

número

16

Documentos de Trabajo Social

DTS

Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga

2018

Revista
de Trabajo Social
y Acción Social

Documentos de Trabajo Social

DTS

Revista de Trabajo Social y Acción Social

nº61
Año 2018

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, Jefe de Servicio de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Vélez-Málaga

Secretaría Técnica

María Lara Márquez. CPTS Málaga

Consejo de Redacción

Rafael Arredondo Quijada, Universidad de Málaga
María Luz Burgos Varo, Servicio Andaluz de Salud. Málaga
Francisco Cosano Rivas, Universidad de Málaga
Eva María del Pino Villarrubia, Málaga Acoge
Luis Gámez Lomeña, Delegación de Bienestar Social. Marbella
Pedro García Calero, empleado público de la Junta de Andalucía
Verónica González Tagle, Funcionaria de la Excm. Diputación de Málaga, Profesora Univ. de Málaga (jubilada)
María de las Olas Palma García, Universidad de Málaga
Rosario Castilla Mora, Doctora por la Universidad de Málaga. Profesora del Área de Trabajo Social y Servicios Sociales de la FEST
David Caracuel Ruiz, Trabajador Social
Laura Domínguez de la Rosa, Doctora por la Universidad de Málaga. Profesora del Área de Trabajo Social y Servicios Sociales de la FEST

Consejo Científico Asesor

Ana Barranco Carrillo. Trabajadora social. Diputación Provincial de Jaén (Salud)
José Enrique Bernal Menéndez, Abogado ejerciente. Funcionario de la Administración Local (Mujer y Violencia Género)
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, Secretario General y trabajador social de Cáritas Diocesana Málaga
Enrique Pastor Seller. Trabajador social. Licenciado y Doctor en Sociología. Profesor titular de Universidad de Murcia.
Vicepresidente del Consejo General del Trabajo Social de España
María Luisa Taboada González, Trabajadora social y profesora emérita de Ética de la Universidad de Málaga

Diseño

Rocío Morales Lozano. CPTS Málaga

ISSN 1133-6552 / ISSN Electrónico 2173-8246

SUMARIO

EDITORIAL	6
<i>Eva María del Pino Villarrubia, Diplomada en Trabajo Social, Coordinadora de DTS</i>	
• EL TRABAJO SOCIAL EN LA EDUCACIÓN: EXPERIENCIAS PROFESIONALES PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES	7
<i>Paula Castilla Carramiñana, Trabajadora Social</i>	
• ACTITUDES SEXISTAS EN LOS JÓVENES UNIVERSITARIOS: INFLUENCIA DEL CONTEXTO FAMILIAR Y DE PAREJA	25
<i>Laura Ortiz Miralles, Trabajadora Social</i>	
• EL ANÁLISIS DE LA VULNERABILIDAD Y LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN EL SUR Y EN EL NORTE: UN ESTUDIO DE CASOS COMPARADO A PARTIR DEL BARRIO EL GALLITO	45
<i>Encarna Canet Benavent, Trabajadora Social. Profesora contratada doctora del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Valencia</i>	
<i>Francesc Xavier Uceda I Maza, Trabajador Social. Universidad de Valencia</i>	
<i>Gloria Caravantes López de Lerma, Trabajadora Social. Universidad de Valencia</i>	
<i>Lucía Martínez Martínez, Trabajadora Social, contratada doctora por la Universidad de Valencia</i>	
• LA TOMA DE DECISIONES ÉTICA EN EL TRABAJO SOCIAL COMUNITARIO: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA BIOÉTICA	81
<i>Mercedes Cuenca Silvestre, Trabajadora Social</i>	
• ESTUDIO SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN CENTRO NOCTURNO PARA PERSONAS MAYORES CON DEPENDENCIA MODERADA EN JEREZ DE LA FRONTERA	102
<i>Antonio Oñate Tenorio, Trabajador Social del Servicio Andaluz de Salud</i>	
<i>María de los Santos Oñate Tenorio, Doctora en Ciencias de la Salud por Universidad de Cádiz</i>	
• ¿Y AHORA QUÉ DIBUJA NUESTRA ILUSIÓN? UN ESTUDIO DE CASO SOBRE LA PERSPECTIVA DEL MIGRANTE	119
<i>Virginia Romero Plana, Trabajadora Social</i>	
• LA INTERVENCIÓN SOCIAL COMUNITARIA DESDE EL ÁMBITO HOSPITALARIO: OPINIÓN DE LOS TRABAJADORES SOCIALES SANITARIOS Y ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS	138
<i>Agustina Hervás de la Torre, Trabajadora Social. Jefa de la Unidad de Trabajo Social del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla. Presidenta de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud</i>	
• EVOLUCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN GRUPAL CON FAMILIAS CUIDADORAS DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES	181
<i>María José Conejo Camino, Trabajadora Social. Centro de Día y Centro Social de Personas Mayores Pumarín</i>	

- **EL LADO HUMANO DE LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO, DESDE EL TRABAJO SOCIAL** 213
Anna María Rucabado Sala, Trabajadora Social. Profesora titular de la Universidad de Jaén
Lucía Cañada Pancorbo, Trabajadora Social del Centro Penitenciario Militar de Alcalá de Henares
- **PROYECTOS DE PARTICIPACIÓN: UNA REVISIÓN SISTEMATIZADA DE SUS EVALUACIONES** 233
María Isabel Sillero Quintana, Trabajadora Social en la Dirección general de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid
- **INTERVENCIÓN PROACTIVA EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO GERMANS TRIAS I PUJOL DE BADALONA** 267
Sonia Jiménez Panés, Trabajadora Social en el Hospital Universitario Germans Trias I Pujol de Badalona
- **SENTENCIAS JUDICIALES Y PERITAJE SOCIAL: UN ANÁLISIS SISTEMÁTICO DE LA IMPORTANCIA QUE LOS JUECES Y JUEZAS OTORGAN AL DICTAMEN PERICIAL SOCIAL** 295
María Elena Ferri Fuentevilla, Trabajadora Social. Docente de la Universidad Pablo Olavide de Sevilla
Vanessa Cintado Romero, Graduada en Sociología
- **ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADA EN LA PERSONA: BUENAS PRÁCTICAS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN DE MENORES CON NECESIDADES DE APOYO (CAM XIQUETS)** 315
Inmaculada González Herrera, Trabajadora Social y directora del Centro CAN XIQUETS de Valencia
- **EL CIBERBULLYING, GROOMING Y SEXTING, EN LA POLÍTICA PÚBLICA MEXICANA: UN TEMA EMERGENTE PARA EL TRABAJO SOCIAL** 331
Diego Aguilar Villarreal, Trabajador social e Investigador, Académico de Instituciones Públicas y Privadas y Director de Investigación de la AMCDC A.C.
- **EL IMAGINARIO SOCIAL DE LA PRÁCTICA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS** 351
María de los Angeles Fuentes Vega, Maestra en Ciencias Sociales.
Virginia Romero Plana, Doctora en Estudios Mexicanos
Luz Jhoana Gutiérrez Córdova, Trabajadora Social y Maestra en Educación
Daniel González Lomelí, Doctor en Psicología
María de los Ángeles Maytorena Noriega, Doctora en Ciencias Sociales
- **MEDIACIÓN INTERCULTURAL: ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS REFUGIADAS EN UN CENTRO DE ACOGIDA A REFUGIADOS (CAR)** 380
Amin Yassin Omran, Trabajador Social, Mediador Intercultural y educador social.
- **LOS PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS COMO UNA NUEVA HERRAMIENTA DEL TRABAJO SOCIAL COMUNITARIO** 398
Joaquín de María Arrebola, Trabajador Social.

EDITORIAL

La conciencia ética se configura como un elemento fundamental de la práctica profesional de trabajadoras y trabajadores sociales. Tal como establece nuestro Código Deontológico, la justicia social y los principios de los derechos humanos, son el núcleo esencial en torno al que giran nuestros valores. Ese planteamiento nos permite acercarnos a las realidades sociales con el compromiso de actuar desde el respeto y el compromiso, de una manera responsable, mejorando nuestro entorno y convirtiéndonos en verdaderos agentes de cambio.

En un contexto en el que están en cuestión valores como la igualdad, la aceptación y la individualización, conviene que nuestra profesión se enfoque en mantener este compromiso ético para la lograr la inclusión social. La puesta en entredicho de estos valores, además, construye un relato que distorsiona la realidad, afectando al diseño de las políticas públicas, que deben tener siempre como objetivo, entre otros, el promover la igualdad y dignidad de las personas, garantizando la cobertura de sus necesidades.

Los artículos que se presentan en este número son aquellos recibidos durante el año 2018 y aquellos que han optado a la XXII edición de los Premios Científicos de Trabajo Social del Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga. Se refleja de forma muy clara la realidad profesional que los trabajadores y trabajadoras sociales se encuentran en su práctica diaria.

De esta forma, debe felicitarse a los autores y autoras por sus trabajos, en especial a los artículos premiados. En la modalidad de Investigación, el artículo ganador “El análisis de la vulnerabilidad y la exclusión social en el sur y en el norte: un estudio de casos comparado a partir del barrio El Gallito (Guatemala) y el Barrio de La Coma (España)” nos propone profundizar en el conocimiento de los procesos de exclusión mediante el análisis de dos casos concretos. En la modalidad de Intervención profesional, el artículo premiado “El Trabajo Social en la Educación: Experiencias profesionales para la prevención de la violencia de género en adolescentes” plantea una propuesta dirigida al empoderamiento de personas jóvenes contra la violencia de género. Por último, el artículo que ha resultado premiado en la modalidad de Teoría del Trabajo Social “La toma de decisiones éticas en el trabajo social comunitario: una aproximación desde la bioética”, nos ofrece una reflexión sobre un tema de gran actualidad en la profesión desde una perspectiva diferente, que puede facilitar la toma decisiones.

Eva María del Pino Villarubia
Directora de la Revista DTS

El trabajo social en la educación: experiencias profesionales para la prevención de la violencia de género en adolescentes

Modalidad: Intervención profesional del Trabajo Social

Paula Castilla Carramiñana

Trabajadora Social

Resumen

El objeto de este trabajo se centra en exponer y analizar distintas intervenciones profesionales, desde el ámbito socioeducativo, con las que acercar y empoderar a la población adolescente en la violencia de género.

Partiendo de la contextualización del ciclo evolutivo y el desarrollo de la identidad de género, se analizan los distintos factores de riesgo y de protección relacionados con la violencia machista. Tomando como referencia el Trabajo Social y la intervención de los y las trabajadoras sociales, a lo largo de este trabajo se presentan distintas alternativas socioeducativas para desarrollar con jóvenes.

Todas estas iniciativas, encuadradas en la educación formal y no formal, se dirigen a promover el desarrollo de una visión crítica hacia los estereotipos y roles de género; así como a favorecer el aprendizaje de habilidades personales y sociales que ayuden a los y las jóvenes a identificar y/o combatir una posible violencia de género dentro de sus noviazgos.

Palabras claves:

Educación, violencia de género, estereotipos, adolescencia, desarrollo de habilidades, trabajo social.

Abstract

The objective of this article focuses on exposing and assessing different socio-educative proposals to engage and empower youth people, concretely adolescents, about gender violence.

Starting with the contextualization of development cycle and gender identity development, it addresses different risk and protective factors related to macho violence. Considering Social Work and the social workers' intervention, throughout this article diverse socio-educative proposals are presented to develop them with youth people.

All these initiatives, within the framework of formal and non-formal education, are aimed to promote a critical view towards stereotypes and gender roles, as well as personal

and social skills development which may help them to identify and fight against potential gender violence situations within their relationships.

Key words:

Education, gender violence, stereotypes, adolescence, skills development, social work.

1. Introducción y justificación

Las creencias y actitudes sexistas suponen un factor de riesgo sociocultural de cara a predecir la violencia de género en las parejas sentimentales (Sanmartín, Farnós, Capel y Molina, 2000). Dichas creencias y actitudes tolerantes a la violencia se sustentan en los estereotipos de género que se transmiten de generación en generación y que son interiorizados por los más jóvenes, determinando así su posterior funcionamiento en la sociedad.

El principal problema en los/as adolescentes radica en que a pesar de que son capaces de describir la violencia sobre el papel, en general creen que se trata de algo que sólo les ocurre a mujeres adultas y, sobre todo, a aquellas que ya están casadas (Hernando, 2007).

Y, aunque pudiera parecerle descabellado a más de una persona vincular adolescencia con violencia machista, lo cierto es que, según la última Macroencuesta de Violencia de Género (2015), el 11,5% de las mujeres encuestadas habían sufrido violencia física antes de los 15 años a manos de sus exparejas o por agresores hombres por el mero hecho de ser ellas mujeres.

A su vez, los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (2017), muestran que el mayor aumento del número de víctimas de violencia de género en 2017 respecto al año anterior se ha producido entre las mujeres menores de 18 años (14,8%), dato muy alarmante teniendo en cuenta que esta institución sólo analiza las denuncias tramitadas oficialmente en el Registro Central para la Protección de las Víctimas de la Violencia Doméstica y de Género, y que llegan a formalizarse en forma de medidas cautelares de protección. Teniendo en cuenta la naturaleza de este problema social, está constatado que muchísimas mujeres no llegarán jamás a denunciar a sus agresores o, incluso, a autoidentificarse como víctimas de violencia de género.

Además, se da la circunstancia de que determinados comportamientos, que forman la base y el inicio del problema, como los celos y el control exagerado, para muchos adolescentes son síntomas de amor y preocupación por la pareja y no los identifican como indicios de un grave problema (Hernando, 2007). Esta cuestión se encuentra reflejada en el estudio de “Percepción de la Violencia de género en la adolescencia y la juventud” de 2015 elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, donde se descubre que continúa transmitiéndose el mensaje intergeneracional de que “los celos son una expresión del amor”, habiéndolo escuchado más del 35% de los y las adolescentes.

Desde el punto de vista judicial, la entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, supuso la puesta en marcha de un conjunto de actuaciones y estrategias de educación pública, prevención y reducción de la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Dicho marco normativo

fomenta la inclusión de programas de educación en igualdad de género en los centros escolares para enseñar a los/as menores desde edades tempranas que existen formas de afrontar el estrés, los conflictos y los propios sentimientos sin necesidad de recurrir a la violencia.

A la espera de la implementación de la partida presupuestaria de 200 millones de euros en 2018 por parte de la administración central¹ y que, previsiblemente, será un precedente en apuesta y apoyo a medidas, estudios e intervención en contra de los abusos y la violencia de género -en colaboración con comunidades autónomas, ayuntamientos, entidades del tercer sector y sociedad civil-, el propósito de este artículo se fundamenta, desde la perspectiva de noviazgos heterosexuales, en la promoción de programas de educación en igualdad de género entre los alumnos y alumnas en edad adolescente como un aspecto más dentro su currículo educativo, con el fin de que desarrollen habilidades personales y sociales que les permitan identificar y combatir posibles situaciones de violencia de género en sus noviazgos, así como para la construcción de una visión crítica hacia los estereotipos y roles de género que la sociedad impone como normas de comportamiento.

Por ello, y para comprender cuáles son los precedentes del problema social que es la violencia de género enfocado en la adolescencia, se van a erigir como elementos clave su ciclo evolutivo y el desarrollo de su identidad de género. A su vez, también se tienen en cuenta los distintos factores de riesgo y de protección que existen dentro de la sociedad y a nivel individual, y que van a favorecer o no, que se comentan actitudes y/o actos violentos contra una mujer.

Como propuestas para empoderar y fortalecer la capacidad de relación y de hacer frente a este tipo de realidades, se presentan distintos proyectos de naturaleza social y educativa, en los que los y las trabajadoras sociales jugarán un papel clave a la hora de diseñarlos, implementarlos y/o evaluarlos, ya sea desde una asociación o entidad especializada en género, o desde el propio centro educativo.

A su vez, se proponen alternativas a la educación formal, con el objetivo de que los y las adolescentes tomen conciencia desde una experiencia más vivencial que académica, así como para dibujar un ejemplo de intervención social innovadora a la hora de enfocar este problema social.

