizada afectando los bienes jurídicos de mayor valor para la humanidad, es decir, la integridad física, libertad, dignidad y, consecuentemente, el derecho a la vida.

En términos jurídicos, este agravante al tipo penal sobre homicidio se encuentra contenido en el artículo 80 inciso 4 del Código Penal Argentino.

En este sentido, la CIDH considera que los siguientes elementos, entre otros, podrían ser indicativos de un crimen por prejuicio, particularmente cuando aparecen en combinación: (i) declaraciones de la víctima o el alegado responsable de que el crimen estuvo motivado por prejuicio; (ii) la brutalidad del crimen y signos de ensañamiento (incluyendo los casos de homicidio en los que la naturaleza y el nivel de violencia parecen ir más allá de la mera intención de matar y estar dirigidos a castigar o “borrar” la identidad de la víctima); (iii) insultos o comentarios realizados por el/los alegado/s responsable/s, que hacen referencia a la orientación sexual y/o identidad de género de la/s víctima/s; (iv) el estatus de la víctima como activista de temas LGBT o como defensor/a de las personas LGBT y sus derechos, o la participación de la víctima en un evento especial para celebrar la diversidad de personas LGBT; (v) la presencia de un prejuicio conocido contra personas LGBT en el perpetrador, o si el perpetrador forma parte de un grupo que tiene prejuicios contra personas LGBT; (vi) la naturaleza

o significado del lugar donde se desarrolló la violencia, o desde donde las víctimas fueron atraídas (por ejemplo, un lugar conocido por ser frecuentado por personas LGBT, o un área frecuentada por personas trans que ejercen el trabajo sexual); y (vii) la víctima o víctimas habían estado con una pareja del mismo sexo o con un grupo de personas LGBT cuando la violencia ocurrió (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2015: 280).

A estos indicadores podemos considerar la edad de las víctimas de violencia letal, es decir, el rango etario de las personas al momento de ser asesinadas. Al respecto, el Informe Semestral 2020 realizado por el Observatorio Nacional de Crímenes de Odio LGBT+ de la Federación Argentina LGBT refiere que el promedio de vida de la comunidad Trans oscila entre los 35 (treinta y cinco) a 40 (cuarenta) años de edad.

En esa línea argumentativa, de conformidad al artículo 80 inciso 2 del Código Penal Argentino la magnitud de la violencia en el hecho puede dar cuenta de agravantes jurídicos análogos como el ensañamiento o la alevosía.

Ahora bien, frente al odio como emoción desencadenante de la violencia letal, la defensa técnica del acusado puede esgrimir un sentimiento diferente como justificación del delito, es decir, alegar el pánico a la identidad de género u orientación sexual como atenuante del acto criminal.

Este síndrome, fue reconocido por la Asociación Americana de Psiquiatría en la edición de 1952 del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM por sus siglas en inglés). Según dicho texto, el “pánico gay” dependía de una condición latente homosexual, o de representaciones sexuales perversas. No obstante ello, en 1973 tanto la homosexualidad como el llamado síndrome de “pánico gay” fueron removidos como trastornos mentales del DSM (Álvarez, 2018: 91).

Sin embargo, a pesar de ser desestimado producto de las controversias en cuanto a su legitimación científica su utilización continuo siendo un argumento recurrente en la práctica judicial.

En esa línea, se puede mencionar el caso de Gwen Araujo, una adolescente de nacionalidad estadounidense, a ese momento de diecisiete años que fue asesinada por motivo de su identidad trans. El hecho sucedió en el año 2002, en el marco de una fiesta la víctima habría mantenido relaciones sexuales con dos hombres que asistieron a la misma, días después, habría sido interpelada para descubrir su identidad sexual y al corroborar de manera forzada que se trataba de una chica trans la atacaron a golpes y mediante asfixia por estrangulamiento hasta su muerte, posteriormente, enterraron su cuerpo en un terreno descampado.

Durante el transcurso del debate judicial los imputados habrían hecho trascender que esa situación desencadenó una reacción violenta inmanejable como consecuencia de la defraudación que sintieron producto del ocultamiento de su identidad sexual.

La defensa de pánico transexual, una variación de la defensa de pánico homosexual, fue traída en uno de los casos. El jurado encontró culpable de asesinato en Segundo grado a Michael Magidson y José Merel, mientras que a José Cázeres se le encontró culpable de homicidio voluntario. El jurado no encontró que fuera un crimen de odio, más bien la reacción ante una revelación chocante y súbita (Vilches Núñez, 2010: 438).

Entonces, esta postura pretende legitimar el crimen como un acto de defensa al honor de la masculinidad cuya acción violenta se dio en respuesta a una ofensa contra la entidad heterosexual que los dejó sin alternativa cuando, en efecto, esta conducta criminal constituye la peor expresión de rechazo hacia la orientación gay e identidad trans por considerarla un residuo de la condición humana que debería ser desechada.

VIII. LEGITIMIDAD Y PERTINENCIA DE LA PARTICIPACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL DEBATE JUDICIAL

El trabajador social puede intervenir durante el debate judicial en carácter de testigo experto ejerciendo función pericial en la causa penal.

Para ello, se encuentra legitimado conforme al Capítulo V Peritos, Artículo N° 253 del Código Procesal Penal de la Nación Argentina, *“El juez podrá ordenar pericias siempre que para conocer o apreciar algún hecho o circunstancia pertinente a la causa, sean necesarios o convenientes conocimientos especiales en alguna ciencia, arte o técnica”*.

En ese sentido, podrá introducir su experticia mediante la presentación de informe social, diligencia amparada bajo el Capítulo III Incumbencias Profesionales inciso 3 *“Elaboración de informes sociales, informes socioeconómicos, sociosanitarios y socio-ambientales, informes situacionales y/o periciales”*; e inciso 5 *“Elaboración de pericias sociales en el ámbito de la Justicia, ya sea como peritos oficiales, de parte, mandatario y/o consultor técnico”* de la Ley Federal del Trabajo Social N° 27.072 de la Nación Argentina.

Por un lado, se denomina testigo debido a que presta declaración, no por haber presenciado un hecho sino dar cuenta de una especialidad científica que detenta, expresada por ante Juez o Tribunal de Justicia sometido a responder preguntas de las partes litigantes, es decir, acusación y defensa.

La parte que solicita la intervención del trabajador social realiza el examen directo con la finalidad de obtener conclusiones que habiliten a fortalecer la teoría del caso y solicitud de pena, en tanto que, conforme a la garantía del debido proceso la parte contraria tiene la potestad de realizar un contra-examen en razón de debilitar la credibilidad de las consideraciones.

Asimismo, la calidad de experto se define en relación a las conclusiones profesionales sobre una temática que requiere una especificidad de suficiencia científica. En ese sentido, podrá acreditar la experticia mediante dos fuentes:

Por un lado, la acumulación de saberes producto de la experiencia laboral en el ejercicio de la profesión en el ámbito público o sector privado para lo cual deberá consignar nombre de la institución o empresa, tiempo de prestación de los servicios profesionales y función que desempeñaba;

Por otra parte, la solvencia profesional producto de disertaciones en congresos, distinciones u obtención de premios científicos, y publicación de producciones escritas en revistas editadas por universidades o colegios profesionales.

Esto le permite realizar un análisis retrospectivo de la desigualdad normativa y sustantiva respecto al reconocimiento legal de derechos y vías institucionales para el desarrollo humano de determinados grupos sociales en situación de vulnerabilidad en relación a las

implicancias sobre la reproducción social de la vida en el ámbito educativo, laboral, comunitario o doméstico.

Conforme a ello, podrá transversalizar diversas corrientes teóricas de derechos humanos como el enfoque de interseccionalidad y perspectiva de diversidad sexual en razón de argumentar de forma científica sobre los elementos fácticos que se dirimen en juicio.

Esto lo habilita para dar cuenta de la acumulación de factores psico-sociales y aspectos socioeconómicos que signan la discriminación e indicadores de desigualdad social en razón de determinar el contexto de vulnerabilidad en el cual se reproducen los hechos de victimización.

Considerando lo expresado, la participación profesional en debate judicial es legítima debido a la normativa vigente, por cuanto, es pertinente en razón que sus conclusiones presentan cohesión con la caratula de las causas que investigan la reproducción de violencias contra las personas de la comunidad LGBTTTIQ+.

IX. RELEVANCIA CIENTÍFICA DEL INFORME SOCIAL PARA LA VALORACIÓN JUDICIAL

Respecto a la suficiencia científica del instrumento técnico como expresión escrita de la sistematización de la práctica profesional, el trabajador social podrá valerse de diversas técnicas de investigación inherentes a las ciencias sociales:

9.1. Las técnicas directas producen prueba testimonial, en ese sentido, permiten relevar información mediante el análisis del relato de víctimas o testigos de delitos que se tramitan por ante sede judicial.

- a) La *entrevista* constituye un diálogo caracterizado por la direccionalidad preferentemente sin cernirse a una estructura rígida sino con preguntas abiertas previamente planificadas con las cuales se persigue objetivo claro intentando lograr un relato conciso de los hechos o situaciones que se pretende indagar. Pueden efectuarse hacia integrantes del hogar, familiares no convivientes, amistades, compañeros de trabajo, vecinos, profesionales u otras personas de interés.

Ámbitos de realización:

Visita domiciliaria: permite evaluar el contexto de convivencia y cotidiano, resulta pertinente hacia la obtención de información relevante para la causa judicial como la construcción de un vínculo de confianza entre la institución y las víctimas.

Gabinete: proporciona un ámbito profesional de privacidad donde profundizar el relato en un marco institucional.

Medios para el desarrollo:

Tiempo: el Protocolo Básico de Intervención de la Federación Argentina de Servicio Social recomienda que las entrevistas no excedan cuarenta o cuarenta y cinco minutos de duración.

Principios: 1) la escucha activa implica profundizar la atención libre de prejuicios en razón de evitar realizar preguntas innecesarias, impertinentes o repetitivas dado que

constituye un indicador de victimización secundaria; II) la escucha empática permite establecer formas de diálogo para la obtención de información relevante respetando los recursos materiales, cognitivos y simbólicos de la persona entrevistada.

- b) La *observación* permite percibir a través de los sentidos la comunicación no verbal; ejercicio de roles y jerarquías dentro de la organización social del hogar; constatar la dinámica de las relaciones interpersonales del grupo familiar.
- c) La *historia de vida* representa un relato que permite realizar una retrospectiva de las situaciones transitadas durante las etapas de vida (niñez, adolescencia, juventud, adultez, vejez). De esta manera, reconstruir vivencias pasadas, experiencias laborales, vínculos familiares o amistades. En esa línea, puede incorporar anécdotas consignadas de forma textual entre comillas.

9.2. Las técnicas indirectas constituyen fuentes de información trascendentales que permiten realizar el análisis sobre la prueba material.

- d) Revisión de documentos contenidos en el legajo judicial: transcripción de párrafos textuales de medios probatorios de constitución material o digital como formulario de informe médico legal; protocolo de autopsia; acta diligencias llevadas a cabo en allanamiento; informes; declaración de testigos a personal policial; registros fotográficos u audiovisuales. Consignar día/mes/año de realización; nombre, apellido y cargo del agente que lo certifica.
- e) Teoría especializada: permite fundamentar consideraciones profesionales mediante instrumentos conceptuales vinculados a la temática de estudio.

Fuentes bibliográficas: transcripción textual de fragmentos de libros, artículos o capítulos; cita de ponencias en Congresos y eventos académicos; informes, guías, protocolos de actuación realizados por organismos nacionales o internacionales, por ejemplo, Oficina de la Mujer de la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina o UNICEF. Especificar nombre del autor o institución, año de publicación, número de página y título del trabajo donde se extrae el párrafo.

Fuentes estadísticas: datos representados mediante porcentajes o índices que permiten caracterizar un objeto de estudio para acreditar evidencia empírica y sostener argumentaciones.

X. RAZONES POR LAS CUALES CORRESPONDE APLICAR LA PERSPECTIVA DE DIVERSIDAD SEXUAL EN EL ACCESO A LA JUSTICIA

Los principios de igualdad, dignidad y libertad guían las prácticas profesionales que promueven el trato digno y no discriminatorio a los fines de brindar respuesta ante las violencias.

Esto supone profundizar los estándares que dan cuenta de la política judicial en razón de garantizar el cumplimiento efectivo de los derechos de las víctimas de delitos conforme a la responsabilidad social e institucional inherentes a los organismos de administración de justicia.

10.1. Por la ratificación del Estado a los instrumentos internacionales de derechos humanos en cuanto al acceso a la justicia

Los Derechos Humanos constituyen un marco conceptual de alcance internacional que promueve el ejercicio integral de derechos económicos, sociales y culturales a los fines de atenuar la desigualdad socioeconómica en concordancia con los derechos políticos y civiles con el fin de garantizar la igualdad jurídica.

Entre los instrumentos internacionales de derechos humanos relacionados al reconocimiento de los derechos de la comunidad LGBTTTIQ+ se destacan la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948); Convención Internacional de los Derechos del Niño (1989); Estatuto de Roma (1998); Principios de Yogyakarta sobre la aplicación de la legislación internacional de Derechos Humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género (2006); Observaciones y recomendaciones elaboradas por la Organización de Naciones Unidas.

Estas herramientas de relevancia jurídica proporcionan un marco teórico y legítimo para la legislación del derecho interno y profundización de protocolos de actuación que regulan las prácticas profesionales para la asistencia de las víctimas de delitos como respuesta de las instituciones del Estado frente a la reproducción de violencias y actos de discriminación.

La garantía plena de los derechos humanos de las minorías sexuales, debe ser pensada a través de tres asuntos claves: i) instrumentos internacionales específicos en la materia que insten a los Estados al reconocimiento de los derechos sexuales; ii) modelos democráticos y de representación, que garanticen la expresión y ejercicio de una ciudadanía sexual, este ejercicio contribuye con la creación de espacios públicos abiertos a la existencia y expresión de la diversidad sexual y la adecuada representación en el debate deliberativo de la diversidad sexual; iii) la inclusión de las minorías sexuales, lejos de ser un debate sobre los ámbitos público y privados, es una reflexión sobre el tipo de Estado y el tipo de sociedad que se desea construir (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2018: 24).

De esta forma, atraviesa las esferas jurídicas, políticas y sociales hacia la profundización de la acción legislativa, planificación de políticas públicas y sensibilización comunitaria.