2. La adolescencia y la identidad de género

Según Izco (2012), la adolescencia constituye una etapa vital de transición entre la niñez y la edad adulta con límites temporales imprecisos. Considera que no existe una edad específica de inicio y final de este período ya que comienza con la pubertad y termina con la madurez mental. Sin embargo, sí que establece una franja máxima de edades entre las cuales podría llegar a completarse el ciclo: desde los once y hasta los veintiún años. En cualquier caso, se trata de un periodo evolutivo caracterizado por cambios importantes tanto en el desarrollo físico, mental y emocional, como en las relaciones interpersonales, los cuales provocan ambivalencias y contradicciones en el proceso de búsqueda del equilibrio consigo mismo y con la sociedad (Inglés, Martínez González, Oblitas y Piqueras, 2010).

.....
¹ Noticia confirmada por varios medios de comunicación españoles como, por ejemplo, La Vanguardia. Recuperado de: <http://www.lavanguardia.com/politica/20180521/443754630427/pacto-violencia-genero-presupuestos-200-millones.html>

Coleman y Hendry (2003) relacionan el descubrimiento y la consolidación de la identidad adolescente con varios procesos que experimentan durante esta etapa vital, entre los que destacan el cambio físico, el cual provoca una alteración en la imagen del adolescente; el desarrollo intelectual, que permite al adolescente percibirse de una forma nueva; y la búsqueda de independencia y autonomía, que le lleva a tomar sus propias decisiones, como la elección de sus propios amigos. Este es un aspecto clave del ciclo vital y para lograrlo el adolescente se desvincula progresivamente de todo aquello que le une a su niñez como son, por ejemplo, sus padres.

Otro aspecto común entre los y las adolescentes es la búsqueda de la aceptación y el respeto de los iguales, ya que actúa como facilitador de la comentada desvinculación con sus padres (Rodrigo et. al, 2004). Asimismo, durante la adolescencia también se produce una expansión de las redes extra familiares de modo que el adolescente se expone a un amplio abanico de nuevas situaciones sociales (fiestas, bares, centros comerciales, etc.), donde se relaciona con personas desconocidas o no allegadas. Aparece una intensificación de las relaciones con compañeros del mismo sexo y del inicio de las relaciones románticas con el otro sexo en el caso de las parejas heterosexuales (Inglés, 2007). En esta misma línea, para Erikson el amor adolescente es: “una tentativa para llegar a definir la propia identidad proyectando sobre otro la propia imagen difusa acerca de sí mismo y para verla así reflejada y gradualmente clarificada” (1980, p.113).

Todos estos cambios físicos y emocionales, la búsqueda de una identidad diferenciada y el establecimiento de relaciones íntimas entre pares van a articular la cultura de género en la que los jóvenes son socializados.

Por otro lado, también van a ser muy importantes en este ciclo vital los estereotipos, ya que presentan ideales y referentes de comparación en la construcción de la identidad. Afectan a la subjetividad y, a través de las expectativas y actitudes que generan, sustentan sistemas de regulación social (Bonilla y Martínez Benlloch, 2000). De esta forma, los y las adolescentes están “obligados/as” a identificarse con problemas tradicionalmente asociados al estereotipo femenino o masculino como es la pasividad, la dependencia y la sumisión en el caso de las mujeres; y el dominio y la fuerza en el caso de los hombres (Díaz-Aguado y Martínez, 2001). Basta con entrar a una juguetería para percatarse de que esto sigue siendo así: juguetes de violencia, velocidad o estrategia para los niños y juguetes de cuidado y relacionados con las tareas del hogar para las niñas. Así, esta representación sexista del mundo puede actuar como una profecía que se cumple automáticamente, al transmitir a los niños y niñas desde que son muy pequeñas qué cualidades, valores y problemas deben experimentar y cuáles no les corresponden (Díaz-Aguado y Martínez, 2011).

Por todo ello, la educación en valores y estereotipos tradicionales a través de los diferentes contextos educativos como la familia, colegio o medios de comunicación, se convierte en uno de los pilares fundamentales para la transmisión de la violencia hacia la mujer a manos de su pareja. Al hacerse más visible, la sociedad se percata de la falta de herramientas jurídicas, educativas y preventivas y de la necesidad del desarrollo de todas ellas, lo que por fin provoca que se identifique como un problema social (Martínez Verdú, 2007) y no como un asunto meramente privado.

Este tipo de violencia hacia la mujer, que nos ocupa en este trabajo, fue definida por la Organización de Naciones Unidas en la IV Conferencia Mundial (1995) como:

Todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado, posible o real, un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada.

A su vez, establecieron explícitamente que la violencia contra la mujer “es agravada por presiones sociales como la vergüenza a denunciar”, “la falta de leyes que prohíban la violencia contra la mujer o el hecho de que no se reformen las leyes vigentes” -como es el caso actual en España, ya que desde 2004 no ha habido una reforma en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, que mejore el abordaje de esta problemática-; o” la falta de medios educativos y de otro tipo para combatir las causas y consecuencias de la violencia”, aspecto que se desarrolla en el presente trabajo desde el enfoque del Trabajo Social.

Volviendo la mirada a la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, ésta define la violencia de género en su artículo 1.1. como:

Aquella que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia.

Especificando también que “comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad”.

No es de extrañar por tanto el alto interés social que despierta este problema y que ha provocado el impulso de diferentes corrientes feministas que abogan por luchar directamente contra los valores del sistema patriarcal, con el objetivo de desmontar la raíz que ocasiona las desigualdades y violencia hacia las mujeres.

2.1 Factores de Riesgo

Una vez contextualizado el ciclo vital adolescente y la construcción de la identidad de género, se pretende abordar los factores que facilitan la existencia de violencia en una pareja hacia la mujer y que son conocidos como factores de riesgo. Esta denominación hace referencia al conjunto de características individuales, familiares, sociales y culturales que interactúan entre sí y que facilitan, refuerzan y mantienen la situación de violencia. A continuación, se presentan dichos factores, especificando algunos de ellos desde diferentes perspectivas: agresor/víctima, adulto/joven, etc.

2.1.1 Factores de riesgo individuales.

- En el caso de los agresores:
 - Asunción de un modelo de masculinidad rígido y estereotipado: a través de la adopción de la lógica social “patriarcal” justifican el mantenimiento de la estructura sumisión-dominación, por la dependencia del “sexo débil” al “sexo fuerte” (Cantera, 2004).
 - Alteraciones psicológicas: baja autoestima, falta de seguridad, dependencia emocional y marcado temor al abandono, celos patológicos, etc., (Sanmartin, Molina y García, 2003).

- Abuso de sustancias tóxicas. En el caso de los adolescentes, principalmente alcohol, tabaco y/o cannabis (Encuesta ESTUDES, 2016-2017).
- Observar y/o sufrir violencia real o ficticia durante la infancia, lo que le lleva a aprender que la violencia es un recurso con el que obtener los fines que uno quiere (Crooks Wolfe y Hughes, 2011).
- En el caso de las mujeres y los factores de riesgo individuales asociadas directamente con ellas podemos encontrar la visión excesivamente romántica de las relaciones amorosas, que puede contribuir al mantenimiento de una relación violenta ya que se tiene la creencia de que el amor lo puede todo y eso desencadena en pensar que son capaces de hacer frente a cualquier adversidad e incluso, ayudar a que su agresor cambie. Aquí juega un papel muy importante los estereotipos femeninos tradicionales, comentados anteriormente, que influyen en las adolescentes a través de medios culturales, como son las películas, canciones o libros. Este es el caso de “Crepúsculo” de Stephenie Meyer (2005, prefacio) donde la mujer está dispuesta a hacer cualquier cosa por amor, incluso morir:

Nunca me había detenido a pensar en cómo iba a morir, aunque me habían sobrado los motivos en los últimos meses, pero no hubiera imaginado algo parecido a esta situación incluso de haberlo intentado (...). Seguramente, morir en lugar de otra persona, alguien a quien se ama, era una buena forma de acabar. Incluso noble.

La película “Tres metros sobre el cielo” (2010), en la que la joven se enamora del chico mayor que ella, violento y agresivo y, a priori, capaz de protegerla. Algunos de sus diálogos son:

“El día que te llamen a declarar, esta chica buena dirá que yo no hice nada, ¿sabes por qué? Porque ese día estarás tan loca por mí que harás lo que sea con tal de salvarme”.

“Ay Babi, Babi, Babi soy un cerdo, un animal, un bestia, un violento... pero te dejarías besar por mí”.

En esta misma línea, existe una gran cantidad de canciones que tratan el amor unido al sufrimiento y/o al sacrificio de una misma por el hombre al que se ama, o canciones donde el mensaje principal es que la persona no puede vivir sin pareja porque si no siempre sería infeliz. Una vez más, ideas relacionadas con el amor romántico que influyen negativamente en las jóvenes a la hora de favorecer su sometimiento y que, indudablemente, se encuentran interrelacionadas con los factores de riesgo culturales que se expondrán a continuación.

Algunos ejemplos ilustrativos:

“... Porque un amor que es verdadero no se echa a la suerte, prefiero vivir de mentiras, que morir sin verte. ¡No moriré sin verte! Apuesto mi vida entera a que por mí, tú vuelves... Y si no vuelves no me arrepiento ni un segundo de darte mi vida, serás primer y último amor, no importan las heridas”.

(“Vuelves” de Sweet California, 2016).

“... Pero si no te tengo aquí, no sé vivir... Quédate conmigo, no te vayas, perdóname (...) Si no supe amarte amor, no era mío el corazón... Quédate conmigo, si no estás no sale el sol”.

(“Quédate conmigo” de Pastora Soler, canción representativa de España en el Certamen de Eurovisión 2012).

2.1.2 Factores de riesgo familiares.

Aunque los factores individuales son de gran relevancia, los y las jóvenes están forjando su identidad y su manera de comportarse en el mundo a través también de lo que sus figuras de referencia en la familia les transmiten; por ello, ciertos elementos estructurales de la unidad familiar y patrones de interacción que se producen entre sus miembros a veces ocasionan conflictos de convivencia que podrían degenerar en violencia, dependiendo de la capacidad del individuo para resolver estos conflictos y de su estilo cognitivo. Algunos de estos factores son: rigidez de la estructura familiar y fuerte adhesión a los estereotipos de género (De Miguel, 2003), modo de distribución de las responsabilidades familiares -siendo las mujeres las que asumen mayor carga de trabajo doméstico, concretamente 17,5h semanales más que el hombre (Conde-Ruiz y Marra de Artíñano, 2016)-, escaso nivel de autonomía de los individuos (Sanmartin et. al, 2003) o expectativas acerca de lo que se espera de una pareja (De Miguel, 2003), entre otros.

2.1.3 Factores de riesgo sociales.

Entre los factores de riesgo sociales, podemos identificar:

- Dependencia económica del agresor: como por ejemplo, cuando la mujer deja de trabajar o nunca llega a incorporarse al mercado laboral porque ha de encargarse de cuidar de sus hijos/as o de las tareas del hogar. En estos casos, va a depender económicamente de su pareja, lo que le va a frenar a dar pasos encaminados a dejar la relación.
- Carencia de apoyo familiar y social: el agresor contribuye al aislamiento social de la víctima restringiendo sus relaciones, actividades, salidas de casa, etc..
- Escaso apoyo institucional: respuesta policial y judicial inadecuada y/o insuficiente (en ocasiones, debido a la falta de formación especializada para abordar estos casos). Por ello, no se atreven ni a abandonar la relación ni a denunciar al agresor (Sanmartin et. al, 2003).

Dentro de estos factores, los y las trabajadoras sociales desempeñarán un papel clave para prevenirlos o detectarlos e intervenir sobre ellos.

2.1.4 Factores de riesgo culturales.

Entre los que se encuentran:

- Cultura patriarcal: se fomenta la subordinación de las mujeres a los hombres como objetos de su propiedad, en la que las mujeres deben cierta sumisión a sus parejas, llamándolo erróneamente “respeto”.

Algunos mecanismos “eficaces” para la transmisión de esta cultura patriarcal entre los y las adolescentes son las canciones, series de televisión, películas, libros... como comentaba anteriormente, ya que llegan directamente a la conciencia de los jóvenes y éstos/as las retienen con facilidad por ser pegadizas, estar de moda o representadas por sus ídolos. Esto podemos apreciarlo fácilmente en una de las canciones más sonadas durante el verano de 2017, interpretada por Luis Fonsi: “Despacito”:

“... Quiero ver bailar tu pelo, quiero ser tu ritmo, que le enseñes a mi boca tus lugares favoritos. Déjame sobrepasar tus zonas de peligro, hasta provocar tus gritos y que olvides tu apellido.

Si te pido un beso ven dámelo, yo sé que estás pensándolo, llevo tiempo intentándolo, mami esto es dando y dándolo.

Sabes que tu corazón conmigo te hace bom, bom, sabes que esa beba está buscando de mi bom, bom. Ven prueba de mi boca para ver cómo te sabe. Quiero, quiero, quiero ver cuánto amor a ti te cabe, yo no tengo prisa, yo me quiero dar el viaje, empecemos lento, después salvaje (...).”

Atendiendo a este ejemplo, es fácilmente identificable cómo el varón expresa sus deseos sexuales (“Quiero ver cuánto amor a ti te cabe”) y, en ocasiones, los impone (“Si te pido un beso, ven dámelo”). Sin embargo, los deseos de las mujeres parecieran no tener la misma relevancia. Parte de la sociedad podría decir que “tan solo es una canción”, pero lo cierto es que es mucho más; es la transmisión de la idea de que los hombres desempeñan (o deben hacerlo) una posición social superior a las mujeres y además, vinculada directamente con la idea de “éxito” que la juventud tiene: dinero, millones de seguidores en las redes sociales y atractivo físico.

- Estereotipos rígidos de masculinidad y feminidad: estos estereotipos generan una presión social nacida de la necesidad de ajustarse a ellos, por lo que cualquier desviación de la norma es sancionada y debe ser corregida. De este modo, los hombres han sido socializados en la competitividad y la fuerza para la resolución de conflictos y las mujeres han sido educadas para el cuidado de los demás y en la creencia de que deben ser dóciles y pacientes, contribuyendo así a la armonía familiar (De Miguel, 2003).

Para hacer frente a este tipo de factores es imprescindible apostar por la investigación, desarrollo, implementación y evaluación de programas de sensibilización y educación, adaptados a menores, jóvenes o adultos, según el perfil participante.

2.1.5 Factores de riesgo específicos de la adolescencia.

Además de estos factores, en el caso del colectivo diana adolescente también influyen de forma más concreta:

- La experiencia o exposición previa a la violencia. Así, diversas investigaciones han encontrado mayores tasas de violencia en las relaciones de noviazgo entre los jóvenes que han estado expuestos a la violencia doméstica entre sus padres o que han sufrido maltrato infantil (Crooks et al., 2011).
- La tolerancia al uso de la violencia (Crooks et al., 2011).

- La influencia de los iguales: tener amigos que han sufrido violencia de pareja o que la ejercen proporciona justificación (Arriaga y Foshee, 2004). Los adolescentes que muestran tendencia a agredir a sus iguales también presentan mayor probabilidad de perpetrar violencia de pareja (Price y Byers, 1999).
- La implicación en otras conductas de riesgo como la iniciación sexual temprana y el no uso de preservativos (Howard y Wang, 2003).
- El mal uso de las nuevas tecnologías: cada vez más, el fácil y rápido acceso a redes sociales y aplicaciones de mensajería instantánea, especialmente desde los dispositivos móviles, suponen un nuevo mecanismo de control en las parejas. La foto de perfil, la hora de la última conexión o las conversaciones con otras chicas o chicos son, a menudo, facilitadores de discusiones entre los jóvenes.

2.2 Factores de Protección

Pero, a pesar de ser muchos los factores que se consideran de riesgo, también hay otras variables o factores de protección, que favorecen la creación y establecimiento de relaciones sociales, emocionales y conductualmente sanas. Dichos factores, si son potenciados y promovidos, pueden ayudar a evitar relaciones de abuso y/o dependencia en una pareja.

Tras la revisión de la literatura, se han identificado fundamentalmente dos factores de protección claves:

1. El apoyo social y familiar que ayuda a mitigar los efectos dañinos del maltrato a la mujer. Las personas que apoyan a la mujer maltratada pueden proporcionarle acceso a oportunidades a través del apoyo emocional y de la información, que pueden protegerle de la violencia y de las amenazas de sus agresores (Bybee y Sullivan, 2002). También ayuda a disminuir los síntomas de estrés postraumático, ansiedad, depresión y baja autoestima (Amor, Echeburúa, de Corral, Zubizarreta y Sarasúa, 2002).
2. La educación en igualdad de género y formas de comportamiento no violento desde la más temprana escolarización. De esta educación se encargan, entre otros, la familia, los centros escolares, los medios de comunicación y el Estado, a través del desarrollo, financiación, ejecución y evaluación de programas y actividades orientadas a difundir dicha educación. El objetivo principal sería fomentar una educación igualitaria y no sexista entre los niños y niñas desde que son muy pequeños a través de la promoción de valores prosociales -como el respeto, el amor, la tolerancia, el perdón, la responsabilidad, la empatía, etc.- y de la enseñanza de habilidades de comunicación y solución de problemas (Echeburúa, González-Ortega y de Corral, 2008). Dicha educación es propuesta, como ya se ha comentado, por la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género así como por la Ley más reciente en materia de Educación, la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE), donde se han modificado algunos artículos de la anterior Ley de Educación de 2006, quedando los referidos al ámbito de la igualdad y la escuela de la siguiente manera:
 - Se debe garantizar la igualdad de oportunidades para el pleno desarrollo de la personalidad a través de la educación y la inclusión educativa, ayudando a superar cual-

quier discriminación, así como mediante la accesibilidad universal a la educación, que actúe como elemento compensador de las desigualdades personales, culturales, económicas y sociales, con especial atención a las que se deriven de cualquier tipo de discapacidad.

- La educación para la prevención de conflictos y la resolución pacífica de los mismos, así como para la no violencia en todos los ámbitos de la vida personal, familiar y social, y en especial en el del acoso escolar.
- Se debe garantizar el desarrollo, en la escuela, de los valores que fomenten la igualdad efectiva entre hombres y mujeres, así como la prevención de la violencia de género.

Son concretamente estas propuestas de educación en igualdad de género las que se quieren visibilizar y promover a través de este artículo.

3. Programas de Prevención a través de la Educación en Igualdad de Género en la educación formal

Como se hacía referencia en el apartado anterior, la educación en igualdad de género desde los centros escolares supone un pilar básico para la prevención de la violencia en la pareja desde edades tempranas. Por ello, a continuación se presentan algunos ejemplos de programas de prevención llevados ya a cabo en institutos y colegios con adolescentes.

Según Echeburúa, González-Ortega y de Corral (2008), los programas de prevención de la violencia en la pareja se centran en ampliar los conocimientos sobre la violencia durante el noviazgo, en modificar las actitudes que sustentan la violencia en las relaciones de pareja y en la reducción de mitos y falsas creencias en torno a los estereotipos de género. A través de estos programas, los adolescentes consiguen una mayor capacidad para detectar comportamientos violentos y una actitud más favorable para buscar ayuda en los casos necesarios. Además, les ayuda a mejorar sus habilidades de comunicación y resolución de conflictos. Un ejemplo de este tipo de programas ha sido el llamado “Cuarta R” o *Fourth R* (Crooks et al., 2011) cuyo objetivo prioritario es la prevención de la violencia contra la pareja y la prevención de conductas de riesgo relacionadas con dicha violencia: consumo de sustancias y comportamientos sexuales sin precauciones. Está diseñado para incluir en la intervención tanto a los estudiantes como al profesorado, padres, madres y/o tutores, y a la comunidad en general. Se trata de un programa formado por 21 temas relativos a las habilidades que tratan de promover las relaciones saludables. Además, son los propios profesores los que imparten el programa, por lo que tienen que recibir necesariamente formación especializada para ello previamente.

El argumento central es que las habilidades sociales pueden ser enseñadas y aprendidas de la misma manera que las otras “tres R” (en versión inglesa corresponden a: lectura, escritura y aritmética) por lo que también deberían establecerse como parte fundamental del temario. La “Cuarta R” se compone de tres unidades centradas en la violencia, el consumo de sustancias y el comportamiento sexual saludable. Dichas unidades tratan los tres tipos de conductas de riesgo que los adolescentes pueden experimentar y que determinan sus relaciones de pareja.

En la siguiente tabla puede observarse de una manera gráfica los temas que se tratarían en este programa y ejemplos de las actividades que se llevarían a cabo para desarrollarlo.

Tabla 1: Contenido y ejemplos del programa de prevención “La Cuarta R”.

Unidad 1. Seguridad personal y prevención de lesiones.		
Sesión	Contenido	Ejemplos
1	Relaciones saludables.	Mito/realidad de las relaciones durante la adolescencia.
2	Barreras para las relaciones saludables.	Habilidades de escucha activa.
3	Potenciadores de la violencia.	Efectos grupales sobre la violencia.
4	Conflicto y resolución de conflictos.	Habilidades de comunicación.
5	Violencia en los medios.	Videos con ejemplos.
6	Habilidades de resolución de conflictos.	Derechos y responsabilidades cuando acaba una relación.
7	Actuaciones en la escuela y la comunidad.	
Unidad 2. Crecimiento y sexualidad saludable.		
Sesión	Contenido	Ejemplos
1	Sexualidad saludable.	Clarificación de mitos.
2	Sexualidad en los medios.	Presión para tener relaciones sexuales.
3	Sexualidad responsable.	Relaciones saludables.
4	Prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.	
5	Asertividad para el manejo de la presión en las relaciones	Negociación, saber decir no.
6	Sexualidad: responsabilidades y consecuencias.	Abuso sexual.
7	Toma de decisiones en la sexualidad y recursos comunitarios.	Búsqueda de recursos comunitarios.
Unidad 3. Uso y abuso de sustancias.		
Sesión	Contenido	Ejemplos
1	Mitos/realidades y definiciones	Dinámica para evaluar los valores y las opiniones de los adolescentes.
2	Efectos del uso y abuso de sustancias	Debate: sobre los efectos físicos y psicológicos.
3	Toma de decisiones sobre fumar.	Debate: ¿Por qué fuman los jóvenes?
4	Factores que influyen en la decisión de consumir sustancias.	Debate: sobre las influencias de los medios, los iguales y la cultura.
5	Adquisición de habilidades de rechazo ante la presión para el consumo de drogas.	Negociación, saber decir no.
6	Prácticas habilidades y recursos comunitarios.	Ejercicios de role-playing.
7	Afrontar y reconocer las relaciones entre consumo de drogas, sexo y violencia.	

Fuente: Crooks et al. (2011).

Otra autora que defiende fuertemente la prevención de la violencia y la educación en igualdad de género es Díaz-Aguado. A través de su libro “Prevenir la violencia contra las mujeres: construyendo la Igualdad” (2002), presenta un programa de prevención para desarrollar en la educación secundaria obligatoria a través del trabajo cooperativo de los estudiantes en equipos heterogéneos, en los que se mezcle al máximo la diversidad que exista en cada clase en cuanto al género, rendimiento, nivel de abstracción, nivel de integración y actitudes hacia la violencia; este último aspecto medido a través de dos instrumentos de evaluación, uno sociométrico y un cuestionario estructurado. Propone como actividades a desarrollar por los jóvenes la discusión en pequeños grupos, visionado de recursos audiovisuales como documentales o películas, debate en grupo grande y desarrollo de campañas preventivas e investigación cooperativa, entre otras. El programa se estructura en un mínimo de 16 sesiones, de 50 minutos de duración cada una.

Por otro lado, cabe destacar el Programa de Prevención de la Violencia de Género en los Adolescentes que desarrolló Hernando (2007) junto a la colaboración de los profesionales del centro educativo implicado, situado en un barrio del extrarradio de la ciudad de Huelva, con un total de 28 alumnos con edades comprendidas entre los 16 y 18 años, siendo un proyecto piloto.

Entre los objetivos principales del programa se encontraban: analizar la violencia que se produce en parejas adolescentes, eliminar mitos e ideas erróneas respecto al fenómeno, favorecer el desarrollo de habilidades transversales como la resolución de conflictos y capacitarles para la detección y reconocimiento del maltrato en cualquiera de sus formas.

El programa, que se desarrolla a lo largo de 14 sesiones, estaba dividido en tres fases:

- En la primera fase se trabajó con los y las adolescentes la detección de ideas previas acerca de la violencia de género (mitos y conocimientos erróneos). Todos los alumnos y alumnas participantes contestaron un “cuestionario de ideas previas” que medía y testeaba estas falsas creencias o ideas sobre la temática.
- En la segunda fase se realizó la intervención preventiva y educativa a través de actividades como: discusiones en pequeños grupos o en gran grupo, debates guiados y visionado de películas (en este caso, “Te doy mis ojos”, dirigida por Icíar Bollaín en 2003).
- Por último, en la tercera fase el alumnado volvió a responder el “cuestionario de ideas previas” que contestaron en la primera fase, utilizando así el método de evaluación pretest-postest. El programa finalizaba con un debate final colectivo y una evaluación sobre el programa completo experimentado.

Esto son sólo algunos ejemplos de buenas prácticas en materia de educación en habilidades sociales para promover relaciones saludables en la adolescencia, en el contexto de la educación formal, pero sin duda ya se han puesto en práctica muchas más, lo que permite a los profesionales de la intervención social continuar perfilando sus propuestas en base a la evaluación del impacto que ya han tenido las iniciativas implementadas.

3.1. Propuestas para ir un paso más allá: educación no formal

Aún con todo este tipo de metodologías educativas, la educación en prevención de la violencia de género y en igualdad de oportunidades necesita ir un paso más allá del desarrollo

de habilidades personales y sociales para hacer frente a los conflictos y los problemas sociales en general; así como superar también la desmitificación de mitos como el amor romántico, educar en el ciclo de la violencia o concienciar sobre los diferentes tipos que existen.

Se vuelve necesario poner sobre la mesa referentes positivos femeninos con los que las niñas y adolescentes mujeres puedan identificarse, como activistas y defensoras de los derechos humanos, científicas o deportistas; o cualquier profesión que cada una quiera desempeñar desde su vocación, sin necesariamente tener que identificarse con el concepto tradicional de “éxito” -comentado anteriormente-; así como salir de la esfera estrictamente formal de la educación, que son las aulas, y permitir una educación más libre, informal, en espacios donde el movimiento y la expresión corporal y lingüística permitan fluir las ideas preconcebidas, dudas y expectativas de cada joven.

Un ejemplo de ello, y que ha tenido un impacto positivo en su comunidad, ha sido el proyecto implementado por Fundación Mujeres (2015), llamado “Educando por la Igualdad: sumando esfuerzos para prevenir la Violencia de Género”. Logró alcanzar con su intervención socioeducativa a un total de 345 personas en la provincia de Badajoz durante 2015, entre alumnado, profesorado y juventud en general.

Este proyecto se articuló a través de la intervención socioeducativa en las aulas, integrando el enfoque de género dentro del currículo habitual del alumnado, y trabajando a lo largo de tres bloques principales:

- Origen de las desigualdades e importancia de los movimientos feministas.
- Tipos de violencia.
- Identificación y prevención de la violencia de género entre adolescentes.

A su vez, las profesionales de la Fundación impulsaron talleres de educación no formal en espacios abiertos y facilitadores de una mayor creatividad y libertad de expresión, para poner en práctica lecturas dramatizadas y teatro foro, en los que los y las jóvenes leyesen y representasen diferentes papeles, y tomaran parte en primera persona del desarrollo de cada historia planteada.

Este tipo de metodologías forman parte de lo que se conoce como Teatro del Oprimido, impulsado por primera vez por el dramaturgo y pedagogo teatral Augusto Boal en la década de los años 60 (Barahúna y Motos, 2009).

La riqueza de este tipo de metodologías es permitir a los y las participantes jugar diferentes roles, interiorizar sus problemas y poner en juego distintas formas de hacerle frente.

Con respecto al teatro foro, técnica que fue utilizada en el proyecto expuesto, la parte más enriquecedora se produce cuando llega el final de la representación y son los propios espectadores y espectadoras quiénes, a través de su participación, proponen nuevas actitudes para sus protagonistas, con el fin de que puedan enfrentarse a sus problemas de maneras diferentes. Así, combinando el pensamiento crítico en torno a la desigualdad y la violencia de género, junto con la improvisación, los y las jóvenes que participaron pudieron dar voz al proceso de construcción de la violencia, romper con la impasibilidad de los espectadores -como si se tratase de una noticia más en el telediario- y tomar una postura específica con respecto a este problema social (Cenizo, Del Moral y Varo, 2001).

Sin duda, una manera útil y eficaz de interiorizar y aplicar conceptos, actitudes, roles y habilidades, porque ya no sólo tienen que creerse lo que una profesora o un educador les intenta enseñar en una clase; ahora son ellos y ellas mismas, los y las adolescentes, quiénes lo vivencian en primera persona durante su propio proceso educativo.

4. El trabajo social en la educación en igualdad de género

Una vez expuestos el ciclo evolutivo de un adolescente, la formación de su identidad de género, los factores de protección y de riesgo a los que se enfrentan cada día y diversas propuestas en el plano de la educación formal y no formal, ¿dónde situamos al Trabajo Social? ¿Tiene sentido que esté presente en este problema social? No cabe duda de que, si estamos ante un problema social, los y las trabajadoras sociales estarán presentes para intervenir.

Dependiendo de la fase en la que el o la profesional de Trabajo Social tome voz, sus posibilidades de generar y facilitar el cambio serán unas u otras. En el plano de la educación, y concretamente de la formal, el Trabajo Social podrá generar dinámicas prosociales desde la coordinación entre los dispositivos de Servicios Sociales y el propio centro educativo, así como la mediación entre ambos.

Si el equipo de orientación escolar es amplio y multidisciplinar, los y las trabajadoras sociales podrán trabajar desde dentro del sistema educativo formal, lo que permitiría encargarse, entre otros aspectos, de la detección precoz de posibles casos de violencia machista en parejas adolescentes, diseño e implementación de formación especializada para el profesorado, elaboración de los propios programas educativos en prevención y detección de la violencia entre los jóvenes, así como la evaluación y seguimiento de los programas.

De cara a la intervención directa con las familias, serán figuras clave para transmitir información, detección, asesoramiento y orientación; así como la derivación a recursos más específicos e independientes del centro educativo si fuese necesario.

Por último, a nivel individual, y apoyándose en el trabajo coordinado con el resto del equipo de orientación, desempeñará el trabajo con la/el joven centrado en la creación o fortalecimiento de la relación de pares, búsqueda y descubrimiento de vocaciones o hobbies, así como la potenciación de sus habilidades personales y sociales, en el caso en que fuese necesario.

Con respecto a la educación no formal, se planteaba el ejemplo de un proyecto impulsado por una Fundación ajena al centro escolar. En estos casos, se entiende que la entidad colaboradora participará en base a su especialización en perspectiva de género y prevención de la violencia, por lo que el papel de los y las trabajadoras sociales del centro educativo versará en una completa y natural coordinación con todos/as ellos/as en cuanto a la transmisión del perfil de los jóvenes y del entorno en el que viven, trabajo conjunto de contenidos a plantear y ayuda mutua para el correcto desarrollo de cada intervención dentro y/o fuera del aula.

A su vez, los y las trabajadoras sociales podrán también situarse dentro de estas entidades colaboradoras, impulsando metodologías creativas y proyectos socioeducativos innovadores desde sus propias entidades.

Por todo ello, se considera fundamental el papel y rol desde el Trabajo Social, tanto desde fuera del sistema educativo (ONG's, Servicios Sociales, consultoría...) como desde dentro del mismo (como parte del equipo de orientación del colegio o instituto).

5. Conclusiones

Con el ánimo de recapitular todo lo planteado en este trabajo, resaltar que los programas educativos basados en la igualdad de género y en la prevención de la violencia en las parejas son ya una realidad en muchos centros educativos, como se ha podido comprobar a través de los anteriores apartados.