10.2. Por la responsabilidad social que el Estado delega en sus funcionarios

El Estado tiene el deber de velar porque a toda controversia jurisdiccional donde se advierta una situación de violencia, discriminación, o vulnerabilidad por razones de género u orientación sexual, la misma sea tomada en cuenta a fin de visualizar claramente la problemática y garantizar el acceso a la justicia de forma efectiva e igualitaria (Suprema Corte de Justicia, 2014: 29).

Por ello, los agentes pertenecientes a la planta de trabajadores del Estado tienen la responsabilidad inherente a la práctica cotidiana del cumplimiento de los derechos humanos en su tarea institucional dentro del sistema de administración de justicia.

Para este cometido, el Estado Argentino profundiza saberes y conocimientos hacia sus empleados y funcionarios tanto en perspectiva de género como en perspectiva de diversidad sexual que posibiliten brindar un adecuado acceso a la justicia.

En este marco, se sanciona la ley Nacional N° 27.499 promulgada en el año 2019, conocida como “Ley Micaela”, a los fines de contar con una herramienta normativa que establezca la capacitación obligatoria y continua en la temática de género hacia el cuerpo completo de personas que integran los tres poderes del Estado, es decir, Ejecutivo, Legislativo y Judicial.

Esto supone transversalizar la perspectiva de diversidad sexual en cuanto a las alegaciones de Fiscales y Defensores, consideraciones profesionales de los testigos expertos y dictamen de sentencia de los Magistrados.

10.3. Por el deber profesional

El marco institucional que contiene el desempeño laboral se encuentra sujeto a las normas deontológicas emanadas de los Códigos de Ética diseñados por los Colegios en los cuales los profesionales se encuentran matriculados.

En esa línea de pensamiento, las ciencias jurídicas y sociales fundamentan sus teorías y prácticas en relación a la promoción y ejercicio efectivo de los derechos humanos, por ello, aplicar la perspectiva de diversidad sexual constituye un compromiso intrínseco a la profesión que hemos decidido ejercer.

XI. CONCLUSIÓN

El acceso a la justicia representa un área fundamental para el ejercicio de derechos humanos y participación ciudadana. En ese sentido, el fortalecimiento institucional supone profundizar los principios de paz social, trato digno, libertad e igualdad entre los géneros hacia la práctica judicial.

La identidad de género y la orientación sexual resulta relevante en razón de hacer visible la matriz de desigualdad social producto de la discriminación estructural, la asimetría jurídica y la reproducción de violencias en un contexto histórico.

Conforme a ello, poner de manifiesto la forma en que se ha condicionado la reproducción social de la vida en cuanto a las relaciones de pareja, convivencia en comunidad, libertad y autonomía de las personas LGBTTTIQ+.

En consecuencia, corresponde aplicar la perspectiva de diversidad sexual en las investigaciones que dan cuenta del tratamiento judicial de las violencias en concordancia con los estándares de calidad en cuanto al acceso a la justicia de las víctimas de delitos.

De esta manera, profundizar la transformación social del sistema de justicia en razón de promover instituciones capaces de dar respuesta a los instrumentos internacionales de derechos humanos hacia sociedades inclusivas y libres de violencias.

XII. RECOMENDACIONES

La asistencia judicial hacia las víctimas de delitos requiere la profundización de prácticas y saberes que permitan ofrecer una respuesta efectiva a las necesidades jurídicas.

Con esta premisa, resulta relevante promover la pedagogía socio-jurídica mediante convenios entre Facultades de Ciencias Jurídicas y Sociales, Centros de Capacitación del Poder Judicial y organizaciones de la comunidad LGTBTTIQ+ que permitan transversalizar contenidos de diversidad sexual hacia instancias de formación académica.

En esa línea argumentativa, fomentar la sinergia interdisciplinaria en el sistema de administración de justicia hacia dos sentidos:

Por un lado, estimular acuerdos entre Colegios Profesionales de Trabajo Social y Abogados para el establecimiento de programas de becas o subvenciones tendientes a fortalecer el cursado de diplomaturas, especializaciones, talleres, simposios o jornadas de capacitación.

De manera concomitante, avanzar hacia la formalización de sistemas de pasantías en organismos del poder judicial en razón de desarrollar destrezas profesionales en el ámbito laboral para la asistencia jurídica a víctimas de delitos.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, Javier T. (2018). *Crímenes de odio contra las disidencias sexuales: concepto, orígenes, marco jurídico nacional e internacional*. Revista Jurídica de la Universidad de Palermo Año 16, N.º 1. pp. 69-97. ISSN 0328-5642. Argentina.
- Ametrano, José Francisco (2021). *Hacia una perspectiva de diversidad sexual en el poder judicial. Comentario al fallo “Gómez, Mariana” de la Sala 2 de la Cámara Nacional de Casación en lo Criminal y Correccional de Capital Federal*. Revista Pensamiento Penal No. 393. ISSN 1853-4554.
- Busso, Gustavo (2001). *Vulnerabilidad social: nociones e implicancias políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI*. CEPAL. Naciones Unidas. Consultado al 05 de enero de 2024. Disponible en: <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/vulnerabilidad-social-nociones-e-implicancias-de-politicas-para-latinoamerica-a-inicios-del-siglo-xxi.pdf>
- Comisión de Familiares y Compañeros de Justicia por Diana Sacayán (2019). *Basta de Travesticidios. Herramientas para la lucha contra la impunidad de travesticidios y transfemicidios*. Fascículo 1. Testimonio de Say Sacayán. Buenos Aires, Argentina.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2015). *Violencia contra Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América*. Consultado al 16 de mayo de 2023. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaPersonasLGBTI.pdf>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2020). *Informe sobre Personas Trans y de Género Diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales*. Consultado al 24 de julio de 2023. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PersonasTransDESCA-es.pdf>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2018). *Diversidad sexual, discriminación y violencia. Desafíos para los derechos humanos en México*. Ricardo Hernández Forcada Ailsa Winton Coordinadores. México. Consultado al 10 de mayo de 2023. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/Libro_diversidad.pdf

- El Litoral. Viernes 10.6.2022, 10:36. Conversatorio sobre crímenes de odio: el Caso Vanesa Zabala. Consultado al 18 de julio de 2023. Disponible en: https://www.ellitoral.com/sucesos/conversatorio-crimenes-de-odio-rosario-caso-vanesa-zabala-crimen-femicidio-travesticidio-trasnfemicidio-reconquistafabio-mudry-catedra_o_AOJzOMgZEh.html
- Fondo de Población de las Naciones Unidas–UNFPA (2022). Identidad y diversidad. Argentina. Consultado al 06 de octubre de 2024. Disponible en: https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/cuadernillo_3_identidad_y_diversidad_final.pdf
- ILGALAC–Martín De Grazia (2020). Crímenes de odio contra personas LGBTI de América Latina y el Caribe. Buenos Aires, Argentina.
- Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo – INADI (s/f). Diversidad sexual y derechos humanos. Sexualidades libres de violencia y discriminación. Argentina. Consultado al 01 de octubre de 2024. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/diversidad_sexual_y_derechos_humanos.pdf
- Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo – INADI (2023). Una aproximación a los discursos de odio: antecedentes de investigación y debates teóricos. Consultado al 02 de octubre de 2024. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/discurso_de_odio.pdf
- Naciones Unidas (2017). Violencia homofóbica y transfóbica. Libres e Iguales. Consultado al 08 de mayo de 2023. Disponible: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Discrimination/LGBT/FactSheets/unfe-27-UN_Fact_Sheets_Homophobic_Spanish.pdf
- Observatorio de crímenes de odio lgbt (2022). Informe 2022. Argentina. Consultado al 09 de agosto de 2023. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1Pf_CKBauHANZQ2r4Ia3rI2cQNUWM8OY5/view
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación y la Cultura–UNESCO (2017). ABIERTAMENTE. Respuestas del sector de educación a la violencia basada en la orientación sexual y la identidad/expresión de género. Informe resumido. Consultado al 18 de febrero de 2024. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000244652_spa/PDF/244652spa.pdf.multi
- Pecheny, Mario (2005). Identidades discretas. En: Identidades. sujetos y subjetividades / Leonor Arfuch.. [ct.al.], compilado por Leonor Arfuch–2a ed–Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida–ONUSIDA (2006). Guía de acciones estratégicas para prevenir y combatir la discriminación por orientación sexual e identidad de género: Derechos humanos, salud y VIH. Rio de Janeiro, Brasil. Consultado al 22 de abril de 2024. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/Onusida/accion%20estrategica%20para%20combatir%20la%20disc%20por%20orientacion.pdf>

- Suprema Corte de Justicia (2014). Protocolo de Actuación para quienes imparten justicia en casos que involucren la orientación sexual o la identidad de género. México. Consultado al 24 de junio de 2023. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/SCJN/ProtocoloLGBT-SCJN.pdf>
- Suprema Corte de Justicia de la Nación (2020). Protocolo para Juzgar con Perspectiva de Género. México. Consultado al 16 de agosto de 2023. Disponible en: <https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/protocolos/archivos/2020-11/Protocolo%20para%20juzgar%20con%20perspectiva%20de%20g%C3%A9nero%20%28191120%29.pdf>
- Unidad Fiscal Especializada de Violencia contra las Mujeres (2020). Travesticidio de Amancay Diana Sacayán. Documento de buenas prácticas de intervención fiscal. Argentina. Consultado al 22 de noviembre de 2023. Disponible en: <https://www.mpf.gob.ar/ufem/files/2020/10/Informe-Sacayan.pdf>
- Unidad Fiscal Especializada en Violencia contra las Mujeres (2018). Protocolo para la investigación y litigio de casos de muertes violentas de mujeres (femicidios). Consultado al 10 de octubre de 2023. Disponible en: <https://www.mpf.gob.ar/ufem/files/2018/03/UFEM-Protocolo-para-la-investigaci%C3%B3n-y-litigio-de-casos-de-muertes-violentas-de-mujeres-femicidios.pdf>
- Unidad Fiscal Especializada en Violencia contra las Mujeres (2021). La debida diligencia en investigaciones por violencia contra personas LGBTI+. Consultado al 10 de marzo de 2024. Disponible en: https://www.mpf.gob.ar/ufem/files/2021/11/Dossier_UFEM_Debida-Diligencia_LGBTI.pdf
- Vilches Núñez, Doris Joan (2010). El pánico homosexual: perpetuando la homofobia ante la falta de temple. Revista Jurídica de la Universidad Interamericana de Puerto Rico Volumen XLV Número 3. pp 427-444. Consultado al 01 de octubre de 2024. Disponible en: <https://derecho.inter.edu/wp-content/uploads/2022/01/EL-PANICO-HOMOSEXUAL-PERPETUANDO-LA-HOMOFOBIA-ANTE-LA-FALTA-DE-.pdf>

Análisis multidimensional de la satisfacción vital de la población Malagueña: un estudio piloto

Modalidad: Investigación profesional en Trabajo Social

José David Gutiérrez Sánchez

Trabajador Social y Profesor Ayudante Doctor en el Grado de Trabajo Social de la Universidad de Málaga

Aylin Alba Mandak Arjona

Trabajadora social y Profesora Investigadora en Formación en el Grado de Trabajo Social de la Universidad de Málaga

Gianluigi Moscato

Trabajadora Social y Socióloga, Profesor Titular de Universidad en el Grado de Trabajo Social (Universidad de Málaga)

RESUMEN

La comprensión de los mecanismos que mejoran la calidad de vida de los ciudadanos es crucial para diseñar programas de intervención social a nivel local o supramunicipal. Por ello, se realiza una investigación con 1515 residentes de Málaga, distribuidos proporcionalmente por sexo, edad y distritos.

El estudio ofrece un diagnóstico social que va más allá de los indicadores estructurales clásicos (edad, empleo o acceso a la vivienda), que no siempre reflejan de manera adecuada la calidad de vida percibida. La innovación del estudio reside en la combinación de algunos factores sociodemográficos (edad, sexo, empleo), sociales (apoyo social de familia y amigos), comunitarios (sentido de comunidad y satisfacción con el barrio) y conductuales (agresividad), que explican hasta un 23,8% de la satisfacción vital de los malagueños.

Estos resultados permiten diseñar programas de intervención dirigidos a mejorar la calidad de vida percibida, seleccionando de manera específica los factores clave a potenciar.

Palabras clave:

Satisfacción vital; Calidad de vida; Diagnóstico social; Indicadores sociales; Indicadores comunitarios; Indicadores conductuales.

ABSTRACT

Understanding the mechanisms that improve the quality of life of citizens is crucial for designing social intervention programs at the local or supra-municipal level. For this reason, research is carried out with 1515 residents of Malaga, distributed proportionally by sex, age and districts.

The study offers a social diagnosis that goes beyond the classic structural indicators (age, employment or access to housing), which do not always adequately reflect the perceived quality of life. The innovation of the study lies in the combination of some sociodemographic (age, sex, employment), social (social support from family and friends), community (sense of community and satisfaction with the neighborhood) and behavioral (aggressiveness) factors, which explain up to 23.8% of the life satisfaction of Malaga residents.

These results make it possible to design intervention programs aimed at improving the perceived quality of life, specifically selecting the key factors to be strengthened.

Keywords:

Life satisfaction; Quality of life; Social diagnosis; Social indicators; Community indicators; Behavioral indicators.

1. INTRODUCCIÓN

Mejorar la calidad de vida de la ciudadanía es uno de los principales objetivos de los trabajadores/as sociales que, a través de diferentes actuaciones, tanto en el ámbito asistencial, como organizativo, sociosanitario y emocional, van armando un complejo puzzle. En esta línea, el presente estudio pretende avanzar en la comprensión de los mecanismos que subyacen a la satisfacción vital y, por lo tanto, al bienestar de los malagueños/as.

En las últimas décadas, la ciudad de Málaga ocupa posiciones privilegiadas en cuanto a calidad de vida, tal y como expresan diversas organizaciones (Forbes, 2023; OCU, 2021). No obstante, estos estudios están limitados, porque analizan exclusivamente aspectos objetivos (mercado inmobiliario, calidad de los servicios, calidad del aire, oferta de ocio, movilidad, etc.), todos elementos que, sin lugar a duda, son más característicos del marketing y sirven para mejorar la “marca Málaga” de cara a una mayor proyección turística (De los Reyes et al., 2017). Sin embargo, estos estudios ofrecen una visión muy parcial de la calidad de vida percibida por los malagueños/as, ya que no analizan aquellos factores estrictamente relacionados con la vida social y comunitaria o con aspectos más conductuales.