No obstante, en materia de educación y, específicamente en introducción e implementación del enfoque de género, queda un largo camino por recorrer. Los y las trabajadoras sociales tienen un papel fundamental en este aspecto, ya que serán agentes de cambio que faciliten la ruptura con los estereotipos de género tradicionales y promuevan iniciativas socioeducativas que lleguen a los más jóvenes, para ayudarles a crecer en el convencimiento de la igualdad de género y la no violencia.

A nivel estructural, el trabajo directo con cada centro educativo, las familias y organizaciones de la comunidad permitirá sentar unas bases coherentes para la transmisión a la población adolescente de los valores buscados como igualdad, tolerancia, asunción de derechos y obligaciones, así como habilidades para la comunicación, resolución de conflictos o empatía, entre otros.

Para todo ello, es imprescindible continuar investigando las dinámicas y patrones de relación entre los y las adolescentes y apostando por la creación de nuevos materiales pedagógicos que conecten con sus intereses, con el fin de lograr un mayor impacto de las actuaciones realizadas.

6. Referencias bibliográficas

- Amor, P., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasúa, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(2), 227-246.
- Arriaga, X. B. y Foshee, V. A. (2004). Adolescent dating violence: Do adolescent follow in their friends', or their parents' footsteps?. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 162-184.
- Barahúna, T. y Motos, T. (2009). La práctica del teatro forum de Augusto Boal. El caso de "Marias do Brasil". *Revista Creatividad y Sociedad* (14). Recuperado de: [http://www.creatividadysociedad.com/articulos/14/5-la_practica_del_teatro%20Tania%20\(rebueno\).pdf](http://www.creatividadysociedad.com/articulos/14/5-la_practica_del_teatro%20Tania%20(rebueno).pdf)
- Boletín Oficial del Estado. (2004). *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*. Recuperado de: <http://www.boe.es/>
- Boletín Oficial del Estado. (2013). *Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa*. Recuperado de <http://www.boe.es/>

- Bonilla, A. y Martínez Benlloch, I. (2000). Identidades, transformación de modelos sociales y su incidencia en el ámbito educativo. En J. Fernández (coord.). *Intervención en los ámbitos de la sexología y de la generología*. (135-175). Madrid: Pirámide.
- Bybee, D. I. y Sullivan, C. (2002). The process through which an advocacy intervention resulted in positive change for battered women over time. *American Journal of Community Psychology*, 30(1), 103-132.
- Cantera, L.M. (2004). *Más allá del género: nuevos enfoques de “nuevas” dimensiones y direcciones de la violencia en pareja*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Cenizo, M., del Moral, G. y Varo, R. (2011). El teatro como medio de sensibilización contra la violencia de género en la adolescencia. *Stichomythia* (11-12), 255-267.
- Coleman, J. C. y Hendry, L. B. (2003): *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Ediciones Morata.
- Conde-Ruiz, J. I. y Marra de Artimaño, I. (2016). Gender Gaps in the Spanish Labor Market. *Estudios sobre la Economía Española*, 32. Recuperado de: <http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2016-32.pdf>
- Crooks, C.V., Wolfe, D.A. y Hughes, R. (2011). La Cuarta R: Un Programa Escolar de Prevención de la Violencia en las Relaciones de Pareja en la Adolescencia. *Psychosocial Intervention*, 20(2), 193-200.
- De Miguel, A. (2003). El movimiento feminista y la construcción de marcos de interpretación: El caso de la violencia contra las mujeres. *Revista Internacional de Sociología (RIS) Tercera Época*, 35, 127-150.
- Díaz-Aguado, M. J. y Martínez Arias, R. (2001). *La construcción de la igualdad y la prevención de la violencia contra la mujer desde la educación secundaria*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Díaz-Aguado, M. J. (2002). *Prevenir la violencia contra las mujeres construyendo la igualdad. Programa para Educación Secundaria*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Díaz-Aguado, M.J. y Carvajal, I. (2011). *Igualdad y prevención de la violencia de género en la adolescencia*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid y Ministerio de Igualdad.
- Echeburúa, E., González-Ortega, I. y de Corral, P. (2008). Variables significativas en las relaciones violentas en parejas jóvenes: una revisión. *Psicología Conductual*, 16(2), 207-225.
- Erikson, E.H. (1980). *Identidad: Juventud y crisis*. Taurus Humanidades: Madrid.
- Fundación Mujeres (2015): “Educando por la Igualdad: sumando esfuerzos para prevenir la violencia de género”. Recuperado de: http://www.fundacionmujeres.es/proyectos/view/educando_por_la_igualdad_sumando_esfuerzos_para_prevenir_la_violencia_de_genero.html
- Hernando, A. (2007). La prevención de la violencia de género en adolescentes. Una experiencia en el ámbito educativo. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología*, 25(3), 325-340.
- Howard, D.E. y Wang, M.Q. (2003). Risk profiles of adolescent girls who were victims of dating violence. *Adolescence*, 38(149), 1-14.

- Inglés, C.J. (2007). *Enseñanza de habilidades interpersonales en la adolescencia*. Programa PEHIA. Madrid: Pirámide.
- Inglés, C., Martínez González, A.E., Oblitas, L.A y Piqueras, J.A. (2010). Papel de la conducta prosocial y de las relaciones sociales en el bienestar psíquico y físico del adolescente. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)*, 28(1), 74-84.
- Instituto Nacional de Estadística (2017). Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género: notas de prensa. Recuperado de: http://www.ine.es/prensa/evdvg_2017.pdf
- Izco, E. (2012). *Los adolescentes en la planificación de medios. Segmentación y conocimiento del target*. Madrid: INJUVE.
- Luis Fonsi y Daddy Yankee. (2017). Despacito. En Daddy K - The Mix 11 [CD]. Puerto Rico: Universal Music Latin Entertainment.
- Martínez Verdú, R. (2007). La violencia de género: un problema social. *Revista d'Estudis de la Violència*, 2, 1-19.
- Meyer, S. (2005). *Crepúsculo*. Estados Unidos: Alfaguara.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Observatorio Español sobre Drogas. (2016-2017). *ESTUDES: Encuesta Estatal Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias 2016-2017*. Recuperado de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2016_Presentacion.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. (2015). *Macroencuesta de Violencia de Género 2015 – Avance de Resultados*. Recuperado de: <http://www.observatorioviolencia.org/>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. (2015). *Prevención de la violencia de género en la adolescencia y la juventud (20)*. Recuperado de: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Libro20_Percepcion_Social_VG_.pdf
- Organización de Naciones Unidas (1995). Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Recuperado de <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
- Pastora Soler (2012). *Quédate conmigo*. En Una mujer como yo [CD]. Spain: Polygram.
- Price, E.L. y Byers, S.E. (1999). The attitudes towards dating violence scales: development and initial validation. *Journal of Family Violence*, 14, 351-375.
- Ramos, F., Gamero, M., Écija, D. y Pina, A. (productores) y González, F. (director). (2010). *Tres metros sobre el cielo* [cinta cinematográfica]. España: Zeta Audiovisual, Antena 3 Films y Cangrejo Films.
- Rodrigo, M.J., Máiquez, M.L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A. y Martín, J.C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16(2), 203-210.
- Sanmartín, J., Farnós, T., Capel, J.L. y Molina, A. (2000). *Violencia contra la mujer. Situación actual mundial*. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

Sanmartín, J., Molina, A. y García, Y. (2003). *Informe internacional 2003. Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y legislación*. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

Sweet California. (2016). *Vuelves*. En 3 [CD]. México: Warner Music Spain.

Actitudes sexistas en los jóvenes universitarios: influencia del contexto familiar y de pareja

Laura Ortiz Miralles
Trabajadora Social

Resumen

En los últimos años los estudios de género han centrado su interés en la evolución que han sufrido las tradicionales formas de sexismo. La juventud se señala, en este sentido, como el agente protagonista del cambio; no obstante, los contextos de desarrollo social en los que se desenvuelve apuntan un papel fundamental en cuanto al aprendizaje de comportamientos y actitudes sexistas y en cuanto a la aceptación o no de dichos comportamientos. Este trabajo plantea un análisis exploratorio de las nuevas formas de sexismo en la juventud y su relación con variables del contexto familiar y de pareja. En primer lugar analiza las actitudes sexistas de los y las jóvenes, delimitando perfiles en función del tipo de sexismo detectado; en segundo lugar, analiza la influencia del estilo educativo parental y la calidad de la relación sentimental en la asunción de creencias sexistas.

Palabras clave

Género; Sexismo; Estilos educativos; Pareja; Jóvenes.

Abstract

In recent years, gender studies have focused on the evolution of traditional forms of sexism. Youth is pointed out, in this sense, as the main agent of change; However, the contexts of social development in which it operates have a fundamental role in the learning of sexist behaviors and attitudes and in the acceptance or not of such behaviors. This work proposes an exploratory analysis of the new forms of sexism in youth and its relationship with variables of family and couple context. First, it analyzes the sexist attitudes of young people, defining profiles according to the type of sexism detected; Secondly, it analyzes the influence of the parental educational style and the quality of the sentimental relationship in the assumption of sexist beliefs.

Key words

Gender; Sexism; Parenting styles; Relationship; Youth.

Introducción

Las actitudes, creencias y estereotipos sexistas forman parte de lo que se suele esperar de los individuos en sociedades patriarcales, y así lo suelen poner en evidencia los estudios de género (Caro, 2008; De Lemus y cols., 2008; Eagly y Mladinic, 1994; Ferrer y cols., 2006; Fiske, 2012; Rodríguez y cols., 2010); estudios de género que también evolucionan hacia enfoques y análisis cada vez más concretos y rigurosos. En los últimos años, estos estudios se han focalizado en la evolución que, entre las personas de distintas edades, género y condiciones, tiene lo que se suele llamar el sexismo en la sociedad. Un sexismo que, por otro lado, también está exigiendo que se concrete más en esas actitudes, creencias y estereotipos referidos a la mujer, sus comportamientos, sus capacidades y lo que de ellas se espera.

Es difícil definir qué se entiende por sexismo, dado que se trata de un concepto sujeto a controversia. Diferentes posturas teóricas aportan distintas aproximaciones conceptuales al mismo, sin embargo, existe cierto consenso en la identificación de una característica fundamental: la sutileza e invisibilidad que este constructo ha adoptado para adaptarse a una sociedad que repudia las formas más tradicionales y burdas de inequidad o desprecio hacia la mujer y el empoderamiento del hombre frente a la mujer (Garaigordobil y Aliri, 2011; Glick y Fiske, 1996; Lameiras y Rodríguez, 2002; Lorente, 2009; Moya y Expósito, 2011, entre otros). Este rasgo ha provocado, a su vez, cierta dificultad para la delimitación de la evolución de este fenómeno, la identificación de las nuevas formas que adopta y las repercusiones sociales que tiene, haciendo de ésta una ardua tarea investigadora (Barreto y cols., 2009; Bonino, 2004; Campbell, Schellenberg y Senn, 1997; Ferrero y Berges, 2004; Garaigordobil y Durá, 2005; Gordillo y Gómez, 2011; Jackson, Esses y Burris, 2011; Masser y Abrams, 1999).

Parece que actualmente son muchas las personas que conciben la relación desigual entre hombres y mujeres como una cuestión en vías de superación o ya superada (Bosch y Ferrer, 2012). Esto que podría deberse a la asunción de que ciertas conductas y actitudes contra la mujer ya no son tan frecuentes, no es del todo cierto: si bien ya han sido superados algunos prejuicios y viejos cánones sexistas, otras formas de sexismo han sido sustituidas por manifestaciones más sutiles de discriminación y/o agresión, perdurando aun aquellas formas menos evidentes de sexismo (Lameiras, Rodríguez y Calado, 2006; Moya y Expósito, 2011).

A esto se refiere la teoría del Sexismo Ambivalente (Glick y Fiske, 1996) cuando pone de manifiesto la coexistencia de dos tipos de sexismos complementarios, el *sexismo hostil* y el *sexismo benévolo*, que aluden, respectivamente, a un sexismo con marcada carga negativa –más cercano al sexismo tradicional-, y a un sexismo en un tono menos negativo o con cierta apariencia benevolente pero igualmente estereotipado e injusto que, en su significado más certero, está marcando inequidad cuando no desprecio a lo femenino y, en todo caso, una inequidad moral injusta. Se combinan así creencias que relegan a la mujer a una situación de inferioridad, con la consecuente carga de negatividad y hostilidad hacia los hombres que ostentan este poder, con la idealización de las capacidades y virtudes femeninas para determinados aspectos y roles, enfatizando el papel protector del hombre para el cuidado y bienestar de ellas (Rodríguez, Lameiras, Carrera y Faílde, 2012). En este sentido, delimitar entre lo que sería socialmente aceptado o no resulta complejo, siendo que numerosos comportamientos podrían interpretarse desde diferentes ópticas. Por ejem-

plo, en la terminología feminista, el *paternalismo* es una dimensión controvertida en este sentido: referido a la distribución de poder desigual entre hombres y mujeres, tendría un carácter dominador (las mujeres son más débiles y/o inferiores) bajo la mirada del sexismo hostil. Mirado desde la óptica del sexismo benévolo, sin embargo, adquiriría un carácter protector (las mujeres son cuidadas y protegidas por el hombre) y muchas conductas de las descritas como paternalismo, adquirirían una falsa connotación protectora hacia la mujer, lo que genera divergencias en el debate y en muchos de los estudios sobre sexismo (Cruz, Zempoaltecatl y Correa, 2005; Moya, Expósito y Glick, 1998; Rottenbacher, 2010).

Estos matices son enunciados de forma diversa en los diferentes estudios, encontrando en la literatura términos como “*nuevas formas de sexismo*”, “*sexismo contemporáneo*”, “*sexismo moderno*” o “*neosexismo*” para referirse únicamente a la discriminación por razón de sexo existente aún hoy y que se manifiesta de forma más sutil que tradicionalmente, de acuerdo a un cierto efecto de deseabilidad social (Barreto y cols., 2009; Campbell, Schellenberg y Senn, 1997; Jackson, Esses y Burris, 2001; Lameiras y Rodríguez, 2002; Masser y Abrams, 1999; Moya y Expósito, 2011; Swim y cols. 1995; Rodríguez y cols., 2010; Tougas y cols., 1995). Junto a ellos, referencias a aspectos muy concretos de discriminación hacia la mujer como la *cosificación sexual del cuerpo femenino* (Bartky, 1990 en Calogero y cols., 2010, Fredrickson, y Roberts, 1997), terminan de dibujar el panorama del sexismo actual. Pese a que cada uno de estos constructos añaden matices diferentes, todos se basan en el modelo de racismo moderno de McConahay (1986) desde el que se entiende que, actualmente, no se manifiesta abiertamente cierto tipo de actitudes y creencias hacia las mujeres pese a que se sienta acritud o disconformidad con el papel que éstas han venido reclamando y obteniendo en diferentes ámbitos de la esfera pública (Campbell, Schellenberg y Senn, 1997; Rodríguez y cols., 2010).

No obstante, esta diversidad de términos ha generado cierta controversia en los estudios que tratan de definir qué creencias siguen aún vigentes en la sociedad actual y qué relación existe entre ellas. Glick y Fiske (1996) señalan un fuerte correlación entre las medidas de *viejo sexismo* y *sexismo moderno* con la medida de *neosexismo*, postura que es parcialmente refutada por Rodríguez et al. (2012), quienes señalan que la relación no es tan fuerte sobre todo en relación al *sexismo moderno*. En esta misma línea, se ofrecen resultados contrapuestos en cuanto a la relación de estas escalas con el *sexismo hostil* y el *sexismo benevolente* (Expósito et al., 1998; Glick et al., 2000; Lameiras y Rodríguez, 2002; Rodríguez et al., 2012), existiendo, no obstante, un amplio consenso respecto a la fuerte relación que existe entre estas dos escalas, lo que indica la complementariedad de ambas formas de sexismo (Glick y Fiske, 1996).

Estos resultados se matizan, además, si se considera la edad de la muestra de estudio (Rodríguez et al., 2012). El periodo de la adolescencia, especialmente, supone una etapa de cambios, reestructuración social, y consolidación de la identidad que la sitúan en una posición vulnerable para el desarrollo de actitudes y creencias sexistas y le otorgan unas características propias. Los datos coinciden en señalar altas tasas de sexismo entre adolescentes y jóvenes (Lameiras, Rodríguez y Calado, 2006; Moya y Expósito, 2011), pese a no existir consenso respecto a cómo evolucionan estas creencias y las diferencias que podrían establecerse con respecto a la edad (Díaz, Rosas, González, 2010). Lameiras y Rodríguez (2002) señalan que existen tasas más altas de sexismo benévolo entre los chicos y chicas

más jóvenes, disminuyendo a medida que se avanza en edad, mientras que Moya y cols. (2002) determinaron que a más edad, mayores índices de sexismo tanto benévolo como hostil. Ferrer y Bosch (2011) subrayan, además, el efecto del sexo en estos resultados. Dentro del ámbito de la sexualidad y las relaciones amorosas, el 80% de los jóvenes de entre 14 y 18 años pensaban que las chicas debían complacer a sus novios, asignando, además, cualidades estereotipadas y diferenciadas por sexo, de manera que la ternura y la comprensión resultaban casi exclusiva de las chicas y la agresividad de los chicos (Fundación Mujeres, 2011). En el ámbito laboral, los chicos muestran actitudes más sexistas que las chicas siendo que, además, ambos tienen intereses y metas de trabajo diferenciados: ellas muestran más interés por el trabajo colaborativo en equipo, por ayudar a los demás, o por que sea reconocido el trabajo bien hecho mientras que ellos prefieren más flexibilidad de tiempo para viajes y ocio (Lameiras, Rodríguez y Calado, 2006).

Además del sexo y edad, otras variables contextuales han demostrado tener una amplia incidencia en la adopción, asimilación y aceptación de este tipo de creencias sexistas. El sexismo es un constructo que cristaliza en los diferentes contextos en los que el individuo se desarrolla, y éstos, a su vez, actúan como centro de aprendizaje de aquél. Diferentes elementos desde el microsistema familiar hasta el macrosistema social inciden y contribuyen al desarrollo de una identidad (Bronfenbrenner, 1985) y de una identidad sexual que requiere del posicionamiento del hombre y la mujer en la sociedad, de la asimilación de actitudes y comportamientos asociados a cada uno de ellos y a los roles que desempeñan, y de la consecuente aceptación o no de conductas que implican un desequilibrio de poder entre las partes. El contexto familiar primero, y el contexto de iguales y de pareja después, servirán en numerosas ocasiones como medida reguladora para el desarrollo de las nuevas experiencias adolescentes (Gorrese y Ruggieri, 2012), por lo que las actitudes y creencias aceptadas y valoradas en estos contextos de forma explícita o implícita en el tipo y/o calidad de las relaciones que se desarrollen, incidirían en la construcción de la identidad de estos jóvenes y en su adopción de creencias sexistas.

El contexto de la familia, por su carácter inmediato y específico de socialización del individuo (Díaz-Aguado, 2003), es fundamental en cuanto a agente educador o transmisor de actitudes y creencias sexistas: en el seno de la familia se enseñan e inculcan valores y creencias de gran importancia en la socialización y los valores basados en el género no constituyen una excepción. Sobre la base de la relación existente entre el estilo educativo recibido por el niño o adolescente y el comportamiento o patrón conductual de éste (Oliva y Parra, 2004), algunos estudios han demostrado la conexión intergeneracional del sexismo en la familia, evidenciando la transmisión y conexión del sexismo de los progenitores a los/as hijos/as. Garaigordobil y Aliri (2011a) apuntaban que el sexismo de las madres está fuertemente relacionado con el sexismo de sus hijos y, aún más, con el de sus hijas; mientras que altas tasas de sexismo benevolente y ambivalente en los padres se relaciona con altas tasas de sexismo hostil, benevolente, ambivalente y neosexismo en los hijos, pero no en las hijas. Tenenbaum y Leaper (2002) subrayaron el impacto que tienen los progenitores en la formación de actitudes y conceptos basados en el género de sus hijos/as, resultado que matizaron Raffaello y Octay (2004) señalando que las madres ejercen más socialización de género con las hijas y los padres con los hijos.

Por su parte, el contexto de la pareja, además de resultar un contexto de desarrollo de gran importancia para los chicos y chicas (Alberdi, 2005; Díaz, 2003; Ortega y Sánchez, 2011; Sánchez y cols., 2008; Viejo, Ortega y Sánchez, 2013) resulta en muchas ocasiones escenario de conductas y expresiones sexistas (Ferrer y cols., 2006; González y Santana, 2001). El ideal de pareja se ha entendido a lo largo de la historia bajo diferenciaciones de género que pueden llevar a que chicos y chicas no siempre vivan por igual las experiencias sentimentales ni tengan las mismas expectativas sobre ellas (Caro, 2008). En este sentido, mientras que los chicos esperan que su pareja les quiera, que tenga sus mismas ideas y compartan costumbres, y buscan comprensión y confiar en ella, las chicas quieren que ellos confíen en ellas, y buscan además, ser escuchadas, tenidas en cuenta y respetadas, y entre un 15% y 25% esperan que la pareja les dé felicidad, seguridad, protección y les haga sentirse bien (Meras, 2003). La dinámica de relación que se pone en juego dentro de esta diada supone no solo la negociación de estos intereses, sino que establece la base de la calidad de pareja que se alcance. El control, las diferencias de poder, los celos o la violencia son percibidas en muchas ocasiones como conductas que pueden coexistir con el amor dentro de una relación sentimental, incluso, son percibidas como demostraciones de dicho amor (Fundación Mujeres, 2011); sin embargo, una calidad de pareja positiva -en términos de altas expectativas de futuro, satisfacción, comunicación, etc., y niveles medios/bajos de conflictos, desequilibrios de poder, etc.- se relacionan con mejores índices de ajuste psicológico y menores índices de sexismo y actitudes estereotipadas (Viejo, 2012).

Con todo ello, el presente trabajo se propone estudiar este fenómeno en una muestra de jóvenes universitarios, avanzando en la posible identificación de perfiles sexistas y su relación con determinados elementos del contexto de la familia o de la pareja. Habiendo superado las edades adolescentes de mayor vulnerabilidad a los cambios derivados de la formación de la identidad, e inmersos en una sociedad en la que aún persisten formas de sexismo y estereotipos de género sutiles, este estudio se propone tres objetivos concretos: en primer lugar analizar las actitudes y creencias sexistas en los jóvenes, delimitando qué tipo o tipos de sexismo pueden identificarse y la incidencia que la edad y sexo de los participantes tiene sobre ello; el segundo lugar, identificar los posibles perfiles sexistas que subyacen entre los jóvenes en función de las formas de discriminación que utilizan; por último, y siguiendo los estudios que señalan la influencia que el contexto de la familia y la pareja tiene en la asunción de estas ideas sexistas, este trabajo se propone estudiar la incidencia que el estilo parental educativo recibido y la calidad de las relaciones sentimentales mantenidas tiene sobre los diferentes tipos de sexismos identificados.

Método

Participantes

Fueron entrevistados a través de cuestionarios de autoinforme 284 estudiantes universitarios de la provincia de Granada. Con edades comprendidas entre los 17 y 30 años (edad media: 21.69 años; d.t.= 2.49), la selección de la muestra se realizó por accesibilidad a los centros, siendo que el 73.6% eran chicas y el 26.4% chicos. El 33.1% de los participantes estudiaba Psicopedagogía, el 26.8% Trabajo Social, el 12% Ciencias del Trabajo, el 7.4% Biología, el 9.9% Publicidad y el 10.9% estudiaba Marketing, Periodismo y Ciencias Económicas y Empresariales.

Instrumentos

Se elaboró un cuestionario que los estudiantes completaron durante una sesión de clase, previamente informados del carácter voluntario y anónimo de los datos. El instrumento recogía las siguientes medidas:

Características sociodemográficas: preguntas abiertas para datos como la edad, sexo, con quién o quiénes convivían, tipo de familia (número de hermanos/as, nivel de estudios y profesión del padre y de la madre) y experiencia sentimental (situación sentimental y duración de sus relaciones).

Escala sobre Ideología de Género (Moya, Expósito y Padilla, 2006): esta escala mide la ideología de género, entendida ésta como una dimensión que enfrenta las tendencias igualitarias con las tendencias tradicionales o sexistas (p.e. *Es natural que hombres y mujeres desempeñen diferentes tareas*). Se usó la versión reducida de esta escala compuesta por 12 ítems medidos en escala Likert de 7 puntos ($\alpha = .829$).

Escala de Neosexismo (Tougas y cols., 1995): validada en la población española por Moya y Expósito (2001), esta escala monodimensional ($\alpha = .640$) está compuesta por 11 ítems en escala Likert de 7 puntos que aluden a los tres elementos que componen el neosexismo: la discriminación ya no es un problema (p.e. *La discriminación contra la mujer en el terreno laboral no es un problema grave en España*); las mujeres presionan demasiado (p.e. *Las demandas de las mujeres en términos de igualdad entre los sexos son simplemente exageradas*); y los logros obtenidos por las mujeres en los últimos años son inmerecidos (p.e. *Desde hace unos pocos años las mujeres han conseguido más del gobierno de lo que se merecen*).

Escalas de paternalismo y cosificación: para satisfacer los objetivos de la investigación, se complementaron las medidas anteriores con dos escalas creadas ad-hoc que medían dos aspectos adicionales de las nuevas formas de sexismo: el paternalismo (p.e. *Las mujeres son tan especiales que su pareja debería sacrificar cosas para agradarla*; $\alpha = .856$) y la cosificación del cuerpo de la mujer (p.e. *Los piropos que hacen los hombres a las mujeres por la calle deberían de ser bien recibidos por ellas*; $\alpha = .777$). La primera de ellas estaba formada por 4 ítems, y la segunda por 5 ítems; siguiendo el formato de medida de los instrumentos anteriores, ambas escalas estaban medidas en escala Likert de 7 puntos.

Escala de Micromachismos (Ferrer y cols., 2008): esta escala mide las actitudes hacia la violencia encubierta contra las mujeres en la pareja. Se compone de 24 ítems elaborados a partir de la definición de micromachismos de Bonino (2004), y medidos en escala Likert de 5 puntos. Su estructura interna distingue cuatro dimensiones: micromachismos coercitivos (p.e. *Controlar su dinero o sus gastos*; $\alpha = .898$), encubiertos (p.e. *Poner en duda su fidelidad*; $\alpha = .943$), de crisis (p.e. *Dar lástima “sin ti no sé qué hacer”*, $\alpha = .855$) y utilitarios (p.e. *Desanimarla e impedirle que estudie o trabaje*, $\alpha = .819$).

Calidad de las relaciones sentimentales: se elaboró un instrumento que recogía tres dimensiones de calidad positiva y tres de calidad negativa. El *Network Relationship Inven-*

tory (Furman y Wehner, 1994), compuesto por 15 ítems medidos en escala Likert de 5 puntos, medía la compañía e intimidad (p.e. *Salgo y hago cosas divertidas con mi pareja*; $\langle = .604$), la comunicación (p.e. *Le cuento todo a mi pareja*; $\langle = .728$), el conflicto (p.e. *Mi pareja y yo discutimos frecuentemente*; $\langle = .890$) y las expectativas de futuro (p.e. *Estoy seguro/a de que esta relación continuará a pesar de todo*; $\langle = .908$) de la relación. Se añadió a esta medida los 4 ítems de la *Extreme Peer Orientation Escala* (Fulligni y Eccles, 1993) que miden el comportamiento transgresivo en la pareja (p.e. *¿Cuántas veces dejas en segundo plano actividades o tareas importantes para ti para ser aceptado/a por tu pareja?*; $\langle = .758$) y una medida ad-hoc de 4 ítems utilizada en estudios anteriores (Sánchez et al., 2008; Viejo, 2012) que informaba del desequilibrio de poder entre los miembros de la pareja (p.e. *Cuando estás con tu pareja, ¿cuántas veces él o ella se ha enfadado por la ropa que llevas o por los amigos y las amigas que tienes?*; $\langle = .758$).

Estilo Educativo Parental (Oliva y cols. (2007): de la escala original compuesta por 43 ítems, se seleccionaron 30 ítems que, medidos en escala Likert de 5 puntos, evaluaban el estilo parental de padres y madres de manera diferenciada en relación a las escalas de afecto y comunicación (p.e. *Si tengo algún problema puedo contar con su ayuda*; padres: $\langle = .935$, madres: $\langle = .913$), promoción de autonomía (p. e. *Me anima a que tome mis propias decisiones*; padres: $\langle = .915$, madres: $\langle = .902$), control conductual (p.e. *Si vuelvo tarde a casa me pregunta por qué y con quién estuve*; padres: $\langle = .851$, madres: $\langle = .826$) y control psicológico (p.e. *Me hace sentir culpable cuando no hago lo que quiere*, padres: $\langle = .884$, madres: $\langle = .904$).

Análisis de datos

Para el desarrollo de este estudio se utilizó el software estadístico SPSS 15.0. Se llevó a cabo una serie de análisis descriptivos y comparaciones de medias con pruebas T-Student cuyo tamaño de efecto fue valorado con el estadístico D de Cohen, usando la fórmula planteada por Thalheimer y Cook (2002) para muestras con tamaño desigual como las de nuestro caso. Para el establecimiento de los perfiles se realizó un análisis de conglomerados bietápico, independiente para chicos y chicas. Este tipo de análisis permitía en la primera fase agrupar los elementos sin a priori conocer el número de conglomerados para, en una segunda fase, establecer en función de los resultados previos el número de conglomerados deseado. Finalmente, un análisis discriminante permitió analizar qué variables contextuales incidían en la clasificación de los sujetos en un perfil u otro.

Resultados

El sexismo entre los jóvenes: efecto del sexo y la edad.

Para responder al primer objetivo de este trabajo en relación al análisis de las actitudes sexistas de los jóvenes se realizó un análisis descriptivo de los datos y una comparación de medias atendiendo al sexo y edad de los participantes y evaluando el tamaño del efecto.

La tabla 1 muestra los resultados obtenidos por chicos y chicas en cada una de las escalas de creencias sexistas evaluadas.

		1	2	3	4	5	6	7	Media (d.t.)
Ideología de género**	Chicos	17.3%	38.7%	25.3%	8%	2.7%	1.3%	-	2.05 (.97)
	Chicas	19.1%	54.5%	12.4%	4.8%	1%	1%	-	1.67 (.79)
Neosexismo**	Chicos	-	12%	52%	16%	8%	-	-	2.80 (.74)
	Chicas	-	11.5%	71.8%	9.1%	-	-	1.4%	2.48 (.69)
Cosificación	Chicos	12%	14.7%	26.7%	20%	9.3%	8%	1.3%	2.90 (1.40)
	Chicas	25.8%	34.9%	20.1%	11%	2.9%	1%	0.5%	1.98 (1.06)
Paternalismo	Chicos	24%	13.3%	18.7%	18.7%	10.7%	5.3%	4%	2.77 (1.57)
	Chicas	42.1%	22.5%	12%	11%	5.3%	1.4%	1.9%	1.98 (1.33)
Mm. coercitivo	Chicos	36%	48%	1.3%	-	-	(1)	(1)	1.28 (.35)
	Chicas	63.2%	23.9%	1.4%	0.5%	0.5%	(1)	(1)	1.14 (.45)
Mm. encubierto	Chicos	50.7%	29.3%	2.7%	1.3%	-	(1)	(1)	1.18 (.36)
	Chicas	63.6%	23.4%	0.5%	0.5%	0.5%	(1)	(1)	1.11 (.39)
Mm. de crisis	Chicos	66.7%	13.3%	6.7%	-	1.3%	(1)	(1)	1.29 (.72)
	Chicas	74.6%	12.9%	1%	-	0.5%	(1)	(1)	1.09 (.41)
Mm. utilitario	Chicos	65.3%	21.3%	-	-	-	(1)	(1)	1.14 (.39)
	Chicas	74.6%	12.9%	1%	0.5%	0.5%	(1)	(1)	1.12 (.44)

N= 284 = 3-12% en función del grupo.

1=Totalmente en desacuerdo; 2=Muy en desacuerdo; 3=En desacuerdo; 4=Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 5=De acuerdo; 6=Muy de acuerdo; 7=Totalmente de acuerdo.