La satisfacción con la vida y el bienestar subjetivo, términos que, como se verá más adelante, se refieren a los aspectos más subjetivos de la calidad de vida, han sido claves para diferentes políticas públicas y acciones gubernamentales en distintos países. Las políticas públicas determinan la calidad de vida de las personas, pues muchas de las demandas y problemáticas sociales se refieren a salud, empleo, educación y desarrollo social (Paredes y Cáceres, 2023).

Por consiguiente, para que una política pública sea efectiva, debe haberse realizado una correcta indagación acerca de los aspectos por los cuales las personas no están satisfechas con su vida (Piña et al., 2022). Investigar sobre satisfacción vital significa conocer la valoración que las personas hacen sobre su propia vida. De la misma manera, las personas que están satisfechas con su vida se sienten bien con su papel en la sociedad y con los distintos ámbitos que los rodean.

En la presente investigación, más allá de estudiar algunos elementos sociodemográficos como el sexo, la edad y, sobre todo, el empleo, se investigarán de manera empírica algunas variables estrictamente relacionadas con la vida comunitaria (satisfacción con el barrio, sentimiento de comunidad, participación comunitaria), y con la vida social (apoyo social de la familia y de los amigos). Además, se tomará en cuenta otro elemento relacionado con el temperamento conductual, como es la agresividad.

En la primera parte del texto se introducirá el concepto de calidad de vida y de satisfacción vital, para luego dar una breve explicación de los diferentes constructos que utilizaremos como variables predictoras. Mientras que en la segunda parte del trabajo se explicará el diseño y la estrategia metodológica utilizada, y se comentarán los diferentes resultados obtenidos con cuatro tipos de estrategias estadísticas. Finalmente, a modo de conclusión, se comentarán futuras investigaciones e intervenciones que se podrán llevar a cabo desde el Trabajo Social para mejorar la calidad de vida de los malagueños/as.

2. MARCO TEÓRICO

La calidad de vida, la felicidad, la satisfacción vital y el bienestar subjetivo son elementos que, en los últimos años, han sido abordados desde la literatura académica, considerando diferentes puntos de vista. En síntesis, podríamos afirmar que la calidad de vida se ve afectada por diversos aspectos (sociales, físicos, psicológicos, biológicos, etc.). En palabras de Ardila (2003), se trata de un estado de satisfacción generalizada que deriva del desarrollo de las potencialidades de las personas. Este estado incluye tanto elementos subjetivos (como la expresión de emociones, la seguridad, la productividad y la salud) como objetivos (bienestar material y relaciones sociales).

En esta línea, la literatura existente sobre el bienestar incluye intrínsecamente los términos satisfacción vital, calidad de vida, felicidad y afecto positivo. Sen (1997) señala que existen dos ideas que, aunque están estrechamente relacionadas, son claramente diferentes. La primera se refiere a la noción de tener una “buena” posición, la cual está íntimamente relacionada con el bienestar objetivo. Este concepto se enfoca en los aspectos externos y medibles que pueden influir en la calidad de vida de las personas, como la posesión de bienes materiales, el acceso a servicios y la estabilidad económica. Por otro lado, la segunda idea se asocia a estar o sentirse “bien”, lo que se asemeja al bienestar subjetivo. Este bienestar subjetivo se refiere a la percepción interna y personal que tiene un individuo sobre su propia vida y experiencias. A diferencia del bienestar objetivo, el bienestar subjetivo no depende exclusivamente de factores externos que se pueden comprar u objetivar; más bien, es un estado interno que cada persona debe alcanzar y evaluar de manera subjetiva.

En este contexto, según Rojas (2009), el bienestar subjetivo es una experiencia de vida que puede comprenderse en tres planos diferentes: experiencia cognitiva, experiencia afectiva y experiencia hedónica. Estas experiencias tienen distintos grados e intensidades y cumplen funciones evolutivas importantes.

La experiencia de bienestar cognitiva se enmarca en los logros y fracasos a la hora de alcanzar propósitos de vida y metas; el bienestar será, lógicamente, mayor en logros que en fracasos. La experiencia afectiva hace referencia al disfrute y al sufrimiento relacionados con las emociones, los afectos y los estados de ánimo que una persona puede experimen-

tar (Rizo, 2022). Por lo tanto, el bienestar aumenta con los afectos positivos y disminuye con los negativos. La experiencia hedónica implica el uso de los sentidos, por lo que está catalogada como una experiencia sensorial, evidenciándose en los placeres y dolores (Ramírez, 2021). Es importante señalar que las experiencias cognitivas, afectivas y hedónicas no son excluyentes entre sí; juntas constituyen la experiencia de vida y bienestar de los seres humanos.

En otras palabras, estas experiencias componen la satisfacción vital, es decir, la manera en que las personas evalúan de forma global cómo marcha su vida para poder tomar decisiones de cambio (Bodinet, 2016). Por ello, en el presente estudio nos centraremos sobre todo en estos elementos subjetivos de la calidad de vida, que se denominan satisfacción vital.

Entre los elementos más objetivos que componen la satisfacción vital, el empleo tiene un papel protagónico. En este sentido, la situación laboral alberga grandes retos a nivel cuantitativo y cualitativo (Úbeda et al., 2020). Contar con un empleo que se ajuste a las expectativas personales, la formación, la capacidad de conciliación laboral y familiar, así como el reconocimiento social, se muestran como relevantes en los estudios sobre satisfacción laboral y autoestima (Caravaca-Sánchez et al., 2022; Macinnes, 2005). Sin embargo, para demostrar que los elementos objetivos, como poseer un empleo, no siempre son sinónimos de calidad de vida, Zuniga-Jara y Pizarro-León (2018) afirman que contar con un empleo y buena renta no siempre implica directamente estar satisfecho o sentirse auto-realizado.

Entre los elementos comunitarios que, según la literatura, podrían impactar en la satisfacción vital, se contemplan la satisfacción con el barrio, el sentido de comunidad y la participación comunitaria; todos estos elementos están, a su vez, estrictamente interrelacionados.

La satisfacción con el barrio o residencial se puede definir como la valoración del entorno que genera una sensación de bienestar cuando las necesidades o deseos están satisfechos (Cortés, 2019). En este sentido, la satisfacción con el entorno físico del barrio se ha revelado como un importante predictor de la satisfacción vital (Hombrados-Mendieta y López-Espigares, 2014). Asimismo, es importante subrayar que no solo el espacio físico y la satisfacción con los servicios inciden en la satisfacción vital; más bien, esta estaría vinculada a las dimensiones sociales y relacionales, más que a las condiciones físicas del territorio (Aragonés y Amérigo, 1987).

En esta línea, se puede introducir otro elemento central que engloba lo relacional: el sentido de comunidad. La comunidad es el punto de partida esencial a partir del cual se estructuran las necesidades sociales y la actuación de las instituciones (Pastor y Marchioni, 2016). En esta estructura social, interactúan la estructura informal (solidaridad, apoyo y sentido de comunidad) y la estructura formal (acción institucional).

En el ámbito informal, el sentido de comunidad cobra una relevancia fundamental. Según las definiciones de Sarason (1974) y McMillan y Chavis (1986), se entiende como la sensación de pertenencia a un grupo, donde predomina un sentimiento compartido de que las necesidades colectivas serán atendidas mediante un compromiso cooperativo entre todos sus integrantes.

Según Marchioni (1999), dentro de la comunidad se genera apoyo, y la percepción de lo que se denomina apoyo comunitario que refleja los sentimientos de integración y de ser parte de una comunidad, así como el sentimiento de ser un miembro activo de esa comunidad. En este sentido, ese sentimiento de comunidad influye indirectamente en el bienestar a través de la autoeficacia en el afrontamiento cognitivo y social. Así, las personas que desarrollan este sentido de pertenencia se benefician del apoyo comunitario, lo que les permite experimentar un mayor bienestar psicológico y contribuir a disminuir los niveles de estrés (Moscoso, 2018).

Diversos estudios han encontrado una relación entre el sentido de comunidad y las redes de apoyo social, ya que han observado que los barrios con un fuerte sentido de comunidad realizan más actividades sociales con sus vecinos y evidencian una mayor calidad de vida (López-Villanueva y Crespi-Valbona, 2023).

Otro elemento que está íntimamente ligado al sentido de comunidad es la participación social y comunitaria, la cual se ha definido como “un proceso en el que las personas participan en la toma de decisiones en las instituciones, programas y entornos que les afectan” (Heller et al., 1984: 339). Por tanto, se puede considerar como uno de los elementos más importantes de la acción comunitaria (Hombrados-Mendieta et al., 2005).

La estricta relación entre los diferentes individuos de una comunidad y otros grupos y asociaciones es el motor de la participación (Marchioni, 1999). Además, los procesos participativos están íntimamente ligados a la integración, ya que comparten un interés por resolver problemas comunes y por mejorar la comunidad (Moscatto, 2022; Ríos y Moreno, 2010). Igualmente, Sánchez (1991) indica que la participación comunitaria genera sentimientos de bienestar, de empoderamiento y de utilidad, y también ayuda a mitigar los factores estresantes asociados con los sentimientos de aislamiento social, especialmente en el caso de las personas inmigrantes (Dixon et al., 2018).

Como se ha comentado hasta ahora, los tres elementos comunitarios (satisfacción con el barrio, sentido de comunidad y participación) están íntimamente relacionados entre sí e incrementan el bienestar y la satisfacción vital de las personas, tanto de quienes son autóctonas como de las inmigrantes.

En este mismo sentido, al igual que el apoyo comunitario, el apoyo social informal procedente de la familia y los amigos tiene importantes beneficios sobre la mejora de la calidad de vida y sobre la disminución del estrés.

Para Lin (1986), el apoyo social es un conjunto de provisiones expresivas o instrumentales -percibidas o recibidas- que son proporcionadas por las redes sociales, la comunidad y las personas de confianza. Estas provisiones pueden originarse tanto en situaciones cotidianas como de crisis.

Desde los años setenta del siglo pasado, se ha construido un corpus teórico muy consistente en torno a los efectos positivos del apoyo social sobre la calidad de vida de diversas personas (adultos, adolescentes, inmigrantes, pacientes oncológicos, cuidadores, etc.), así como sobre los efectos del apoyo según las fuentes de procedencia. Entre las diferentes fuentes de apoyo informal, las familias y los amigos han sido las más estudiadas. De hecho, más allá del contexto sociopolítico, cultural, de género, etc., los efectos del apoyo social sobre la calidad de vida son transversales.

A modo de ejemplo, se ha demostrado que la eficacia del apoyo social procedente de amigos y familiares incrementa la satisfacción vital de jóvenes y estudiantes (Brannan et al., 2013; Mahanta y Aggarwal, 2013), de personas adultas (Tarkar, 2021), de españoles e inmigrantes (Moscato, 2012), de personas mayores (Yeung y Fung, 2007) y de pacientes con cáncer (Ruiz-Rodríguez et al., 2021), entre otros colectivos.

En cuanto a los aspectos conductuales que pueden estar asociados a un empeoramiento de la satisfacción vital, en este estudio se ha contemplado la agresividad como la principal conducta que puede tener sus orígenes en un déficit de habilidades interpersonales y emocionales (Cerezo et al., 2016). La agresividad es un signo representativo de la personalidad de la persona, por lo que se considera una respuesta conductual frente a diversos contextos y/o situaciones que podrían explicar esa respuesta (Buss, 1961). Hablar sobre el contexto y las situaciones es importante, especialmente si consideramos que, recientemente, la pandemia generada por el COVID-19 ha supuesto una situación de estrés que ha desencadenado una escalada de conductas agresivas, las cuales han repercutido en el bienestar físico y psicológico (OMS, 2020).

En línea con este último punto y con nuestra investigación, la literatura avala la estrecha relación entre la conducta agresiva y el empeoramiento de la satisfacción vital, tanto en adultos (Pratibha, 2018), como en jóvenes y estudiantes preuniversitarios (Mahamid y Bdier, 2021; Rosas, 2016).

3. METODOLOGÍA: DISEÑO, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El presente trabajo tiene como objetivo general explorar el papel que juegan determinadas variables sociodemográficas y psicosociales y comunitarias sobre la satisfacción vital de las personas malagueñas. Asimismo, se pretende determinar un posible modelo predictivo de la satisfacción vital. Para ello, se realiza un diseño transversal utilizando una metodología cuantitativa, y la investigación se desarrolla en dos fases diferentes.

En la primera fase, se busca determinar, a través de un análisis de varianza, si existen diferencias estadísticamente significativas en función de los factores sociodemográficos (edad, sexo y empleo). También se llevará a cabo un análisis de correlación bilateral de Pearson para determinar los coeficientes de relación entre las variables independientes y la satisfacción vital. Finalmente, mediante un análisis de regresión por bloques, se pretende comprobar si las variables sociodemográficas, en un primer bloque, junto con todas las demás (factores personales/conductuales, comunitarios y del sistema de apoyo) en un segundo bloque, predicen la satisfacción vital de las personas malagueñas.

En la segunda fase, una vez que se haya demostrado que las variables sociodemográficas y psicosociales predicen la satisfacción vital, se procederá a evaluar de qué manera las variables sociodemográficas predictoras pueden condicionar la relación entre cada una de las variables psicosociales y la satisfacción vital. En este caso, se llevará a cabo un análisis de moderación utilizando la macro de Process para SPSS (Hayes, 2018).

En relación con las hipótesis, estas se han agrupado en conjuntos de variables afines: a) variables sociodemográficas (sexo, edad y empleo); b) sistema de apoyo (apoyo social de la familia y de las amistades); c) variables comunitarias (sentido de comunidad, satisfacción con el barrio y participación comunitaria); d) variable personal/conductual (agresividad).

Grupo a:

H1: El empleo y una mayor edad predicen la satisfacción vital.

H2: Los sujetos empleados tienen más satisfacción vital que los desempleados.

Grupo b:

H3: El sistema de apoyo social predice la satisfacción vital.

Grupo c:

H4: Las variables comunitarias predicen la satisfacción vital.

Grupo d:

H5: La agresividad afecta negativamente a la satisfacción vital.

Finalmente se plantea una hipótesis que integra las distintas variables sociodemográficas y psicosociales, para corroborar el modelo predictivo.

H6: Todas las variables independientes propuestas predicen la satisfacción vital de los malagueños.

H7: Entre las variables sociodemográficas el empleo es la que principalmente condiciona la relación entre las variables independientes y la satisfacción vital.

3.1 Métodos y procedimientos

Para la realización de la investigación, se redactó un protocolo integrado por las distintas escalas que más adelante se detallaron. Se utilizaron dos versiones del cuestionario: una en papel y otra en línea, utilizando la plataforma de Google Forms.

La captación de los sujetos se inició en aquellos lugares donde las personas solían pasar mucho tiempo de espera (centros de salud, INEM, peluquerías, etc.), lo cual redujo la posible resistencia en la cumplimentación de la encuesta. Una vez contactadas las primeras personas, se empleó la técnica de bola de nieve, que permitió ampliar la muestra. Por último, en la fase final de recogida de las encuestas, se optó por reequilibrar la muestra, al menos, atendiendo al género y a su distribución en los 11 distritos.

Antes de comenzar con la recogida masiva de las encuestas, se llevó a cabo un pilotaje en el que participaron 23 personas de distintas edades. Este pre-test permitió mejorar la presentación del cuestionario y su fiabilidad. Finalmente, las personas que participaron en el pre-test no se incluyeron en el estudio final.

3.2 Escalas utilizadas y coeficiente de fiabilidad α

Satisfacción con la vida. Se ha utilizado la escala unidimensional elaborada por Diener et al. (1985). La escala se compone de 5 ítems con un tipo de respuesta Likert de 7 puntos (1 = muy en desacuerdo; 7 = muy de acuerdo) que muestran la evaluación subjetiva sobre la propia satisfacción vital. El Alfa de Cronbach de la escala es $\alpha = .84$.

Sentido de comunidad. Se ha utilizado la versión reducida de la Sense Community Scale elaborada por Peterson et al. (2008). Los 8 ítems que componen la escala se basan en las

4 dimensiones (integración de las necesidades, pertenencia, influencia y conexión emocional), ampliamente descritas en la teoría de McMillan y Chavis (1986) sobre el sentido de comunidad. El Alfa de Cronbach de todas sus dimensiones es $\alpha = .87$.

Satisfacción con el barrio. Para medir la satisfacción con el barrio, se ha creado un cuestionario que refleja el grado de satisfacción de las personas residentes, atendiendo a distintos aspectos relacionados con la satisfacción residencial recogidos en la literatura. En particular, las personas encuestadas deben contestar afirmaciones relacionadas con la seguridad en el barrio, su limpieza, los servicios de transporte, los comercios, etc. Las respuestas van de 1 = muy en desacuerdo a 5 = muy de acuerdo. La fiabilidad de la escala es $\alpha = .79$.

Participación comunitaria. La escala de participación comunitaria ha sido extraída de la escala de apoyo social comunitario (AC-90) de Gracia y Musitu (1990). Se compone de tres escalas: integración y satisfacción en la comunidad, participación comunitaria y recursos institucionales y comunitarios de apoyo. En nuestro caso, hemos utilizado solo los ítems que miden la dimensión de participación comunitaria. El Alfa de Cronbach de esta dimensión es $\alpha = .90$.

Apoyo social. Para medir el apoyo brindado por amistades y familiares, se ha utilizado el cuestionario de frecuencia y satisfacción del apoyo social (García et al., 2016). A diferencia de la escala original que mide los 3 tipos de apoyo (emocional, material e informacional) y el grado de satisfacción con el mismo, se ha procedido, conforme a otros estudios (Moscatto, 2022), a calcular una sola puntuación. Por ello, se realiza un análisis factorial exploratorio (AFE) con el método de extracción de máxima verosimilitud, que confirma la saturación en un solo factor. Previamente, para considerar la viabilidad del AFE, se realiza el test de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO > .70$) para confirmar la adecuación de la muestra y la prueba de esfericidad de Bartlett ($p < .05$).

Agresividad. Para medir esta variable, se utilizó una versión reducida y adaptada del cuestionario de agresividad AQ (Rodríguez et al., 2002). Se trata de una escala compuesta por 12 ítems que miden 4 dimensiones distintas: la agresividad física, la agresividad verbal, la hostilidad y la ira. La fiabilidad de la escala completa es de $\alpha = .80$.

Datos sociodemográficos. Además del sexo, empleo y edad, en este apartado, las personas malagueñas indicaban también en qué barrio vivían, su estado civil y su nivel de estudios.

4. RESULTADOS

A continuación, se comentarán los principales resultados de la investigación. Se procederá de forma ordenada, comenzando por ofrecer una visión general de la muestra a través de un análisis descriptivo. Luego, se realizará un análisis de varianza (ANOVA), un análisis de correlación y un análisis de regresión para establecer un modelo predictivo de la satisfacción vital. Finalmente, se llevará a cabo un análisis de moderación para determinar qué variables sociodemográficas condicionan la relación entre cada una de las variables independientes y la satisfacción vital de las personas malagueñas.

4.1 Análisis descriptivos

Participan en la investigación un total de 1515 personas residentes en los 11 distintos distritos de Málaga. En relación con el sexo el 49,6% son hombres y el 50,4% mujeres, con una edad media de 36,9 años (D.T. 15,8).

En cuanto a los distritos de residencia, se observa como el mayor porcentaje de participantes reside en el distrito de Carretera Cádiz con un 16,3%, mientras que el distrito menos representado es Churriana (4,4%).

En relación con el nivel de estudios casi la mitad de la muestra tiene estudios medios (bachiller, 30,6%; FP, 15,8%), mientras el 11,8% tiene una carrera universitaria.

Con respecto al empleo, el 62,3% declara tener un empleo. No obstante, se hace notar que entre los desempleados la mayoría son estudiantes. Entre los empleados, el 23,7% tiene un empleo por cuenta ajena, el 9,4% se declara empresario, el 15,8% funcionario y el 5,6% es jubilado/a.

En relación con el estatus civil el 38,7% están casados, el 16% convive con su pareja y el 45,3% se declara soltero o con pareja, pero no conviven.

4.2 Análisis de varianza (ANOVA)

Se realiza un análisis de varianza para determinar si existen diferencias estadísticamente entre las variables atendiendo a la edad, el sexo y el empleo como variables de agrupación.

En cuanto a la edad, se crea una agrupación con 4 franjas de edad, pero no se encuentran diferencias estadísticamente significativas. Tampoco en relación con el sexo se encuentran diferencias entre hombres y mujeres. Sin embargo, las únicas diferencias se encuentran en las variables de agresividad y apoyo. En el caso de la agresividad, son los hombres quienes presentan niveles de agresividad significativamente más altos que las mujeres ($M = 2.57$; $p < .01$), mientras que las mujeres perciben un mayor nivel de apoyo familiar ($M = 4.25$; $p < .01$) y de amigos ($M = 3.92$; $p < .01$).

Por otro lado, el empleo resulta ser la variable que más discrimina. Más concretamente, las personas empleadas están más satisfechas con su vida en relación con las personas desempleadas ($M = 5.15$; $p < .01$), tienen un mayor sentimiento de comunidad ($M = 3.22$; $p < .01$), participan más en la vida comunitaria ($M = 5.15$; $p < .01$) y perciben mayor apoyo de los amigos ($M = 3.91$; $p < .05$). En contraste, las personas desempleadas tienen mayores niveles de agresividad que las empleadas ($M = 2.55$; $p < .05$).

4.3 Análisis de correlación

Como se puede apreciar en la tabla n1, todas las variables propuestas tienen una relación estadísticamente significativa con la satisfacción vital de los malagueños ($p < .01$). En particular se aprecia que a medida que se incrementa la puntuación con la satisfacción con el barrio, el sentido de comunidad, la participación comunitaria y el sistema de apoyo social se incrementan proporcionalmente los niveles de satisfacción vital. De igual manera, pero con signo negativo, a mayores niveles de agresividad desciende la satisfacción vital de los malagueños.

Tabla n°1. Análisis de correlación bilateral entre las variables independientes y la satisfacción vital.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. SAT. VITAL	1	.197**	.256**	.104**	-.148**	.386**	.351**
2. SAT. BARRIO		1	.369**	.131**	-.083*	.107**	.163**
3. SENT. COM.			1	.518**	-.163**	.213**	.232**
4. PARTICIPACIÓN				1	-.138**	.033	.020
5. AGRESIVIDAD					1	-.160**	-.151**
6. APOYO FAM.						1	.551**
7. APOYO AMIG.							1

** p<.01; * p<.05

3.4 Análisis de regresión

Un paso previo al análisis de regresión lineal ha sido asegurarnos de que no existiera colinealidad entre las variables predictoras. Esto significa que ningún predictor está linealmente relacionado con uno o varios de los otros predictores del modelo. De lo contrario, una elevada colinealidad complicaría las estimaciones del modelo, ya que sería más difícil separar el efecto de cada variable predictora.

Para calcular la colinealidad, se utilizan los indicadores de Tolerancia (TOL) y el Factor de Inflación de la Varianza – VIF en inglés – (Neter, Wasserman y Kutner, 1990). Según los autores, los valores por debajo de VIF = 1 o comprendidos entre 1 y 5 determinan, respectivamente, ausencia de colinealidad o una colinealidad moderada. En la misma línea, los valores de la TOL comprendidos entre 0.1 y 1 se pueden considerar recomendables (López-Roque, 2022).

Una vez que se ha comprobado la ausencia de colinealidad entre las variables predictoras, se procede a comprobar el modelo teórico a través de un análisis de regresión lineal por bloques, que se refleja en la tabla 2. Como se puede observar en dicha tabla, en el primer bloque se contemplan solo las variables sociodemográficas, de las cuales solo el empleo predice la satisfacción vital de las personas malagueñas ($\beta = .249$; $p < .01$).

En el segundo bloque, la ecuación incluye, junto con las variables sociodemográficas, las demás variables predictoras. En este caso, el modelo confirma el peso del empleo sobre la satisfacción vital ($\beta = .186$; $p < .01$), junto con la satisfacción con el barrio ($\beta = .205$; $p < .01$), el sentido de comunidad ($\beta = .135$; $p < .01$), el apoyo de los amigos ($\beta = .212$; $p < .01$) y de la familia ($\beta = .300$; $p < .01$). Por otro lado, la agresividad ($\beta = -.115$; $p < .01$) afecta negativamente a la satisfacción vital.

En su conjunto, el modelo explica el 23.8% de la varianza. Esto significa que estas variables predictoras pueden explicar hasta el 23.8% de la satisfacción vital de las personas malagueñas.

Tabla nº2: Modelo de regresión lineal por bloques con la satisfacción vital como variable dependiente.

		T	R ²	R ² CORREGIDO	F	TOL	VIF
MODELO 1			.013	.011	6.096	.99	1.00
SEXO	.109	1.72				.92	1.08
EDAD	.000	-.22				.92	1.08
EMPLEO	.249	3.77**					
MODELO 2			.238	.232	41.810		
SEXO	-.012	-.22				.98	1.02
EDAD	-.001	-.61				.77	1.30
EMPLEO	.186	3.16**				.90	1.11
SATIS. BARRIO	.205	4.54**				.82	1.23
AGRESIVIDAD	-.115	-2.60**				.87	1.14
SENT. DE COM.	.135	2.98**				.55	1.83
PARTICIPACIÓN	.024	.72+				.68	1.46
APOYO FAMILIA	.300	8.89**				.68	1.46
APOYO AMIGOS	.212	5.78**				.67	1.50

Variable dependiente: *satisfacción vital*

** p<.01

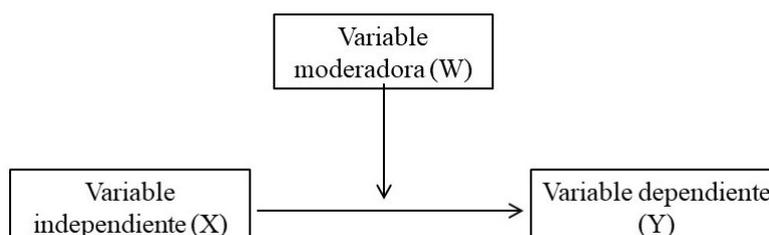
+ p<.10

4.5 Análisis de moderación

Finalmente, teniendo en cuenta que el empleo es la única variable sociodemográfica capaz de explicar la satisfacción vital, se decide realizar unos análisis de moderación para explorar su poder condicional sobre la relación de cada variable predictora con la satisfacción vital de los malagueños.

Hay que decir que el análisis de moderación es un tipo de análisis multivariado en el que una variable independiente (X) predice una variable dependiente (Y) teniendo en cuenta la fuerza causal de una tercera variable (W) que interactúa entre ambas, llamada variable moderadora (Kenny, 2018). En esta línea, la variable moderadora afecta a la fuerza y/o la dirección en la relación entre la variable predictora y la variable dependiente (Fairchild y MacKinnon, 2009). En la figura 1 se contempla el diagrama teórico de una moderación.

Figura nº1: Diagrama teórico de una moderación.



En nuestro caso se procede a realizar un análisis de moderación con cada una de las variables predictoras sobre la satisfacción vital, utilizando el empleo como factor de moderación.

Entre las diferentes variables analizadas el empleo resulta ser un buen moderador en dos casos. En el primer caso, reflejado en la figura 2 y 3, se determina que la satisfacción con el barrio ($\beta = .47$; $p < .01$) y el empleo ($\beta = 1.11$; $p < .01$), de forma separada, tienen un efecto directo sobre la satisfacción vital de los malagueños. Es decir, tener un empleo y estar satisfecho con el barrio predicen aisladamente la satisfacción vital. Sin embargo, existe un efecto de interacción significativo, de manera que los efectos positivos de la satisfacción con el barrio sobre la satisfacción vital serán mayores en el caso de los desempleados ($\beta = -.24$; $p < .01$). Dicha interacción explica el 24.6% de la varianza.

En este caso el signo negativo (-) no representa el efecto del empleo, sino la condición de empleado o desempleado. Es decir, el signo negativo se refiere a los malagueños sin un empleo declarado.

Figura N°2: Diagrama estadístico del modelo de moderación.