(1) La escala de micromachismos (Mm) está medida en escala Likert de 5 puntos: 1=Nunca; 2=Pocas veces; 3=En ocasiones; 4=Casi siempre; 5=Siempre

Tabla 1. Aceptación de las distintas formas de sexismo: diferencias entre chicos y chicas.

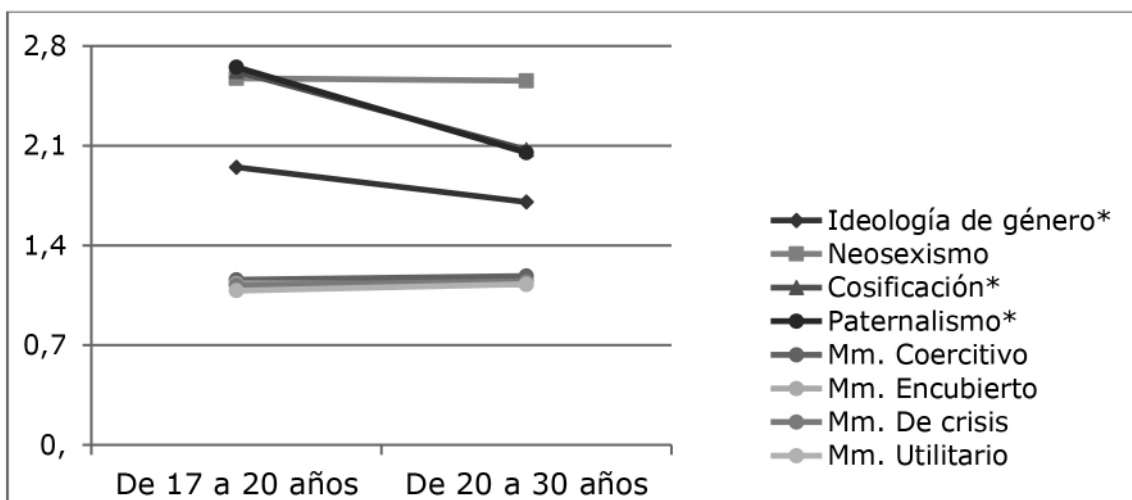
Los resultados apuntaron un alto rechazo a las ideas tradicionales de sexismo, siendo las nuevas formas (neosexismo, cosificación y paternalismo) mejor aceptadas tanto por chicos como por chicas; en concreto, las ideas paternalistas fueron las que mostraron mayores niveles de aceptación, si bien, solo un 4% en el caso de los chicos y un 1.9% en el de las chicas decía estar totalmente de acuerdo. Respecto a las formas de sexismo en pareja, medido por las escalas de micromachismos, los datos apuntaban un rechazo muy marcado

por parte de los y las jóvenes, siendo que más de la mitad de los participantes manifestaron que nunca eran adecuados (Mm coercitivos: chicos 36%, chicas 63.2%; Mm. Encubiertos: chicos 50.7%, chicas 63.6 %; Mm. Utilitarios: chicos 65.3%, chicas 74.6%; Mm. de Crisis: chicos 66.7%, chicas 74.6%).

Para analizar las posibles diferencias por sexo en cada una de las escalas consideradas, se realizaron comparaciones de medias con la prueba T-Student. Los resultados señalaron diferencias significativas en todas las formas de sexismo consideradas: las escalas de sexismo tradicional, las nuevas formas de sexismo y las formas de sexismo en pareja (escalas de micromachismos coercitivos y de crisis). Concretamente, ellos manifestaron mayor aceptación de las formas tradicionales de sexismo ($t(106.481)= 2.793, p= .00; d= .39$), mayores índices de neosexismo ($t(260)= 3.197, p= .00; d= 0.45$), de paternalismo ($t(107.038)= 3.930, p= .00; d= .54$) y de cosificación ($t(95.113)= 4.924, p= .00; d= .68$), y también mayor puntuación respecto a los micromachismos de tipo coercitivo ($t(249)= 2.54, p= .01; d= .36$) y de crisis ($t(82.003)= 2.125, p= .03; d= .30$), siendo el tamaño del efecto bajo en las escalas de sexismo tradicional, neosexismo y micromachismos pero moderado en las escalas de paternalismo y cosificación.

Respecto a las diferencias por edad, siguiendo las indicaciones de Ávila (2002) y Parra y Oliva (2002), se decidió agrupar a los participantes en dos grupos: entre 17 y 19 años (adolescencia tardía) y entre 20 y 30 años (juventud). El gráfico 1 muestra cómo evolucionan las diferentes escalas analizadas a lo largo de los tramos de edad considerados. Las comparaciones de medias llevadas a cabo mediante T- Student, mostraron que la edad establecía diferencias en las escalas de sexismo tradicional ($t=2.100(262), p= .03; d= .28$), de paternalismo ($t=3.137(270), p= .00; d= .41$) y de cosificación ($t= 3.385(268), p= .00; d= .45$) siendo el grupo con menor edad (17-20 años) quienes mostraban mayores índices de sexismo con respecto al grupo mayor (20-30 años) en las tres escalas. De cualquier modo, el tamaño del efecto resultó bajo en todos los casos, indicando que estas diferencias podrían estar influidas por el tamaño de la muestra.

Gráfico 1: Actitudes y creencias sexistas: diferencias establecidas por la edad



*Variable con puntuaciones significativamente distintas entre los grupos de edad.

Perfiles sexistas.

En segundo lugar, se llevó a cabo un análisis de conglomerados que permitiera identificar los posibles perfiles existentes en función de las manifestaciones sexistas utilizadas por los jóvenes participantes.

Dado que las diferencias respecto a la edad demostraron tener un tamaño de efecto muy bajo en todos los casos, se consideró realizar estos análisis de forma conjunta para todas las edades; si bien, este será un punto a evaluar de forma pormenorizada posteriormente. Respecto al sexo, sin embargo, y siendo que éste establecía diferencias significativas con tamaños de efecto moderado en algunos casos, se decidió establecer dos grupos independientes para los análisis: chicos y chicas. Con estas premisas, se llevó a cabo un análisis de conglomerados bietápico que permitiera definir diferentes perfiles en cuanto a las ideas y actitudes sexistas de los jóvenes.

En la primera fase se llevó a cabo un análisis jerárquico que establecía tres grupos diferenciados tanto para chicos como para chicas. En el caso de los chicos, uno de los grupos identificados estaba compuesto por tres participantes; de manera análoga, en el caso de las chicas, uno de los grupos estaba compuesto por dos participantes. Dado el bajo número de integrantes en ambos casos, y para evitar sesgos en cuanto a la interpretación de los resultados, se decidió eliminar ambos grupos. De esta forma, en la segunda fase del análisis se depuró la solución fijando en dos el número de grupos para cada sexo; el análisis de conglomerados no jerárquico K-Medias llevado a cabo en esta ocasión permitió alcanzar los resultados que se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Sexismo en universitarios: perfiles de chicos y chicas

		CHICOS		CHICAS	
		Conglomerado	Conglomerado	Conglomerado	Conglomerado
		1	2	3	4
N		35	20	124	39
Edad media (d.t)		22.54 (2.47)	21.25 (1.97)	22.04 (2.66)	20.79 (2.10)
Titulación (%)	Biología	8.6%	10%	3.2%	12.8%
	Trabajo Social	25.7%	10%	26.6%	20.5%
	Psicopedagogía	22.9%	30%	45.2%	20.5%
	Publicidad	5.7%	35%	5.6%	17.9%
	Marketing/Periodismo/ Económicas y Empresariales	14.3%	15%	6.5%	15.4%
	Ciencias del Trabajo	22.9%	-	12.9%	12.8%
Creencia religiosa (%)	No tengo	60%	20%	37.9	33.3%
	Creyente no practicante	28.6%	75%	48.4%	53.8%
	Creyente practicante	5.7%	5%	11.3%	12.8%
	Otros	2.9%	-	1.6%	-

Duración relaciones (%)	Nunca he tenido	2.9%	15%	3.2%	2.6%
	Esporádicas	17.1%	40%	8.1%	12.8%
	Menos de 6 meses	8.6%	5%	5.6%	7.7%
	6 meses en adelante	5.7%	5%	6.5%	10.3%
	1-2 años	45.7%	10%	29.8%	20.5%
	3-4 años	8.6%	5%	23.4%	28.2%
	5 años en adelante	5.7%	15%	23.4%	15.4%
	Escala de Sexismo	Ideología de género	1.59*	2.70	1.42*
Neosexismo		2.43*	3.29	2.29*	2.82
Cosificación		1.94*	4.24	1.55*	3.10
Paternalismo		1.73*	4.45	1.39*	3.97
Mm. coercitivo		1.11*	1.47	1.09	1.26
Mm. encubierto		1.07*	1.30	1.05	1.22
Mm. de crisis		1.08	1.06	1.02	1.23
Mm. utilitario		1.07	1.67	1.05	1.26

* Diferencias significativas respecto al otro grupo del mismo sexo

Respecto a los chicos, el conglomerado 1 (N= 35) se definía por sujetos con una edad media de 22.54 años, provenientes, en su mayoría, de titulaciones como Trabajo Social (25.7%) o Psicopedagogía (22.9). Sus relaciones sentimentales se caracterizaban por cierta estabilidad (el 45% tenía relaciones de entre 1 y 2 años de duración) y el 60% declaraba no tener ningún tipo de creencia religiosa. Respecto a sus puntuaciones en las escalas de sexismo, estos chicos tenían puntuaciones bajas en todas las escalas consideradas; destacaban, sin embargo, las puntuaciones alcanzadas en neosexismo, cosificación y paternalismo, no por ser muy elevadas pero sí por estar por encima de las demás. El conglomerado 2 (N= 20), con una media de edad de 21.25 años, se caracterizaba por ser en su mayoría estudiantes de Publicidad (35%) y Psicopedagogía (30%). El 40% de estos chicos decía tener relaciones sentimentales esporádicas y la mayoría (75%) se declaraba creyente no practicante en cuanto a sus creencias religiosas. Estos chicos presentaban puntuaciones medias-altas en las escalas de sexismo tradicional y en las diferentes escalas de nuevas formas de sexismo; sin embargo, las puntuaciones relativas a los micromachismos eran bajas.

Se realizaron comparaciones de media con la prueba T-Student entre las puntuaciones de sexismo alcanzadas por ambos grupos para determinar hasta qué punto resultaban significativas las diferencias encontradas entre ambos grupos. Los datos señalaron diferencias significativas en las escalas de sexismo tradicional ($t(53) = -5.231, p = .00; d = 1.49$), neosexismo ($t(25.655) = -4.514, p = .00; d = 1.28$), cosificación ($t(53) = -8.553, p = .00; d = 2.44$), paternalismo ($t(53) = -9.865, p = .00; d = 2.81$) y micromachismos de tipo coercitivo ($t(25.448) = -4.838, p = .00, d = 1.38$) y encubierto ($t(23.075) = -2.511, p = .01, d = .71$), siendo en todos los casos el conglomerado 2 el grupo que presentaba puntuaciones más altas. Con estas características se decidió nombrar el grupo 1 de chicos como “tendencia sexista sutil” y el grupo 2 “manifestaciones sexistas tradicionales, cosificadoras y en pareja”.

Se procedió de la misma manera respecto a las chicas. El conglomerado 1 (N= 124), con una media de edad de 22.04 años, estaba compuesto en su mayoría por estudiantes de Trabajo Social (26.6%) y Psicopedagogía (45%). Las relaciones sentimentales de estas chicas eran duraderas siendo que el 23.4% tenía relaciones de 5 años o más. El 48.4% de ellas decía ser creyente no practicante. Este grupo de chicas presentaba puntuaciones bajas en todas las escalas sexistas analizadas; si bien, de la misma manera que ocurría con el conglomerado 1 de chicos, destacaba la puntuación en la escala de neosexismo. Por ello, de manera análoga, se nominó a este grupo como chicas con “tendencia sexista sutil”. El conglomerado 2 (N= 39), con edad media de 20.79 años, se caracterizaba por estar formado por estudiantes de Publicidad 17.9 %, Periodismo, Marketing y Ciencias Empresariales 15.4% y por la mayoría de las chicas que estudiaban Biología 12.8%. Sus relaciones sentimentales eran de duración variada, aunque el 48.7% de ellas apuntaban relaciones de entre 1 y 4 años de duración. El 53.8% de estas chicas se declaraba creyente no practicante. En esta ocasión, las escalas de sexismo presentaban puntuaciones medias destacando, no obstante, aquellas relativas a las nuevas formas de sexismo y al paternalismo especialmente. Sobre esta base, se denominó a este grupo chicas con “nuevas formas de sexismo y paternalismo”.

Al realizar las comparaciones entre conglomerados, el segundo de ellos presentaba puntuaciones significativamente más altas en las escalas de sexismo tradicional ($t(42.997) = -5.852, p = .00; d = 1.08$), neosexismo ($t(41.982) = -3.809, p = .00; d = .70$), cosificación ($t(48.766) = -8.725, p = .00, d = 1.61$) y paternalismo ($t(45.363) = -15.505, p = .00; d = 2.86$); sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a los micromachismos. Así, se denominó a este segundo grupo “sexismo tradicional y conductas cosificadoras y paternalistas”.

Jóvenes, sexismo y variables contextuales

Por último, este trabajo se proponía estudiar la relación existente entre el estilo parental educativo recibido y la calidad de las relaciones sentimentales mantenidas respecto a las actitudes sexistas, analizando cómo influyen estas variables contextuales en el establecimiento de los diferentes perfiles sexistas identificados. Para ello, se seleccionaron aquellos participantes que afirmaron tener algún tipo de experiencia sentimental -presente o pasada- (N= 267).

En primer lugar se realizaron pruebas t para determinar las posibles diferencias entre los conglomerados en las puntuaciones obtenidas en las escalas que definían los estilos educativo paterno y materno -afecto y comunicación, promoción de autonomía, control conductual y control psicológico- y, por otro, las escalas de la calidad de las relaciones sentimentales mantenidas -compañía e intimidad, comunicación, expectativas de futuro, conflicto, comportamiento transgresivo y desequilibrio de poder-. En el caso de los chicos, solo la variable de transgresión de la norma en la pareja era significativamente distinta entre un grupo y otro ($t(35) = -2.664; p = .01; d = -0.78$). En el caso de las chicas, existían diferencias significativas en las variables control conductual materno ($t(144) = -3.290; p = .00; d = 0.61$), transgresión de la norma ($t(133) = -3.142; p = .00; d = -0.59$), desequilibrio de poder ($t(133) = -2.093; p = .03; d = -0.39$) y conflicto ($t(126) = 2.952; p = .00; d = 0.55$) en la relación de pareja.

En segundo lugar se realizó un análisis discriminante (Tabla 3). Este tipo de análisis busca funciones discriminantes a partir de variables independientes para clasificar a los individuos según los valores de la variable dependiente (Torrado y Berlanga, 2013), permitiendo predecir futuras clasificaciones. De manera que como variables independientes se usaron las puntuaciones obtenidas en las 14 variables contextuales potencialmente predictoras. Como variable dependiente se fijaron dos posibles niveles o grupos criterio: la pertenencia al conglomerado 1 o la pertenencia al conglomerado 2 (significativamente más y menos sexista, respectivamente) tanto para chicos como para chicas. Siguiendo a Risso y cols. (2010) se usó el método de “inclusión por pasos” ya que con él se consigue que las variables independientes se añadan a la función discriminante una a una, de manera que la función se construye usando aquellas variables realmente útiles para la clasificación, permitiendo además conocer cuál es la contribución que hace cada una de ellas.

Tabla 3. Análisis Pearson entre escalas de sexismo y variables contextuales.