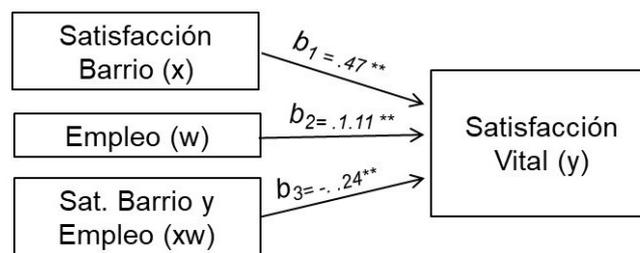
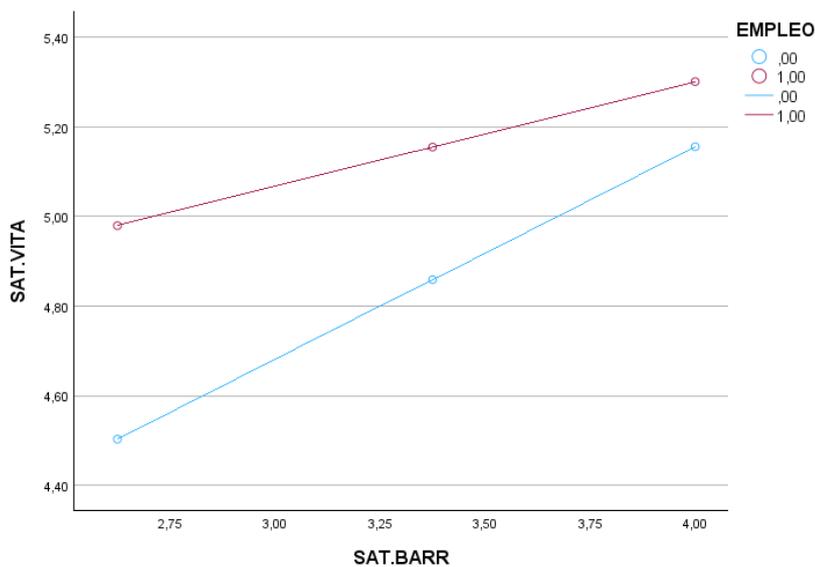


Figura N°3: Representación gráfica de los efectos de moderación del empleo entre la satisfacción con el barrio y la satisfacción vital.



Nota: 0 = Desempleados; 1=Empleados

De la misma manera, según se refleja en las figuras 4 y 5, el apoyo familiar tiene efectos directos sobre la satisfacción vital de los malagueños ($\beta = .24$; $p < .01$), al igual que tener un empleo también mejora la calidad de vida percibida ($\beta = .92$; $p < .01$). También en este caso el efecto de interacción refleja que el apoyo familiar mejora la satisfacción vital sobre todo de los malagueños desempleados ($\beta = .17$; $p < .01$).

Figura N°4: Diagrama estadístico del modelo de moderación.

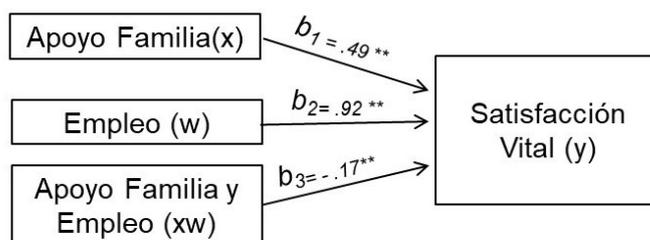
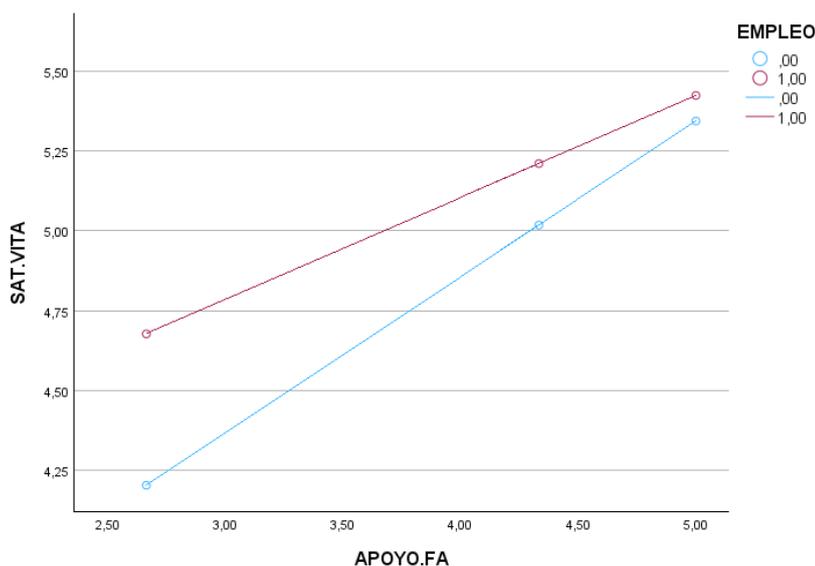


Figura N°5: Representación gráfica de los efectos de moderación del empleo entre el apoyo de la familia y la satisfacción vital.



Nota: 0 = Desempleados; 1=Empleados

4. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Este estudio se ha llevado a cabo para conocer mejor qué mecanismos subyacen a la satisfacción vital de las personas residentes en Málaga, partiendo de la profundización en distintas variables socio-comunitarias, conductuales y sociodemográficas. Estas variables han sido muy poco estudiadas hasta la fecha a la hora de determinar la calidad de vida percibida de una población.

Coherentemente con la literatura existente, se ha confirmado la capacidad predictiva del empleo sobre la satisfacción vital de las personas malagueñas (H1), y también se confirma que las personas empleadas tienen una mejor calidad de vida percibida en relación con las personas desempleadas (H2). Por otro lado, de acuerdo con otros estudios sobre el sistema de apoyo, cabe destacar que el apoyo recibido por las amistades y la familia también predice la satisfacción vital, de manera que la hipótesis H3 también queda corroborada.

En cuanto a las variables comunitarias analizadas, se puede añadir que todas se relacionan positivamente con la satisfacción vital, mientras que las que predicen la satisfacción vital son exclusivamente la satisfacción con el barrio ($p < .01$) y el sentido de comunidad ($p < .01$). En el caso de la participación comunitaria, encontramos una tendencia ($p < .10$), por lo cual la hipótesis H4 queda parcialmente corroborada.

En cuanto a la agresividad (H5), como se esperaba, esta afecta negativamente la satisfacción vital de las personas malagueñas. Es decir, una puntuación alta en este tipo de conducta predice negativamente la satisfacción vital ($p < .01$). En relación con el modelo teórico propuesto (H6), no obstante, la mayoría de las variables planteadas predicen la satisfacción vital (empleo, satisfacción con el barrio, sentido de comunidad, sistema de apoyo y agresividad), se puede afirmar que dicha hipótesis queda parcialmente corroborada.

Finalmente, un elemento novedoso de la investigación, que hasta ahora no se había estudiado con las personas malagueñas, es la capacidad moderadora del empleo sobre la relación entre la satisfacción con el barrio y el apoyo de la familia en relación con la satisfacción vital. En este caso, se ha comprobado que los efectos de la satisfacción con el barrio y del apoyo de la familia son más beneficiosos para las personas desempleadas (H7), abriendo así nuevos escenarios para el diseño de intervenciones más selectivas.

En este último caso, son necesarias otras investigaciones para determinar la capacidad condicionante que tiene el empleo sobre otras variables predictoras.

5. PROPUESTAS INNOVADORAS

Atendiendo a los resultados obtenidos y teniendo en cuenta las limitaciones del estudio en cuanto a la representatividad de la muestra, se trata de un proyecto de investigación que, por el rigor metodológico y por su elevada capacidad explicativa (hasta el 23,8% de la varianza), se puede considerar un buen diagnóstico social capaz de guiar el diseño de futuras intervenciones orientadas a mejorar la calidad de vida de los malagueños/as.

Para operativizar la investigación, se propone reproducir la misma en ámbito nacional o autonómico en cuanto permitiría la generalización de los resultados y, por lo tanto, serviría de guía para el diseño de futuras políticas sociales orientadas a mejorar la calidad de vida de la ciudadanía.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aragonés, J. y Amérigo, M. (1987). Satisfacción residencial: Un concepto de calidad de vida. *Revista de estudios sociales y sociología aplicada*, 67,133-154.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164.
- Bodinet, J. C. (2016). Pedagogies of the futures: Shifting the educational paradigms. *European Journal of Futures Research*, 4(21), 1-11. <https://doi.org/10.1007/s40309-016-0106-0>
- Brannan, D., Biswas-Diener, R., Mohr, C. D., Mortazavi, S., y Stein, N. (2013). Friends and family: A cross-cultural investigation of social support and subjective well-being among college students. *The Journal of Positive Psychology*, 8(1), 65–75. <https://doi.org/10.1080/17439760.2012.743573>
- Buss, A. (1961). *La agresividad y la hostilidad*. Editorial Amat.
- Caravaca-Sánchez, Francisco, Pastor-Seller, Enrique, Barrera-Algarín, Evaristo, y Sarasola, José Luis. (2022). Burnout, apoyo social, ansiedad y satisfacción laboral en profesionales del Trabajo Social. *Interdisciplinaria*, 39(1), 179-194. <https://dx.doi.org/10.16888/interd.2022.39.1.11>
- Cerezo, M. T., Carpio, M. D. L. V., García, M. D. L. C., y Casanova, P. F. (2016). Relaciones entre inteligencia emocional, agresividad y satisfacción vital en universitarios. En J. L. Castejón-Costa, *Psicología y Educación: Presente y futuro*. (pp.1311-1319). ACIPE-Asociación Científica de Psicología y Educación.
- Cortés, S. (2019). Satisfacción del espacio barrial: la perspectiva de habitantes en barrios intervenidos en Programas de Regeneración Urbana. *Seminario internacional de investigación en urbanismo*. 10.5821/siiu.6936
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. <https://doi.org/10.13072/midss.106>
- Fairchild, A. J., y MacKinnon, D. P. (2009). A General Model for Testing Mediation and Moderation Effects. *Prevention Science*, 10(2), 87–99. <https://doi.org/10.1007/s11121-008-0109-6>
- Forbes España (30 de septiembre de 2023). Una ciudad española entre los tres mejores lugares del mundo para vivir después de los 60, según el fundador de Live And Invest Overseas. <https://forbes.es/lifestyle/342798/una-ciudad-espanola-entre-los-tres-mejores-lugares-del-mundo-para-vivir-despues-de-los-60-segun-el-fundador-de-live-and-invest-overseas/>
- García, M. A., Hombrados-Mendieta, I., y Gómez-Jacinto, L. (2016). A Multidimensional Approach to Social Support: The Questionnaire on the Frequency of and Satisfaction with Social Support (QFSSS). *Anales de Psicología*, 32(2), 501-515. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.2.201941>
- Gracia, E. y Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos social y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, (2), 327-342.

- Gracia, E. y Musitu, G. (1990). "Integración y participación en la comunidad: Una conceptualización empírica del apoyo social comunitario". En G. Musitu, E. Berjano y J. R. Bueno (Eds.), *Psicología Comunitaria*. (pp.23-37). Nau Libres.
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford Press (2ª edición).
- Heller, K., Price, R. H., Reinhartz, S., Riger, S., Wandersman, A., y D'Aunno, T. A. (1984). *Psychology and community change: Challenges of the future*. Brooks/Cole.
- Hombrados-Mendieta, Isabel, y López-Espigares, Trinidad. (2014). Dimensiones del sentido de comunidad que predicen la calidad de vida residencial en barrios con diferentes posiciones socioeconómicas. *Psychosocial Intervention*, 23(3), 159-167. <https://dx.doi.org/10.1016/j.psi.2014.08.001>
- Kenny, D. A. (15 de septiembre de 2018). *Moderator Variables: Introduction*. <http://davidakenny.net/cm/moderation.htm>
- López-Villanueva, C., y Crespi Vallbona, M. (2023). Cuidados y arreglos. La importancia del arraigo al barrio en un contexto de pandemia. *Revista Española De Sociología*, 32(4), a188. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2023.188>
- Macinnes J. (2005). Diez mitos sobre la conciliación de la vida laboral y familiar. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 23(1), 35-71. <https://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/CRLA0505110035A>
- Mahamid, F., y Bdier, D. (2021). Aggressiveness and life satisfaction as predictors for video game addiction among Palestinian adolescents. *Journal of Concurrent Disorders*, 3 (2). <https://doi.org/10.54127/houf6963>
- Mahanta, D., y Aggarwal, M. (2013). Effect of perceived social support on life satisfaction of university students. *European Academic Research*, 1(6), 1083-1094.
- Marchioni, M. (1999). *Comunidad, participación y desarrollo*. Popular.
- Mcmillan, B. y Chavis, D. M. (1986). Sense of community: a definition and theory. *Journal of Community Psychology*, 14, 6-23.
- Moscato, G. (2012). Familias interculturales en España: análisis de la satisfacción vital. *Portularia. Revista de Trabajo Social* 12, 35-43.
- Moscato, G. (2022). ¿Qué factores psicosociales explican la integración comunitaria de los inmigrantes? Una experiencia entre lo digital y lo presencial. *Comunitania: Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 23, 53-71. <https://doi.org/10.5944/comunitania.23.4>
- Moscoso, M. S. (2019). Mindfulness, autorregulación emocional y reducción de estrés: ¿ciencia o ficción? *Revista Mexicana de Investigación En Psicología*, 10(2), 101-121. <https://doi.org/10.32870/rmip.v10i2.459>
- OCU (2021). *Calidad de vida en las ciudades españolas* <https://www.ocu.org/consumo-familia/derechos-consumidor/informe/calidad-vida-urbana>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Violencia juvenil*. <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/youth-violence>