		1	2	3	4	5	6	7	8
Padre									
Control conductual	Conglomerado 2 chicos	.560*	.648*					.727**	
	Conglomerado 1 chicas				.239*	.265**			
Control psicológico	Conglomerado 2 chicos	.587*	.715**				.696**	.727**	
	Conglomerado 1 chicas					.276**	.294**	.255**	.244*
Madre									
Control conductual	Conglomerado 1 chicas						.194*		.236*
Control psicológico	Conglomerado 1 chicos					.404*			.495**
	Conglomerado 1 chicas					.317**	.325**	.283**	.289**
Promoción y autonomía	Conglomerado 1 chicos	-.432*							.454*
	Conglomerado 2 chicos		-.571*						
Afecto y comunicación	Conglomerado 1 chicos					-.407*		-.377*	-.453*
Calidad de pareja									
Transgresivo	Conglomerado 2 chicos			.852**					
	Conglomerado 1 chicas	.312**			.263**			.192*	
Desequilibrio poder	Conglomerado 1 chicas	.195*	.209*		.254**				
Conflicto	Conglomerado 1 chicas	-.202*			-.205*				

1=Ideología de género; 2=Neosexismo; 3=Cosificación; 4=Paternalismo; 5=Mm. coercitivos; 6=Mm. encuebiertos; 7= Mm.de crisis; 8=Mm. utilitarios.
*El nivel de significación es a nivel .05 **El nivel de significación es a nivel .01

Para los chicos, y como ya apuntaban las pruebas t, la única variable contextual que predecía la pertenencia a los conglomerados fue la de comportamiento transgresor de la norma en la pareja (Wilks' = .648, p = .002). La significación del valor Lambda de Wilks nos

informa de que la función discriminante sirve para pronosticar la pertenencia a un conglomerado u otro. Al ser la única función, ésta explicaba el 100% de la varianza. Al ser una única variable la que conforma la función, la matriz de estructura (tabla 4) que nos informa del valor de cada variable en la formación de la función no resulta pertinente. La tabla 5 muestra el valor de autovalor y de correlación canónica.

Tabla 4. Matriz de estructura del análisis discriminante de los chicos.

	Función 1
Comportamiento transgresivo en la pareja*	1.00
Afecto y comunicación materno	-.469
Desequilibrio de poder en la pareja	.409
Expectativas de futuro en la pareja	-.409
Afecto y comunicación paterno	-.385
Promoción de la autonomía materno	-.377
Control psicológico materno	.254
Compañía en la pareja	-.219
Promoción de la autonomía paterno	-.209
Conflicto en la pareja	-.154
Control psicológico paterno	.124
Comunicación en la pareja	-.087
Control conductual paterno	-.079
Control conductual materno	-.006

*Esta variable sí se emplea en el análisis.

Tabla 5. Autovalores de las funciones discriminantes por sexo.

	Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica
Chicos	1	.543	100.0	100.0	.593
Chicas	1	.263	100.0	100.0	.456

En nuestro caso el valor de la correlación indica que el nivel de diferenciación de grupos de la variable discriminante fue moderada. Esta función permitió clasificar correctamente el 62.5% de los chicos analizados.

Las chicas por su parte, se clasificaban en un conglomerado u otro atendiendo a tres variables (Wilks' = .792; $p = .000$): control conductual de la madre (.895), comportamiento transgresivo en la pareja (.833), y afecto del padre (.792). La matriz de estructura (Tabla 6)

es útil cuando hay más de una variable en la función discriminante ya que en ella se puede ver qué variable tiene más poder que otras. Vemos como el control conductual de la madre es la variable con más poder de discriminación, seguida del comportamiento transgresivo en la pareja y el afecto del padre. El valor negativo de esta última variable nos informa de la relación negativa entre el afecto del padre y el nivel de sexismo detectado en las chicas.

Tabla 6. Matriz de estructura del análisis discriminante de las chicas.

	Función 1
Control conductual materno*	.666
Comportamiento transgresivo en la pareja*	.521
Control psicológico paterno	.508
Control psicológico materno	.350
Afecto y comunicación paterno*	-.329
Desequilibrio de poder en la pareja	.287
Promoción de la autonomía paterno	-.279
Control conductual paterno	.222
Conflicto en la pareja	-.217
Promoción de la autonomía materno	-.144
Expectativas de futuro en la pareja	-.109
Comunicación en la pareja	-.088
Compañía en la pareja	-.066
Afecto y comunicación materno	-.035

*Esta variable sí se emplea en el análisis.

En la tabla 5 se informa del valor moderado del autovalor y la correlación canónica y de nuevo, al tratarse de una sola función, explica el 100% de la varianza. Se clasificaron correctamente a través de la función el 75.8% de las chicas analizadas.

Los resultados apuntan que existen variables contextuales predictoras de pertenecer a un perfil u otro y con un porcentaje de clasificación alto, no obstante, el poder de clasificación de las mismas resultó moderado tanto para los chicos como para las chicas.

Discusión

El primer objetivo que se planteaba, era el estudio de las diferentes formas de sexismo que manifestaban los jóvenes. En este sentido, por lo general, han demostrado ser críticos en lo que a desigualdad entre hombres y mujeres. Atendiendo a los resultados obtenidos acerca de las ideas más tradicionales de sexismo, los jóvenes se muestran mayoritariamente en desacuerdo con las creencias y actitudes que miden este constructo. No obstante, las puntuaciones globales apuntan que estas ideas todavía siguen arraigadas en el pensa-

miento joven y que el rechazo existente no es radical, como indicaban Glick y Fiske (1996). Los resultados apuntaron, como se esperaba a la luz de la literatura, que las nuevas formas de sexismo tienen una aceptación mayor entre la población joven, evidenciando que se trata de un fenómeno arraigado en estas edades y distinto a lo que se considera sexismo tradicional. En concreto, la cosificación sexual fue lo que mayor puntuación obtuvo entre los/as jóvenes, estando los chicos (2.90) significativamente más a favor que ellas (1.98). Se evidencia así, como señalaban Sáez, Valor-Segura y Expósito (2012), que existen una percepción por parte de los chicos de la disponibilidad sexual del cuerpo de las mujeres y que las chicas pueden no ser conscientes o percibir como negativo las actitudes cosificadoras a las que la mujer es sometida. Por su parte, las puntuaciones derivadas de la variable neosexismo, muestran la existencia de un cierto rechazo a las medidas para la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, considerando que la discriminación de la mujer en ámbito laboral y político no es un problema y que las mujeres presionan demasiado para lograr cambios, tal y como indican estudios similares (Ferrero y Berges, 2004; Garaigordobil y Durá, 2005; Moya y Expósito, 2001; Tougas y cols., 1995). En relación a las diferencias por sexo en la asunción de creencias sexistas, este estudio contribuyó a la idea generalizada de que los jóvenes varones son más sexistas que las mujeres jóvenes. A diferencia de lo encontrado por Lameiras y cols. (2010), donde los chicos puntuaron más en benevolencia y las chicas lo hacían en sexismo hostil, en este estudio, las chicas puntuaban significativamente menos en todas las medidas de sexismo. Esto sigue la línea señalada en otros estudios donde ser varón es un factor predictor de sexismo hostil y sexismo benévolo (Garaigordobil y Aliri, 2011b) o los hombres presentan mayor tendencia al paternalismo y al sexismo tradicional que las mujeres (Rottenbacher, 2010).

En cuanto a los resultados de la detección de perfiles según los tipos de sexismo, este estudio mostró que la edad establece diferencias a este respecto siendo los de menor edad significativamente más sexistas tanto en chicos como en chicas. Estos mismos resultados se obtuvieron en estudios anteriores con adolescentes (Lameiras y cols., 2010) y jóvenes adultos (Lameiras y Rodríguez, 2002). Las creencias religiosas, por su parte, determinaron diferencias en los perfiles de los chicos. De esta manera, el 81.3% del grupo de chicos con ideas más sexistas, se declaraba creyente no practicante, misma tendencia que señalaban Lameiras y Rodríguez (2002) donde los jóvenes con esa misma creencia religiosa fueron los que más puntuaron en neosexismo, sexismo hostil y sexismo benevolente. La titulación cursada también supuso diferencias en cuanto al nivel de sexismo expresado. Los resultados mostraron que los chicos más sexistas provenían de titulaciones propias del ámbito económico, empresarial o de la comunicación tales como Publicidad, Periodismo, Marketing y Empresariales, y las chicas de las llamadas ciencias de la vida como Biología. Por el contrario, los chicos y las chicas con tendencia más igualitaria coincidían en provenir de titulaciones del ámbito social y educativo como Trabajo Social y Psicopedagogía. Esto puede ser explicado por el interés por el alumnado en temas sociales, en el caso de los chicos y chicas más igualitarios/as o a su relación académica con temas de género (Ferrer, Bosch y Capilla, 2010). Lo que sugiere que más formación en materia de género puede incidir en una mejora del pensamiento joven en igualdad entre hombres y mujeres.

El segundo objetivo era analizar la relación del sexismo de los jóvenes con dos variables contextuales como son el estilo parental educativo recibido y la pareja. En relación a la primera de las variables y como resultado más relevante, se encontró que en el caso de

los chicos más sexistas, el control conductual del padre se relacionaba con más niveles de sexismo tradicional y de micromachismos de tipo encubierto y de crisis. Además, el control psicológico del padre también suponía mayores niveles de neosexismo y micromachismos encubiertos, de crisis y utilitarios. De esta forma, lo que Bonino (2004) define como abusos de la confianza y credibilidad femenina (Mm. Encubiertos), o forzar el mantenimiento del statu quo por parte del hombre cuando éste se desequilibra (Mm. De crisis) se relacionarían con mecanismos de fuerza conductual y psicológica empleada por el padre a la hora de educar. Según Oliva y cols. (2007) el control psicológico sería poco recomendable por estar significativamente asociado con desajustes internos y externos del adolescente, además de ser considerado como un control intrusivo y manipulador.

En relación al análisis de la calidad de las relaciones sentimentales y su relación con el sexismo de los jóvenes, el dato más significativo se encontró también dentro del grupo de chicos más sexistas, mostrando además de una relación muy alta (.90) entre la cosificación sexual de la mujer y los comportamientos transgresores de la norma que existía una causalidad en dicha relación. Este dato nos permite dar un paso en la difícil tarea de identificar los elementos negativos y potencialmente peligrosos o desencadenantes de situaciones desiguales o violentas dentro de la pareja (Ortega y cols. 2010). Se coincide desde diferentes investigaciones que las conductas violentas en la pareja no son fruto de un único factor, sino que incluyen la combinación de factores socio-culturales, individuales y circunstanciales (Escribano, 2008; Meertens, 2000; Muñoz y cols., 2007; Saavedra, 2007). Pese a esta multicausalidad, es decir, que esos factores influyen en la aparición de dichas conductas, su origen último podría estar vinculado al sexismo (Fundación Mujeres, 2011).

En conclusión, podríamos afirmar que el sexismo está presente en la población joven, especialmente las nuevas formas que toma y que no son percibidas como negativas o peligrosas para, por ejemplo, la calidad de una relación sentimental positiva. Este estudio pone de relieve la incipiente necesidad de homogenizar los valores igualitarios entre hombres y mujeres, haciendo hincapié en la educación de los chicos jóvenes. Finalmente, los escasos estudios que evidencian una relación fuerte entre los niveles de sexismo de los jóvenes y la educación recibida en la familia, sugieren la necesidad de seguir ahondando en los factores que contribuyen al mantenimiento de este fenómeno social.

Referencias

- Alberdi, I. (2005). Cómo reconocer y cómo erradicar la violencia contra las mujeres. En I. Alberdi y L. Rojas. *Violencia: Tolerancia cero* (pp. 10-87). Barcelona: Fundación La Caixa.
- Barreto, M., Ellemers, N., Cihanigir, S. y Stroebe, K. (2009). The self-fulfilling effects of contemporary sexism: How it affects women's well-being and behavior. En M. Barreto (Ed.), M. K. Ryan (Ed.) y M. T. Schmitt (Ed.), *The glass ceiling in the 21st century: understanding barriers to gender equality*. Psychology of women book series (pp. 99-123). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Bonino, L. (2004). Los micromachismos, *La Cibeles*, 2.
- Bosch, E. y Ferrer, V. A. (2012). Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el siglo XXI. *Psicothema*, 24 (4), 548-554.

- Caro, C. (2008). Un amor a tu medida. Estereotipos y violencia en las relaciones amorosas, *Revista de Estudios de la Juventud*, 8 (83), 213-229.
- Calogero, R. M., Pina, A., Park, L. E. y Rahemtulla, Z. (2010). Objectification Theory predicts college women's attitudes toward cosmetic surgery, *Sex Roles*, 63, 32-41.
- Campbell, B., Schellenberg, E. Glenn y Senn, C.Y. (1997). Evaluating measures of contemporary sexism, *Psychology of Women Quarterly*, 21 (1), 89-102.
- Cruz, C., Zempoaltecatl, V. & Correa, F. (2005). perfiles de sexismo en la ciudad de México: validación del cuestionario de medición del sexismo ambivalente. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10 (2), 381-395.
- De Lemus, S., Castillo, M., Moya, M., Padilla, J. L. y Ryan, E. (2008). Elaboración y validación del Inventario de Sexismo Ambivalente para adolescentes, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8 (2), 537-562.
- Díaz, Cecilia., R. M., González, M. T. (2010). Escala de machismo sexual (EMS-Sexismo-12). Diseño y análisis de propiedades psicométricas, *Summa Psicológica UST*, 7 (2), 35-44.
- Díaz-Aguado, M^a J. (2003). Adolescencia, sexismo y violencia de género, *Papeles del Psicólogo*, 84, pp. 35-44.
- Eagly, A. H., & Mladinic, A. (1994). Are people prejudiced against women? some answers from research on attitudes, gender stereotypes, and judgments of competence. *European Review of Social Psychology*, 5(1), 1-35.
- Ferrer, V. A., Bosch, E. y Navarro, C. (2010). Los mitos del amor romántico en España, *Boletín de psicología*, 99, 7-31.
- Ferrer, V. A., Bosch, E., Navarro, C., Ramis, M. C. y García-Baudés, M. E. (2008). Los micromachismos o microviolencias en la relación de pareja: una aproximación empírica, *Anales de psicología*, 24, 341-352.
- Ferrer, V. A., Bosch, E., Ramis, M^a C. y Navarro, C. (2006). Las creencias y actitudes sobre la violencia contra las mujeres en la pareja: Determinantes sociodemográficos, familiares y formativos, *Anales de psicología*, 22 (2), pp.251-259.
- Ferrero, María P. S. y Berges, Beatriz M. (2004). Dominancia social y neosexismo. Relación con las actitudes hacia programas de acción afirmativa, *Revista de Psicología Social*, 19 (3), 275-285.
- Fredrickson, B. L. y Roberts, T. A. (1997). Objectification Theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks, *Psychology of Women Quarterly*, 21, 173-206.
- Fundación Mujeres (2011). Proyecto de Investigación DETECTA: "Sexismo y violencia de género en la juventud andaluza e Impacto de su exposición de menores"
- Fiske, S. T. (2012). Warmth and Competence: Stereotype Content Issues for Clinicians and Researchers. *Canadian Psychology = Psychologie Canadienne*, 53(1), 14–20. <http://doi.org/10.1037/a0026054>
- Garaigordobil, M. y Aliri, J. (2011a). Conexión intergeneracional del sexismo: influencia de variables familiares, *Psicothema*, 23 (3), 382-387.