- Pastor, E. y Marchioni, M. (2016). Trabajo Social en Barrios: sistematizando y visibilizando retos y dilemas. *Servicios Sociales y Política Social*, 112, 10-14.
- Peterson, N. A., Speer, P. W. y McMillan, D.W. (2008). "Validation of A Brief Sense of Community Scale: Confirmation of the Principal Theory of Sense of Community". *Revista de Psicología Comunitaria* 36 (1), 61-73. <https://doi.org/10.1002/jcop.20217>
- Pratibha, B. (2018). To Study the relationship between Aggression y Life Satisfaction among Middle Aged Wome. *Research Guru*, 12(3), 16-29.
- Ramírez, J.J. (2021). Estudio de la experiencia de usuario en los sistemas de gestión del aprendizaje. *IE Revista De Investigación Educativa De La REDIECH*, 12, e1358. https://doi.org/10.33010/ie_rie_rediech.v12i0.1358
- Rizo, M. (2022). Comunicación, cuerpo y emociones. La incorporación de la dimensión emocional en la investigación de la comunicación. *Comunicación y Sociedad*, e8258. <https://doi.org/10.32870/cys.v2022.8258>
- Rodríguez, J. M., Peña, E. y Graña, J. L. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Agresión. *Psicothema*, 14(2), 476-482.
- Rojas, M. (2009). Economía de la Felicidad. Hallazgos relevantes respecto al ingreso y bienestar. *El trimestre económico*, 76 (1),537-573.
- Rosas, F. (2016). *Satisfacción con la vida y agresividad en estudiantes de una academia preuniversitaria privada de Lima en el periodo 2016*. (Tesis de licenciatura). Universidad Cesar Vallejo. <https://n9.cl/z1j96>
- Ruiz-Rodríguez, I., Hombrados-Mendieta, I., Melguizo-Garín, A., y Martos-Méndez, M. J. (2021). The association of sources of support, types of support and satisfaction with support received on perceived stress and quality of life of cancer patients. *Integrative cancer therapies*, 20, 1534735421994905.
- Sarason, S. B. (1974). *The psychological sense of community: prospects for a community psychology*. San Francisco: Jossey Bass.
- Sen, A. (1997). *Bienestar, justicia y mercado*. Paidós.
- Tarkar, P. (2021). Perceived social support and life satisfaction: A mediating role of quality of life. *Turkish Journal of Computer and Mathematics Education (TURCOMAT)*, 12(5), 1839-1845.
- Úbeda, M., Cabasés, M.A. y Pardell, A. (2020). Empleos de calidad para las personas jóvenes: una inversión de presente y de futuro. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 38(1), 39-57. <https://doi.org/10.5209/crla.68867>
- Yeung, G. T., y Fung, H. H. (2007). Social support and life satisfaction among Hong Kong Chinese older adults: family first? *European Journal of Ageing*, 4, 219-227.
- Zuniga-Jara, S. y Pizarro-Leon, V. (2018). Measurements of Labor Stress in Teachers of a Regional Public High School. *Información tecnológica*, 29(1), 171-180. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642018000100171>

Metodología del Trabajo Social Sanitario Neurológico en el ámbito de las demencias

Modalidad: Intervención profesional del Trabajo Social

Aránzazu Rodríguez Jover

Trabajadora Social en Atención Primaria de Salud

RESUMEN

El aumento de la esperanza de vida y del envejecimiento poblacional conlleva un aumento en la incidencia y repercusión de este problema de salud pública que tiene gran impacto sanitario y social, y fundamenta el imperativo deontológico de intervenir para mejorar el bienestar.

El Trabajo Social es una disciplina científica implementada en diversos sistemas de protección social que adaptan la metodología, lo que motiva la especialización y la coordinación profesional para asegurar una intervención holística e integral que, en el ámbito sanitario, tiene por finalidad mejorar la salud y calidad de vida de las personas.

El presente artículo recoge una propuesta metodológica del Trabajo Social en el sistema sanitario, fundamentada en una investigación documental y en la praxis diaria efectuada en diversas UGC del SSPA que evidencian los beneficios de nuestra intervención en la salud y calidad de vida de pacientes y familiares, al incidir en determinantes sociales prevenimos o incidimos positivamente en enfermedades, calidad de cuidados, red de apoyo...

SUMMARY

The increase in life expectancy and population aging leads to an increase in the incidence and impact of this public health problem that has great health and social impact, and underlies the deontological imperative to intervene to improve well-being

Social Work is a scientific discipline implemented in various social protection systems that adapt the methodology, which motivates specialization and professional coordination to ensure a holistic and comprehensive intervention that, in the health field, aims to improve health and quality of people's lives.

This article includes a methodological proposal of Social Work in the health system, based on documentary research and daily practice carried out in various UGC of the SSPA that demonstrates the benefits of our intervention on the health and quality of life of patients and families. By influencing social determinants we prevent or have a positive impact on diseases, quality of care, support network...

Palabras Clave:

Trabajo Social Sanitario Neurológico en demencias, SPCD, Síndrome de la PCI, Prevención, Diagnóstico, mejora de la salud.

1. OBJETO – SUJETO DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO NEUROLÓGICO

El Trabajo Social es una disciplina científica enmarcada en el ámbito de las Ciencias Humanas por tener como objeto de estudio e intervención a la Persona – la Humanidad. Como disciplina científica tiene su propia parcela de estudio e intervención, lo que motiva que tenga un objeto – sujeto de intervención definido por diversos profesionales del Trabajo Social: los problemas psicosociales que afectan a la persona.

Con antelación a la creación de los diferentes sistemas de protección social propios del Estado del Bienestar, existía el Trabajo Social Sanitario para incidir en los determinantes sociales de la salud incluso cuando los mismos no habían sido definidos: la intervención comenzó en 1903 cuando el Dr Cabot creó la primera plaza de trabajo social sanitario en el Hospital de Massachussets y conllevó, entre otros aspectos, el reconocimiento por parte de la COS¹ de la necesidad del Trabajo Social Hospitalario que complementase las atenciones médicas y quirúrgicas. Desde este momento hasta el momento actual se han promulgado diversas definiciones, siendo un ejemplo la recogida en el documento: Aportaciones del Trabajo Social Sanitario al Sistema Público de Andalucía “el Trabajo Social Sanitario es la actividad profesional que tiene por objeto el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento, como si derivan de aquellas, así como la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud–enfermedad²”.

El Trabajo Social Sanitario está presente tanto en los diversos niveles como en las diferentes especialidades del sistema sanitario, entre las que se encuentra la neurología: rama de la medicina que estudia el sistema nervioso (cerebro, médula espinal y nervios periféricos) y el sistema muscular y que estudia las demencias.

2 EL OBJETO – SUJETO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN LAS DEMENCIAS

El objeto del TS Sanitario son los problemas psicosociales relacionados con la enfermedad y, en este caso las demencias, por lo que es necesario conocer determinados aspectos de la enfermedad (factores de riesgo, síntomas, evolución...) para poder realizar intervenciones que incidan positivamente en los sujetos de intervención: la persona con demencia y la persona cuidadora principal.

.....

1 Sociedad de Organización de Caridad, en la cual pioneras como M. E. Richmond desarrollaron su labor profesional.

2 Ituarte Tellaache, A. El papel del trabajador social en el campo sanitario. Trabajo Social y Salud. 1995. V. 20, 275-290

2.1 LOS PROBLEMAS PSICOSOCIALES EN LAS PERSONAS CON DEMENCIAS.

El término DEMENCIA suele ser confundido con el de DELIRIO, quizás porque la primera vez que se utilizó en la literatura médica (S XVIII) se indicó que la DEMENCIA era una locura o extravagancia que afectaba al espíritu; cambiando su significado a partir del trabajo realizado por Bayle (1822) quien estableció que tenía causa orgánica.

Actualmente el DSM³ V indica que la demencia es “un trastorno neurocognitivo mayor, en el que existe evidencia de un declive cognitivo significativo en comparación con el nivel previo de rendimiento de uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual o motora...)”.

El término demencia engloba a diversas enfermedades con afectación neurológica que destruyen células cerebrales y dañan el cerebro, siendo un ejemplo de ello:

- Alzheimer
- Demencia vascular
- Demencia Frontotemporal
- Cuerpos de Lewy
- Parkinson
- Huntingtong
- Parálisis supranuclear progresiva
- Enfermedad de Jacob – Creutzfeld
- S. Gerstmann – Sträussler – Scheinker
- Trastornos con priones
- Neusosífilis
- VIH

La afectación neurológica conlleva la aparición de determinados síntomas de origen multifactorial que, en el 85% de los pacientes, conlleva manifestaciones en la esfera cognitiva y comportamental conocidos como Síntomas Psicológicos y Comportamentales de las Demencias (SPCD), que son:

“Un conjunto heterogéneo de reacciones psicológicas, síntomas psiquiátricos y comportamentales, que suceden en personas con demencia de cualquier etiología”

“Cambios en la personalidad, el ánimo y la conducta interpersonal, comportamientos repetitivos y estereotipados, y comportamientos disruptivos y agresivos relacionados con la demencia”.

Estos síntomas, permiten identificar el grado de afectación en la vida diaria y clasificarla en:

.....

3 DSM: Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

- **DEMENCIA LEVE.** En esta fase se aprecian síntomas tempranos de la demencia ocasionados por el deterioro de la memoria reciente o a corto plazo. En esta fase los SPCD están relacionados con:
 - a. Problemas relacionados con el aprendizaje que conllevan problemas para retener la información, razón por la que se manifiestan en olvidos que incluso pueden conllevar pequeñas agnosias o afasias.
 - b. Problemas comportamentales relacionados con una agnosognosia fundamentada en un mecanismo de protección emocional que origina ambivalencias y sentimientos depresivos, de rabia o temor.
 - c. Problemas comportamentales que se manifiestan en problemas de juicio o en interpretaciones / ideas delirantes. Un ejemplo de ello es la consideración de un robo cuando no recuerde dónde ha colocado un objeto.
 - d. Problemas comportamentales que se manifiestan en un autoaislamiento social para evitar situaciones difíciles y estresantes.

Para determinadas enfermedades la fase de demencia leve, sin diagnóstico ni intervenciones de naturaleza farmacológica o no, puede durar entorno a los 3 años; mientras que en otras puede tener una duración menor si existe una **Demencia Rápidamente Progresiva (DRP)**. Además, en determinados tipos de demencia leve puede aparecer, de manera previa, lo que se conoce como **Deterioro Cognitivo Subjetivo (DCS)** en el cual la persona se autodetecta un deterioro en su capacidad cognitiva y las pruebas estandarizadas que se le efectúan no detectan un rendimiento anormal.

En función de la enfermedad causante pueden aparecer, durante esta fase, pequeñas apraxias y afasias.

Por otro lado señalar que los SPCD pueden ser causados por otros problemas de salud, como por ejemplo un déficit de vitamina B12 que origina una **Demencia Reversible**: desaparece cuando se trata el problema de salud.

- **DEMENCIA MODERADA**, esta etapa se caracteriza porque aumentan los problemas de aprendizaje y con la memoria a corto plazo: la memoria de los eventos remotos se reduce. Además, aumentan los problemas comportamentales y las personas requieren ayuda para la realización de AVD⁴ / ABVD⁵. En esta fase además pueden aparecer:
 - a. Cambios de carácter: la persona puede volverse egoísta, irritable, inflexible, indecisa o mostrar apatía
 - b. Cambios emocionales que se manifiestan en tristeza, labilidad o depresión
 - c. Síntomas psicóticos que se manifiestan en alucinaciones, ideas paranoides o ideas persecutorias
 - d. Problemas relacionados con la desorientación tempo – espacial, no encontrar la ha-

.....
4 Actividades de la Vida Diaria.

5 Actividades Básicas de la Vida Diaria.

bitación que se busca, no reconocer su casa... puede ser causa y efecto del vagar de errantes.

d. Problemas de insomnio

- **DEMENCIA GRAVE.** Esta etapa se caracteriza porque los pacientes necesitan ayuda para la realización de todas las ABVD.

El diagnóstico precoz de la enfermedad incide directamente en la evolución de la demencia, puesto que el inicio del tratamiento ralentiza el paso de una fase a otra, o incluso que la enfermedad desaparezca. Por tanto, conlleva diversos beneficios, entre los que se encuentran:

1. Permite recibir un tratamiento y asistencia personalizada que, además, aumentan la eficacia en las fases iniciales en las cuales puede incidir directamente en la evolución de la enfermedad siendo un ejemplo de ello la demencia originada por problemas vasculares.
2. Ayuda a prever la toma de decisiones por parte de la persona afectada tanto en aspectos relacionados con su vida (gestión patrimonial o financiera) como en aspectos relacionados con los cuidados que quiere recibir: persona cuidadora y/o prestaciones del sistema público de servicios sociales
3. Facilita el ejercicio de derechos subjetivos de naturaleza civil y sanitaria relacionados con la autonomía del/la paciente y el respeto a su voluntad en el proceso de la muerte.

Las intervenciones efectuadas por el Trabajo Social Sanitario Neurológico están relacionadas con:

- El diagnóstico precoz de comportamientos que permiten la derivación al MAP⁶ del EBAP⁷ para que realice un diagnóstico, y en su caso derivación a atención especializada, que posibilite un tratamiento precoz, farmacológico y no farmacológico, de la enfermedad que puede inclusive revertir la enfermedad en los casos de demencia reversible⁸.
- La intervención conjunta con otros profesionales del EBAP y atención especializada tendente a intervenir con la persona que padece la enfermedad y con su familia para favorecer la aceptación de la enfermedad e incidir positivamente en las consecuencias del diagnóstico.
- La necesidad de cuidados que evolucionan en el tiempo paralelamente con la enfermedad degenerativa y progresiva hasta convertirse en cuidados paliativos
- La necesidad de tomar decisiones anticipadas que permiten respetar el autogobierno cuando la enfermedad impide a la persona tomar decisiones.

.....

6 Médica/o de Atención Primaria.

7 Equipo Básico de Atención Primaria de Salud.

8 N. Autora: La retroalimentación obtenida, de familiares y personal facultativo, evidencian la relación entre derivación y prescripción, en todos los casos, de algún tipo de tratamiento farmacológico; aspecto acorde con lo recogido en la bibliografía indicada en el artículo y que demuestra los beneficios que conlleva la intervención de la persona profesional del Trabajo Social del SAS/ SNS en la salud del/la paciente.

2.2 LOS PROBLEMAS PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON LOS CUIDADOS.

Las Personas Cuidadoras Informales de larga duración (PCI) está sometidas a estresores relacionados con:

- Las fases de afrontamiento por las que pasa el/la paciente y PCI en enfermedades degenerativas y terminales
- Las consecuencias físicas, emocionales, económicas, relacionales... asociadas a los cuidados de larga duración.

Las diversas investigaciones efectuadas sobre el afrontamiento ante enfermedades degenerativas y terminales, que indican que las personas pasan por diversas etapas:

a. Fase de Negación: Esta fase tiene una duración temporal previa o posterior al diagnóstico.

En la fase de negación previa al diagnóstico, las personas allegadas o la propia persona tiene sospechas de la existencia de indicadores relacionados con una demencia. Se conocen los indicadores gracias a las labores de educación para la salud efectuadas con la comunidad. La información / formación ofertada a la población conlleva permite la detección de SPCD asociados a las demencias presentes en cerca del 85% de los pacientes. Dentro de los SPCD se encuentra la realización de comportamientos que pueden ocasionar situaciones que desorientan y desconciertan a la familia, como consecuencia directa de:

- a. Desconocer la causa de los cambios observados en la persona afectada.
- b. El mecanismo inconsciente de negación, la resistencia a buscar un diagnóstico confirmatorio
- c. La necesidad de reorganización familiar que permita prestar los cuidados necesario

La fase de negación también puede aparecer tras el de Shock que conlleva el diagnóstico de una demencia ante una captación oportunista efectuada en los diversos niveles del SSPA / SAS por parte diversas profesiones, encontrándose entre ellas nuestra profesión: Trabajo Social.

Con independencia de cualquiera de las tipologías de negación existentes: ocasionada por la existencia indicios de una enfermedad o por la confirmación de la enfermedad; la negación conlleva la manifestación de síntomas de indignación, ira u hostilidad que, como profesionales, no debemos confrontar ni juzgar de manera directa para poder acompañar y ayudar a las personas implicadas.

Además, es importante indicar que un síntoma propio en las demencias es la agnosognosia: la falta de reconocimiento de la propia enfermedad y de las alteraciones que se producen.

b. Fase de Aceptación, se produce una vez que se ha aceptado que existe una enfermedad y en ella se desea obtener más información sobre la enfermedad. Durante esta fase puede aparecer un desbordamiento emocional que puede ser causa y efecto tanto de un duelo anticipado como de distorsiones cognitivas que se manifiesten en pensamientos dicotómicos, la magnificación, minimización, externalización de la propia valía, interferencia arbitra-

ria, lectura del pensamiento, filtros mentales o abstracción selectiva, sobregeneralización, personalización, razonamiento emocional o autoexigencias que conllevan autobligaciones del tipo debería para la persona.

La aceptación de la enfermedad conlleva una reorganización de la vida diaria, tanto en la persona que padece la enfermedad como en la PCI, asociadas a una serie de necesidades psicosociales originadas por determinantes de la salud que originan un estrés crónico que incide negativamente en:

- a. Los cuidados que recibe la persona que padece la enfermedad
- b. La PCI, conocida también en la literatura médica como paciente oculta o víctima secundaria.

Este estrés crónico es consecuencia directa de la carencia de recursos intrapersonales, interpersonales y sociales relacionados con los componentes que origina la existencia de una “carga” en los cuidados informales de larga duración. Los diversos estudios efectuados indican que la carga son las actitudes y reacciones emocionales que la PCI tiene ante el desarrollo de las tarea de cuidado como consecuencia de las repercusiones que conllevan la misma para su vida diaria; puesto que los cuidados conllevan:

- Actitudes y emociones condicionadas por la relación existente entre persona cuidada y PCI
- Actitudes, reacciones y emociones ocasionados por SPCD que persiguen prevenirlos o excindirlos.
- Actitudes, emociones y reacciones ocasionados por las pérdidas que conllevan los cuidados en la vida diaria de la PCI en diversas esferas de su vida diaria: trabajo, tiempo libre, autocuidado; así como por los problemas de salud musculo – esqueléticos asociados a los cuidados de larga duración.

Todas las personas no cuentan con los mismos recursos interpersonales, intrapersonales ni sociales con los que hacer frente a estos estresores, razón por la cual es posible que el Síndrome de Adaptación General sea Disfuncional apareciendo así el **Síndrome de la Persona Cuidadora**; caracterizado por un agotamiento emocional que puede incluir somatizaciones de naturaleza:

- **Fisiológica**, dentro de las mismas se encuentran los trastornos respiratorios, gastrointestinales, dermatológicos, del sueño, hipertensión, sobrecarga muscular...
- **Emocional**, dentro de esta categoría se encuentra la irritabilidad, la ansiedad, las obsesiones, desconfianza, tristeza, apatía...
- **Cognitiva**, dentro de las mismas se encuentran los problemas de concentración, de memoria, déficit de atención, obsesiones, incremento de errores...
- **Conductual**, abuso y consumo de sustancias adictivas como son el alcohol, tabaco o los psicofármacos, problemas de agresividad...
- **Sociales**, entre los que se encuentran los conflictos interpersonales, aislamiento, conductas antisociales...

El **Síndrome de la Persona Cuidadora** comparte determinados aspectos con el **SQT (Síndrome del Trabajador Quemado)**, como son:

1. El desarrollo de actitudes y sentimientos negativos, por la PCI, hacia la persona que cuida y/o hacia los cuidados que presta. Como mecanismo de autodefensa la PCI construye defensas que la protegen de los sentimientos de impotencia, indefinición y frustración que posee a la par que los cuidados dejan de tener el valor que tenían para ella previamente.
2. Agotamiento emocional, la PCI carece de estrategias de afrontamiento asertivas ante la falta de formación / capacitación, la carga de los cuidados (altas demandas, conflictos de rol, carencia de tiempo libre...) y las malas relaciones que ocasionan los cuidados (problemas con la persona cuidada, la familia de origen, de procreación, entorno laboral...)
3. Las fases de evolución de los cuidados prestados por PCI:
 - *Fase inicial de entusiasmo*, se tienen una expectativas de los cuidados y la afectación a la vida diaria que no son reales.
 - *Fase de estancamiento*, la PCI comprueba que no se cumplen las expectativas que tenía en relación a los cuidados y la afectación de éstos a su vida diaria; comenzando a aparecer dificultades para solventar los diversos problemas que van surgiendo. Esta fase es identificable porque la PCI manifiesta pequeñas quejas
 - *Fase de frustración*, la PCI responde al estrés que origina el no poder conciliar su vida con los cuidados con cinismo, aislamiento, suspicacia y negativismo. La PCI se siente irritada, molesta y comienzan a aparecer problemas de salud.
 - *Fase de apatía*, la PCI realiza los cuidados de manera mecánica y automatizada
 - *Fase quemado*, la PCI claudica de los cuidados que viene realizando.

3. METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL NEUROLÓGICO EN DEMENCIAS

El objeto – sujeto de intervención es la persona con demencia y su PCI, existiendo un procedimiento metodológico diferenciado para cada uno de ellos.

3.1 METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL NEUROLÓGICO EN PACIENTES CON DEMENCIAS:

Las personas profesionales del Trabajo Social realizamos actuaciones previas al diagnóstico y con posterioridad al mismo en relación con la persona que padece la enfermedad.

Las intervenciones profesionales previas al diagnóstico emitido por personal facultativo están relacionadas con:

a. Intervenciones de naturaleza preventiva:

Existen una serie de factores que aumentan la posibilidad de desarrollar una demencia. Entre dichos factores se encuentran:

1. La hipocausia o presbiacusia: Diversos estudios señalan que la prevalencia de la demencia en personas con pérdida auditiva moderada / grave es un 61% superior a personas sin

problemas de audición; y el uso de audífonos conlleva una prevalencia un 32% inferior en personas con pérdidas auditivas moderada / grave. Las personas profesionales del Trabajo Social podemos incidir directamente sobre este factor de riesgo de diversas maneras:

- Informando de hábitos de vida saludables que la previenen, dentro de programas de educación para la salud propios del SAS y SNS.
- Facilitando el acceso a recursos públicos y/o privados que facilitan el acceso a prótesis auditivas
- Informando de los diversos beneficios sociales que conlleva tratar la hipoacusia / presbiacusia: promoción y mantenimiento de relaciones sociales, la interacción con el medio así, prevención del aislamiento informando además de cómo estos determinantes de la salud previenen trastornos neurocognitivos asociados al desarrollo de una demencia.

2. La ansiedad y consumo de benzodiazepinas: Diversos estudios, entre ellos el titulado “Trastornos de ansiedad, prescripción de benzodiazepinas y demencia incidente” puso de manifiesto la relación existente entre la ansiedad, benzodiazepinas y las demencias demostrando que la prescripción de estos fármacos conlleva un aumento del 28% de riesgo de demencia mientras que la ansiedad se asocia con un aumento del 19% de riesgo de demencia. Las personas profesionales del Trabajo Social incidimos tal y como reconoce el SAS en este factor de riesgo mediante las intervenciones relacionadas con la Estrategia Stopbenzodiazepinas y la Estrategia Gruse, entre otras.⁹

b. Intervenciones tendentes a la detección de indicadores relacionados con las demencias:

La importancia de las actuaciones previas al diagnóstico emitido por personal facultativo consisten en que las mismas contribuyen tanto a reducir el elevado porcentaje de personas que tiene demencias que no están diagnosticadas de manera temprana, siendo un ejemplo de ello lo manifestado en la nota de prensa emitida en relación con el Día Mundial del Alzheimer de 2019 por la Sociedad Española de Neurología: cerca del 80% de los casos de Alzheimer que aún son leves están sin diagnosticar; y a prevenir las demencias.

Estas actuaciones se realizan tanto a nivel comunitario: actuaciones con y para la comunidad de Educación para la Salud en las que se informa de los beneficios que conlleva el diagnóstico temprano y se capacita en la identificación de SPCD y beneficios del mismo¹⁰; como actuaciones individuales, oportunistas o no, tendentes a la identificación de indicadores de demencias.

.....

- 9 N. Autora: El SAS reconoce que el Trabajo Social Grupal mejora el bienestar emocional de las personas, lo cual reiteran investigaciones efectuadas por diversas universidades andaluzas de Trabajo Social y corrobora mi experiencia directa: los beneficios aumentan cuando las intervenciones grupales se dirigen exclusivamente a personas cuidadoras ya que facilita la expresión de emociones, adquisición de hábitos para la vida diaria y otras HHSS... generadores de alternativas al consumo de psicofármacos tal y como expongo en el apartado 3.2.2
- 10 Entre las actividades con la comunidad se encuentra el participar en mesas redondas sobre enfermedades neurológicas con otras personas profesionales del SAS, como por ejemplo Jefe/a de Neurología; que fomentan que se pida cita con la unidad de Trabajo Social de la UGC y/o se aborde el tema con su MAP.

Las actividades de detección oportunista pueden realizarse en los diferentes niveles del SNS por personas profesionales del Trabajo Social Sanitario, utilizando la observación y escucha durante las interacciones profesionales con las/os pacientes y/o familiares / allegados. La identificación de indicadores puede verse reforzada por la utilización de escalas diagnósticas como son el **Test de Pfeiffer, Test Mini – Mental o la versión en español de la Neuropsychiatric Inventory (NPI)**, algunos de ellos cargados en la aplicación informática que soporta la Historia Clínica Electrónica que utiliza el SAS¹¹ (Diraya) para uso de las personas profesionales del Trabajo Social Sanitario. Además del resultado también es visible para el resto de profesionales del SAS las respuestas facilitadas en cada ítem.

La detección por parte de las personas profesionales del Trabajo Social Sanitario, en ambos niveles de intervención, permite la derivación a personal facultativo para un diagnóstico sindrómico que puede conllevar un diagnóstico etiológico. Es importante indicar que, como se ha indicado previamente, puede existir una agnosognosia y / o un rechazo por parte de la persona que requiera de una intervención tendente a conseguir la aceptación de una enfermedad de naturaleza neurológica o de otra etiología que pueda ser reversible como se ha indicado previamente. Esta intervención puede realizarse en coordinación con profesionales del EBAP, otros niveles de intervención como son las Escuelas para Pacientes, con otros sistemas de protección social, como por ejemplo CPA¹², asociaciones de personas mayores o incluso servicios sociales comunitarios.

Por otro lado, nos podemos encontrar con pacientes que han sido diagnosticados por facultativos de una demencia y que son derivados a la consulta de trabajo social para que se intervenga con los mismos para facilitar el tránsito de una fase a otra en relación con la aceptación / afrontamiento de la enfermedad, ayudarla en aspectos relacionados con los cuidados que desea cuando no tenga capacidad de autogobierno, informarla de procedimientos administrativos relacionados con el SISAAD, iniciar el Protocolo de Urgencia Social relacionado con el reconocimiento de la situación de dependencia o acceso a prestaciones fundamentado en problemas de salud...

Todo esto, ocasiona la realización de actuaciones de naturaleza diagnóstica, transformadora y evaluativa en y con la persona diagnosticada de una demencia, su familia y su PCI; en coordinación con otros sistemas de protección social, lo cual asegura una atención integral a la persona.

.....

11 SAS: Servicio Andaluz de Salud.

12 Centro de Participación Activa, con los mismos se realizan diversas actividades desde talleres para personas cuidadoras hasta charlas con profesionales del SAS, sobre recursos del SAS como por ejemplo la plataforma Enbuenaedad...

3.2 METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL NEUROLÓGICO CON FAMILIAS Y PCI DE PERSONAS CON DEMENCIAS.

Como se ha indicado previamente, el diagnóstico de la enfermedad conlleva una reorganización familiar tendente a:

3.2.1 Facilitar la elección de una PCI

3.2.2 Identificar e intervenir sobre el Síndrome de la Persona Cuidadora para prevenirlo, escindirlo o modificarlo

3.2.3 Prevenir, escindir o modificar los SPCD

A continuación, se procede a explicar la intervención que se implementa, desde el Trabajo Social Sanitario, para alcanzar cada uno de los objetivos indicados previamente

3.2.1 Facilitar la designación de una PCI.

La persona con demencia requiere de apoyos que faciliten su autonomía, prevengan la progresión de la enfermedad y que se caracterizan por:

- **Perseguir el bienestar emocional de la persona cuidada**, se fomenta que la persona cuidada se sienta querida, respetada... lo cual puede conllevar la implementación de actuaciones tendentes a reducir SPCD
- **Apoyar / suplir la realización de ABVD y AVD**

Estos cuidados conllevan un cambio en el sistema familiar como consecuencia del desajuste emocional ocasionado por el diagnóstico: preocupación e incertidumbre; y los cuidados: demanda de cuidados, asunción de nuevas actividades... que deben ser abordados por el equipo multidisciplinar según lo establecido en los diferentes PAI¹³ en relación con la VIE¹⁴ que permiten la elaboración de un Plan de Cuidados del cual suele informarse a otros sistemas de protección social.

La metodología sigue el procedimiento del método científico: investigación – intervención – evaluación; caracterizándose la **fase investigación – diagnóstico** por:

- **Analizar la capacidad de autogobierno que tiene la persona diagnosticada de una Demencia.** Para ello se identifican aspectos relacionados con:
 - a. Los recursos económicos de la persona (patrimonio mobiliario, inmobiliario y gastos). Ello permite identificar tanto necesidades relacionadas con la administración de los mismos como la posibilidad de acceder a recursos sociosanitarios que complementen

.....

13 PAI: Proceso Asistencia Integrado

14 VIE: Valoración Integral Exhaustiva estipulada dentro del SNS (Sistema Nacional de Salud) en la que, entre otros aspectos, se realiza una valoración del área sociofamiliar que analiza diversas variables como son cohesión familiar, clima afectivo, red relacional, recursos comunitarios... se analiza la carga de la persona cuidadora, los valores y preferencias de la persona... Aspectos que las personas profesionales del Trabajo Social Sanitario consideramos que son propias de nuestra profesión y no de otras profesiones del SNS/ SAS.

ten, o suplan, los cuidados informales o formales, prestados por el SAAD¹⁵, de los que dispone la persona.

- b. Identificar la existencia, o no, de agnosognosia. Aspectos como la enfermedad causante: fase y pronóstico; y la edad de la persona, nos permiten analizar el grado de conciencia de la enfermedad así como las posibilidades de aceptación de la misma. Ofrece por tanto información que sirve para planificar intervenciones terapéuticas con la PCI tendentes tanto a prevenir o escindir SPCD como conflictos entre la persona cuidada y la PCI que influyen negativamente en ambas ya que fomentan la claudicación familiar así como un SGA disfuncional que ocasiona problemas en las 3 esferas de la salud a la PCI.
- c. Analizar el apoyo social con el que cuenta tanto la persona con demencia como su familia. Se analizan las relaciones existentes entre los miembros de la unidad familiar, las responsabilidades y deseos de cada uno de ellos, las consecuencias de los cuidados en su vida personal, familiar y profesional y las características comunitarias: recursos socio – sanitarios existentes, barreras arquitectónicas tanto en la vivienda como en el entorno urbanístico, recursos de movilidad, recursos de envejecimiento activo, existencia o no de voluntariado...

Durante la fase de diagnóstico utilizamos la observación documental, la observación directa estructurada de manera independiente o junto a la entrevista, en cuyo caso se analiza el lenguaje no verbal y aspectos relacionados con la vivienda durante la visita domiciliaria. Además, también se realiza la entrevista indirecta con otras personas profesionales, tanto del trabajo social como de otras profesiones.

Respecto a la entrevista indicar que dentro la misma se implementan diversas técnicas del trabajo social sanitario, entre las que se encuentran las enunciadas a continuación:

- a. Counseling
- b. Escucha activa
- c. Atención Empática
- d. Mediación
- e. Clarificación
- f. Parafraseo
- g. Reflejo
- h. Resumen
- i. Autorrevelación
- j. Inducción
- k. Escalas

.....

15 SAAD: Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

El establecimiento o designación de las medidas de apoyo que requiere la persona permiten, además de promover el cuidado del cuidador evitando la existencia de una única persona cuidadora y fomentando cuidadores informales secundarios o no principales; identificar necesidades presentes o futuras relacionadas con el autogobierno y la toma de decisiones en el momento en el que la enfermedad evolucione hasta imposibilitar a la persona autogobernarse. Además, posibilita prestar información sobre cómo se pueden regular los deseos de la persona, lo que incide en el bienestar de la persona cuidada tanto en el momento presente como en un futuro a la par que previene que las personas cuidadoras tengan dificultades para poder realizar sus tareas de cuidado en un futuro. Así, podemos informar de:

- La declaración de Instrucciones Previas o la redacción de poderes notariales.
- El testamento vital / declaración de voluntades anticipadas¹⁶.

3.2.2 Identificar e intervenir sobre el Síndrome del Cuidador para prevenirlo, escindirlo o modificarlo

Como se ha visto previamente, los cuidados conllevan una serie de consecuencias en la PCI que están directamente relacionadas con aspectos individuales que son causa y consecuencia al mismo tiempo de estilo de afrontamiento ante estresores.

Para analizar la manera en que los cuidados afectan a la persona, además de las técnicas indicadas previamente, podemos utilizar escalas validadas científicamente, cargadas o no en la aplicación informática DIRAYA y disponibles para otras categorías profesionales. Estas escalas las podemos clasificar en:

- a. Escalas específicas, como son la Escala de Zarit, el índice de esfuerzo del cuidador o la escala NPI y/o Cummings...
- b. Escalas no específicas que facilitan información sobre:
 1. Aspectos emocionales y afectivos, como son la Escala de Goldberg, la Escala de Hamilton para la ansiedad y/o depresión
 2. El apoyo social real o percibido, como son la Escala ESTE, Apgar Familiar, Cuestionario de DUKE – UNC, Escala de MOS...
 3. La calidad de vida como son la Escala de Calidad de Vida de la GENCAT, la escala de calidad del sueño de oviedo o el Índice de calidad del sueño de Pittisbrugh.

La información obtenida permite intervenciones tendentes a dotar de herramientas de afrontamiento que prevengan, reduzcan o eliminen el Síndrome de la Persona Cuidadora. Estas intervenciones pueden ser de naturaleza individual o grupal, conllevando estas últimas mayores beneficios puesto que, además de contribuir a la socialización de la persona y favorecer la creación de nuevos vínculos que generan nuevas redes sociales de apoyo,

.....

¹⁶ Conforme a lo estipulado en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y en la Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la persona en el Proceso de la Muerte.

facilitan una serie de insight que generan un cambio psíquico que supera la esfera intrapersonal, teniendo manifestaciones en las diversas esferas interpersonales que:

1. Reducen el sufrimiento de la PCI y, por tanto, mejoran su funcionamiento psíquico y social.
2. Permiten identificar, adquirir o reforzar fortalezas personales que desarrollan aprendizajes sociales y/o modifican las actitudes o comportamientos ante situaciones difíciles (ayudan a resolver o clarificar problemas personales, familiares o sociales) a la par que propician el desarrollo personal y la socialización de las personas.
3. Aumentan la autoestima de la persona.

Las intervenciones de Trabajo Social Grupal conllevan la implementación de actuaciones de:

- A. **Educación Emocional** tendente a mejorar la percepción emocional, facilitar la adquisición emocional del pensamiento y alcanzar la regulación emocional.
- B. **Inoculación de Estrés**, se facilita que la persona en un entorno controlado afronten estímulos estresantes para que adquieran conocimientos que les permitan afrontarlos favoreciendo un SAG funcional. La inoculación del estrés va aparejada con el entrenamiento en técnicas que fomentan el autocontrol: técnicas de relajación física, respiratoria, mental como por ejemplo el Mindfulness.
- C. **Técnicas de entrenamiento en habilidades sociales** que fomentan la asertividad, la comunicación y la resolución de problemas.
- D. **Técnicas que fomentan la reorganización cognitiva** y que sustituyen interpretaciones inadecuadas por respuestas emocionales y comportamentales más adecuadas.

3.2.3. Prevenir, escindir o modificar los SPCD

El diagnóstico de la demencia conlleva un abordaje de la misma mediante tratamiento de naturaleza farmacológica y un tratamiento no farmacológico compuesto por diversas tipología de intervenciones terapéuticas que persiguen:

1. Facilitar herramientas a la PCI para intervenir ante las alteraciones del pensamiento, ilusiones / alucinaciones, agresividad, depresión... estas intervenciones se enmarcan dentro de las actuaciones individuales / grupales que facilitan estrategias de afrontamiento a la PCI.
2. Mejorar la cognición y el estado emocional de la persona cuidada mediante la implementación de técnicas de reminiscencia que persiguen recordar eventos de la historia personal estimulando recuerdos con gran significado personal que suscitan sentimientos positivos que mejoran el bienestar emocional a la par que:
 - a. Refuerzan la identidad de la persona
 - b. Mejoran la autoestima de la persona

En las intervenciones grupales e individuales se puede formar a la PCI en las mismas para que las implemente a través de la musicoterapia, la aromaterapia o intervenciones como el album de la vida, la caja de los recuerdos...

4. CONCLUSIONES:

El Trabajo Social Sanitario es una rama del Trabajo Social que se ejerce en diversos niveles del SNS (salud mental, paliativos, oncología, atención primaria, urgencias, neurología...) adaptándose la metodología del Trabajo Social a la realidad social para incidir positivamente en los problemas psicosociales asociados a la enfermedad (denominados por la OMS¹⁷ como Determinantes de la salud), aumentar las cotas de bienestar y la salud de pacientes, sus familiares y allegados.

El Trabajo Social Sanitario Neurológico en demencias, tiene como objeto de intervención los problemas psicosociales asociados a ésta rama de la medicina y entre sus características se encuentra el tener varios sujetos de intervención:

- Persona diagnosticada con demencia
- Persona cuidadora informal principal y secundarias
- Comunidad

El Trabajo Social Sanitario Neurológico en demencias persigue una atención integral y holística, por lo que se realizan actuaciones en los 3 métodos del Trabajo Social: casework, trabajo social grupal y trabajo social comunitario. Como pone de manifiesto tanto la bibliografía consultada como mi experiencia práctica, las intervenciones que se realizan se enmarcan dentro de actuaciones de naturaleza:

- Preventiva: Se interviene en los 3 niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria), previniendo incluso la aparición o progresión de la enfermedad. Además, las intervenciones de naturaleza preventiva se caracteriza por ser de naturaleza holística: integral; lo cual conlleva actuaciones en los 3 métodos o niveles de intervención del trabajo social: individuo, grupo y comunidad.
- Transformadora: Persiguen transformar la realidad eliminando problemas psicosociales y mejorando el bienestar de individuos, grupos y comunidades.
- Coordinación Socio – Sanitaria, existen interconsultas tanto dentro del propio sistema sanitario como con otros sistemas de protección social en las que intervienen profesionales del Trabajo Social que realizan su quehacer profesional en:
 - Recursos socio – sanitarios.
 - Unidades de Salud Mental y/o Neurología
 - Atención Primaria
 - Tercer sector
 - Servicios Sociales Comunitarios y /o especializados

.....

17 Organización Mundial de la Salud

El Trabajo Social Sanitario Neurológico en demencias dispone de una metodología propia en la que se adaptan los modelos metodológicos del Trabajo Social al objeto y sujetos de intervención. Además, dentro del SAS las personas profesionales del Trabajo Social utilizamos técnicas e instrumentos de diagnóstico: diferentes escalas que permiten identificar SPCD, aspectos relacionados con el Síndrome de la persona Cuidadora y otros problemas psicosociales; disponiendo además de instrumentos y actuaciones que fomentan el respeto de los derechos de las personas.

Mi experiencia directa ratifica las conclusiones que se desprenden del análisis documental efectuado previamente a la implementación de una metodología de intervención como Trabajadora Social del SAS; puesto que he corroborado que el Trabajo Social en Salud fomenta:

- El ejercicio del derecho a la salud, la prevención de problemas de salud y el acceso a un diagnóstico precoz tal y como indican profesionales sanitarios, pacientes y familiares.
- El ejercicio del derecho a la autodeterminación y autogobierno de la persona al facilitar instrumentos que permiten a la persona autogobernarse aun cuando la enfermedad lo impide: instrucciones previas en el ámbito civil y declaración voluntad vital anticipada, en el ámbito sanitario, relacionada con el lugar en el que desean recibir los tratamientos paliativos, sedación paliativa, decisiones clínicas, limitación de esfuerzo terapéutico, personas con acceso al historial clínico...
- La seguridad del paciente, puesto que las intervenciones de naturaleza no farmacológica reducen el consumo de sustancias psicoactivas (como por ejemplo benzodiazepinas, medicación que facilite descansar / conciliar el sueño...) por parte de cuidadores a la par que mejoran los cuidados de larga duración prestados por la PCI tal y como han indicado las personas cuidadoras a la finalización de las intervenciones grupales efectuadas y reconoce el propio SAS cuando establece la importancia de las intervenciones grupales del Trabajo Social Sanitario para prevenir / reducir / escindir el consumo de psicofármacos.
- La asertividad y, por tanto, el auto- respeto de los propios derechos respetando los derechos de terceros.
- El derecho de las personas a ser cuidadas en un entorno comunitario
- El derecho a conciliar la vida personal, familiar y laboral, fomentando la existencia de varios cuidadores informales.
- El derecho a mantener los vínculos y relaciones con la familia de procreación u origen

BIBLIOGRAFÍA:

- Marín, M. Á. G. (2008). Entre la contención y el desarrollo competencial. Una aproximación al objeto-sujeto en el Trabajo Social/Containment or competence development? An approach to object/subject relationships in Social Work. *Cuadernos de Trabajo Social*, 21, 87.
- Zamanillo, T. (1999). Apuntes sobre el objeto en Trabajo Social. *Cuadernos de trabajo social*, 12(1), 13-32.
- Rossell, T. (1998). Trabajo social de grupo: grupos socioterapéuticos y socieducativos. *Cuadernos de trabajo social*, (11), 103-122.
- Masfret, D. C. (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.
- Castellanos Pinedo, F., Cid Gala, M., Duque San Juan, P., & Martín, Z. (2011). Abordaje integral de la demencia. *Inf Ter Sist Nac Salud*, 35(2), 39-45
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2020) : Guía para la gestión de riesgos psicosociales en la actividad de cuidado de personas mayores. (INSST)
- Olazarán, J. (2011). ¿Puede diagnosticarse la demencia en la Atención Primaria?. *Atención primaria*, 43(7), 377-384.
- Moral-Fernández, L., Frías-Osuna, A., Moreno-Cámara, S., Palomino-Moral, P. A., & del Pino-Casado, R. (2018). Primeros momentos del cuidado: el proceso de convertirse en cuidador de un familiar mayor dependiente. *Atención primaria*, 50(5), 282-290.
- Fernández, M. C. F., & Gutiérrez, L. M. (2014). Trabajo Social y cuidadores informales: análisis de la situación actual y propuesta de intervención. *Trabajo social hoy*, (71), 43-62.
- Sitges, D. (2009). Capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: reflexiones, derechos y propuestas de evaluación. *Boada Rivera M, Robles Bayón A, editors. Barcelona: Editorial Glosa.*
- R. L Barker (100: 2003), *The social work dictionary*. Washington: NAWS Press
- Vega, V. O., & Gandarillas, E. M. (2021). Trabajo social neurológico: intervención social con pacientes con alzheimer. *Trabajo social hoy*, (92), 101-123.