- Garaigordobil, M. y Aliri, J. (2011b). Sexismo hostil y benevolente: relaciones con el autoconcepto, el racismo y la sensibilidad intercultural, *Revista de Psicodidáctica*, 16 (2), 351-350.
- Garaigordobil, Maite y Durá, Ainhoa. (2005). Neosexismo en jóvenes de 14 a 17 años: relaciones con autoconcepto, autoestima, personalidad, psicopatología, problemas de conducta y habilidades sociales, *Clínica y Salud*, 17 (2), 127-149.
- Glick, Peter. y Fiske, Susan. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism“, *Journal of personality and Social Psychology*, 70, p. 491-512
- González, R. y Santana J. D. (2001). La violencia en parejas jóvenes, *Psicothema*, 13 (1), pp. 127-131.
- Gordillo, I. y Gómez, N. (2011). Posmachismo en televisión: representaciones de actitudes y comportamientos micro machistas en la publicidad no convencional. *Razón y palabra*, 76.
- Jackson, L. M., Esses, V., M. y Burris, C. T. (2001). Contemporary sexism and discrimination: The importance of respect for men and women, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27 (1), 48-61.
- Lameiras, M. y Rodríguez, Y. (2002). Evaluación del sexismo moderno en adolescentes, *Revista de Psicología Social*, 17 (2), 119-127.
- Lameiras, M., Rodríguez, Y. y Calado, M. (2006). El neosexismo y diferencias de género en las metas de trabajo, *Revista de Psicología Social*, 21 (3), 223-228.
- Lorente, M. (2009). *Los nuevos hombres nuevos. Los miedos de siempre en tiempos de igualdad*, Destino: Barcelona.
- Masser, B. y Abrams, D. (1999). Contemporary Sexism. The relationship among hostility, benevolence, and neosexism, *Psychology os Women Quarterly*, 23 (3), 503-517.
- McConahay, J.B. (1986). Modern racism, ambivalence, and the modern racism scale. En J.F. Dovidio & S.L. Gaertner (Eds.), *Prejudice, discrimination and racism* (pp. 91-125). Orlando, FL: Academic Press.
- Meras, A. (2003). Prevención de la violencia de género en adolescentes, *Revista de Estudios de Juventud*, 62, 143-150.
- Moya, M. y Expósito, F., (2011). Nuevas formas, viejos intereses: neosexismo en varones españoles, *Psicothema*, 13 (4), 643-649.
- Moya, Miguel., Expósito, Francisca. Padilla, José Luis. (2006). Revisión de las propiedades psicométricas de las versiones larga y reducida de la escala sobre ideología de género, *International Journal of Clinical and HealthPsychology*, 6 (003), 709-727.
- Muñoz-Rivas, Marina. J., Andreu, José. Manuel., Graña, José Luis., O’Leary, Daniel. K. y González, Pilar. (2007). Agression in adolescent gating relationships: prevalence, justification and health consequences, *Journal of Adolescent Health*, 40, 298-304.
- Oliva, A y Parra, A. (2004). Contexto familiar y desarrollo psicológico durante la adolescencia. En E. Arranz (Ed.), *Familia y desarrollo psicológico* (pp.96-123). Madrid: Pearson.Prentice-Hall.

- Ortega, Rosario y Sánchez, Virginia (2011). Juvenil Dating and Violence. En C. Monks y I. Coyne (Eds.). *Bullying in different contexts* (pp. 113-136). London: Cambridge University Press.
- Ortega-Rivera, J., Sánchez, V y Ortega, R. (2010). Violencia sexual y cortejo juvenil. En R. Ortega (Eds.), *Agresividad injustificada, bullying y violencia escolar* (pp. 211-232). Madrid: Alianza.
- Rodríguez, Y., Lameiras, M., Carrera, M. V, y Faílde, J. M. (2010). Evaluación de las actitudes sexistas en estudiantes españoles/as de educación secundaria obligatoria, *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 4 (1), 11-24.
- Rodríguez, Y., Lameiras, M., Carrera, M., & Faílde, J. (2012). Evaluación de las actitudes sexistas en estudiantes españoles/as de educación secundaria obligatoria. *Psychologia: avances de la disciplina*, 4(1), 11-24.
- Rottenbacher, Jan Marc. (2010). Sexismo ambivalente, paternalismo masculino e ideología política en adultos jóvenes de la ciudad de Lima, *Pensamiento Psicológico*, 7 (14), 9-18.
- Sáez, G., Valor-Segura, I. y Expósito, F. (2012). ¿Empoderamiento o subyugación de la mujer? Experiencias de cosificación sexual interpersonal, *Psychosocial Intervention*, 21 (1), 41-51.
- Sánchez, V., Ortega, Fco. J., Ortega, R. Y Viejo, C., (2008). Las relaciones sentimentales en la adolescencia: satisfacción, conflictos y violencia, *Escritos de psicología*, 2 (1).
- Swin, J.K., Aikin, J.K., Hall, W.S., y Hunter, B.A. (1995). Sexism and racism: Old fashioned and modern prejudices. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 199-214.
- Tougas, F., Brown, R., Beaton, A.M. y Joly, S. (1995). Neosexism: Plus Ça Change, Plus C'est Pareil. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21 (8), 842-849.
- Viejo, C. (2012). Dating Violence y Cortejo Adolescente: un Estudio sobre la Violencia en las Parejas Sentimentales de los Jóvenes Andaluces. Tesis doctoral no publicada. Accesible en <http://helvia.uco.es>

El análisis de la vulnerabilidad y la exclusión social en el Sur y en el Norte: un estudio de casos comparado a partir del barrio El Gallito (Guatemala) y el barrio de La Coma (España)

Modalidad: Investigación en el ámbito del Trabajo Social

Encarna Canet Benavent

Trabajadora Social. Profesora contratada doctora del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales.
Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Valencia

Francesc Xavier Uceda I Maza

Trabajador Social. Universidad de Valencia

Gloria Caravantes López de Lerma

Trabajadora Social. Universidad de Valencia

Lucía Martínez Martínez

Trabajadora Social, contratada doctora por la Universidad de Valencia

Resumen

El presente estudio profundiza en la comprensión del fenómeno de la vulnerabilidad y de la exclusión social a partir del estudio de caso de dos barrios vulnerables del Sur y del Norte. Se realiza un análisis fundamentado en el análisis comparativo sobre el contexto socio territorial del barrio El Gallito (Guatemala) y del barrio de La Coma (España), mediante la realización de audiciones que permitan describir y comprender sus condicionantes estructurales y la percepción social en ambos. Para la presentación de los resultados se ha empleado el programa cualitativo Maxqda 2018, con la finalidad de detallar y analizar comparativamente los elementos y discursos que interpretan la realidad social de tales barrios. En lo referido a los resultados obtenidos, se han hallado tanto semejanzas como diferencias en uno y en otro barrio como resultado de los propios condicionantes estructurales de las regiones objeto de estudio. A partir de los testimonios analizados, las conclusiones giran en torno a la valorización de los factores de protección, el desarrollo de la capacidad de resiliencia por parte de la ciudadanía y la necesidad de adoptar una perspectiva de carácter integral y multidimensional que permita atajar los factores de riesgo.

Palabras clave

Barrios, Guatemala, España, Trabajo Social

Abstract

The social research understanding of the phenomenon of vulnerability and social exclusion based on the case study of two vulnerable neighborhoods in the South and the North. An analysis is carried out based on the comparative analysis of the

socio-territorial context of El Gallito neighbourhood (Guatemala) and La Coma neighbourhood (Spain), through auditions that describe and understand its structural determinants and social perception in both of them. For the presentation of the results, the qualitative program Maxqda 2018 has been used, in order to detail and analyse comparatively the elements and discourses that interpret the social reality of such neighborhoods. With regard to the results obtained, similarities and differences have been found in one and in another neighbourhood as a result of the structural constraints of the regions under study. Based on the testimonies analysed the conclusions revolve around the valorisation of protection factors, the development of resilience capacity on the part of citizens and the need to adopt an integral and multidimensional perspective that allows to tackle the risk factors.

Key words

Neighbourhood, Guatemala, Spain, Social Work

1. Introducción

La comunidad científica ha generado diversos conceptos entorno a la clasificación de *territorios vulnerables* y como consecuencia de ello, no existe un término definitorio común a nivel internacional, aunque algunas de sus particularidades y características confluyen en sus planteamientos y conceptualizaciones. La multidimensionalidad de los *territorios vulnerables* y la multiplicidad de causas que determinan su aparición, abocan a un estudio de los mismos desde una visión holística donde sean contempladas diferentes perspectivas.

En las últimas décadas el crecimiento de la vulnerabilidad y la exclusión social, ha mostrado sus consecuencias en el aumento de las desigualdades entre territorios y ciudades. Las desigualdades territoriales, se traducen en desequilibrios sociales, económicos y físicos reflejados en la comunidad, con marcadas diferencias dentro de los municipios de referencia donde emergen zonas urbanas que aglutinan colectivos poblacionales con escasas oportunidades de desarrollo personal, escasez de recursos comunitarios, deterioro y degradación del entorno, entre otras. El reconocimiento de tales situaciones se ha materializado en la enunciación del Objetivo de Desarrollo Sostenible¹ 11 sobre *Ciudades y Comunidades Sostenibles*². Los fenómenos de la vulnerabilidad y la exclusión social en tales territorios, plantea la investigación sobre la base del estudio de caso y el análisis comparativo entre un barrio del Sur y del Norte, al objeto de analizar la incidencia de estos fenómenos en dos entornos barriales de la ciudad de Guatemala y Paterna (España). La selección del primero de ellos, se ha basado en la accesibilidad a contactos directos con profesionales que trabajan en la ciudad y que, gracias a las personas contactadas, ha sido posible establecer más contactos con la ciudadanía residente en el barrio El Gallito, ubicado en la ciudad capital. En segundo lugar, se ha seleccionado como elemento a comparar el barrio de La Coma, gracias a la

.....

1 En adelante, ODS.

2 “Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles”.

proximidad territorial con éste y a disponer de contactos directos como resultado de la experiencia profesional y académica de la investigadora. La idoneidad de la selección de ambos, se ha fundamentado en la accesibilidad a contactos directos, su ubicación en un país del Sur y del Norte, así como su adecuación, a priori, respecto a la definición de barrios vulnerables; entendiéndose por tal, aquella subdivisión territorial, generalmente de la periferia de una ciudad o región, donde se concentra población de origen nacional, cultural, social o étnico similar, con escasas oportunidades de desarrollo personal como consecuencia de los bajos niveles educativos, bajos ingresos económicos y precariedad laboral, que conviven en un medio deteriorado, caracterizado por la carencia de recursos comunitarios y unidades residenciales en situación de degradación y/o con falta de conservación.

2. El análisis de la vulnerabilidad y la exclusión social en el sur y en el norte: ¿concepciones teóricas divergentes o convergentes?

La exclusión social ha sido ampliamente definida por la comunidad científica con importantes aportaciones a nivel internacional y considerada como un fenómeno estructural, multidimensional, multifactorial y de carácter mundial que presenta diferentes rostros (Uceda-Maza, 2006) en las diferentes regiones del mundo.

Cabe destacar que, “previo al estado de exclusión (...), nos encontramos con procesos de vulnerabilidad, precariedad y fragilidad económica y social que lo preceden y alimentan, siendo por ello reconocible dónde una sociedad debe actuar para prevenir la situación de exclusión” (Uceda-Maza, 2006, p.224). Según la Comisión Económica para América Latina (2002, p.3), la vulnerabilidad se define como el “resultado de la exposición a riesgo, aunado a la incapacidad para enfrentarlos y la inhabilidad para adaptarse activamente”. En la misma línea, el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (2003), señala que la vulnerabilidad puede definirse como el:

Estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas. La vulnerabilidad existe en todos los niveles y dimensiones de la sociedad y es parte integrante de la condición humana, por lo que afecta tanto a cada persona como a la sociedad en su totalidad (cit. en Alguacil, Camacho y Hernández-Aja, 2014, p.76).

El resultado continuado de las rupturas en el ámbito social e institucional, conducen al fenómeno de la exclusión social donde prolifera la fragilidad de las situaciones y las necesidades de protección social. Para poder conocer la realidad y las variables que influyen en las potenciales situaciones de riesgo social de la población, a lo largo del presente estudio, en la línea de Sojo (2006), entenderemos la exclusión social como un proceso donde se subraya que:

Los mecanismos por los cuales las personas y los grupos son rechazados de la participación en los intercambios, las prácticas y los derechos sociales constitutivos de la integración social, y, por lo tanto, de la identidad (cit. en Gacitúa, Sojo y Davis, 2000, p.50)

Paralelamente, Subirats (2004) añade a tal conceptualización la imposibilidad o dificultad de inserción socio-comunitaria, así como el acceso a los sistemas preestablecidos de protección social. Ambas acepciones, aluden implícitamente a las dificultades, barreras y/o mecanismos institucionales de carácter estructural que generan exclusión social en ciertos

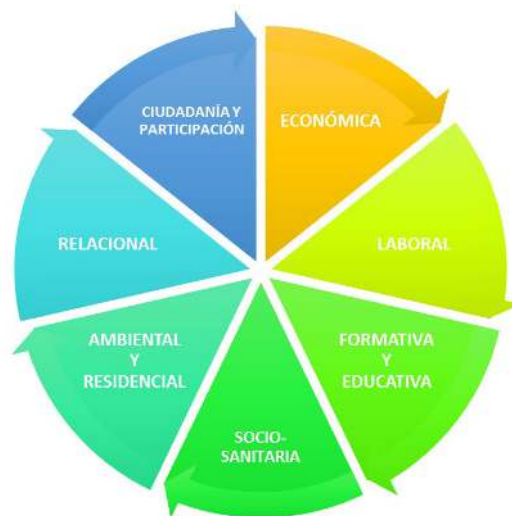
colectivos poblacionales, los cuales, no disponen de las mismas oportunidades de integración (Gacitúa, Sojo y Davis, 2000).

Por otra parte, a partir de diversos estudios norteamericanos y europeos, Torres, Moncusí y Osvaldo (2015), destacan que la residencia en un barrio con unas características determinadas, se traduce en una serie de efectos de barrio (endógenos y exógenos al territorio) (Caravantes, Climent y Masiá, 2017) que influyen directamente en el quehacer cotidiano de la población. Entre los efectos endógenos que derivan de la residencia en territorios vulnerables, emerge el término de resiliencia, íntimamente ligada al espacio territorial, la cual, ha sido señalada por ONU-Hábitat (2017) como aquella:

Capacidad de los asentamientos humanos para resistir y recuperarse rápidamente de cualquier peligro plausible. La resiliencia contra las crisis no sólo se refiere a la reducción de riesgos y daños por desastres, sino también a la capacidad de recuperarse rápidamente volviendo a un estado de funcionamiento normal del sistema (cit. en Malgrat, 2017, p.3).

Es decir, la resiliencia se materializa en el desarrollo de estrategias de adaptación y transformación (de Balanzo, 2015). No obstante, los procesos de exclusión social, frecuentemente, se caracterizan por procesos de segregación territorial que realimentan la propia exclusión (Subirats et al., 2004). La conjunción de distintos factores de carácter medioambiental, social, cultural, educativos, sanitarios, políticos, institucionales y geográficos entre otros, obligan a introducir una mirada territorial sobre el fenómeno en cuestión:

FIGURA 1. DIMENSIONES DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL



Fuente: Elaboración propia a partir de Jiménez Ramírez (2008), Morña Díez (2007) y Subirats, et al. (2004).

El carácter estructural del proceso de exclusión social, genera un efecto dominó desde el ámbito social hasta el acceso a determinadas áreas del ámbito institucional. De este modo, la exclusión se extiende a diferentes dimensiones de la vida social y familiar, que inciden especialmente en el contexto social: bien sea a nivel económico como sanitario, educativo, político y/o cultural (Caravantes, Gómez, Moral, Marques, 2015) donde las desigualdades en la actualidad, se encuentran in crescendo (Uceda-Maza, 2006).

Asimismo, cabe subrayar que la carencia de derechos formales también nace de la ausencia de las garantías y condiciones para ejercerlos. Subirats et al., (2004) refieren que la exclusión social puede ser abordada institucionalmente desde la formulación de políticas públicas, incidiendo en el carácter politizable de dicho fenómeno (Raya Lozano, 2004). El carácter estructural del proceso de exclusión social, genera un efecto dominó desde el ámbito social hasta el acceso a determinadas áreas del ámbito institucional.

Del mismo modo, los gobiernos de los Estados del continente latinoamericano, identifican la lucha contra la exclusión social como una cuestión fundamental del desarrollo de las regiones y “de una democratización sustancial”. Son consideradas un factor agravante de la exclusión social las reformas económicas realizadas por los gobiernos en la década de los noventa, donde se ha impedido que importantes colectivos poblacionales sean beneficiarios de la prosperidad macroeconómica de la región (Márquez, et al. 2008). De este modo, las políticas de inclusión se han centrado en realizar cambios sustanciales en la enunciación de políticas económicas y sociales en aras de reducir la desigualdad y la pobreza de la población.

3. Metodología

En el tema que nos concierne, son múltiples y diversas las formas de la vulnerabilidad y la exclusión social según la existencia de determinados factores de riesgo y de protección que condicionan su acentuación o, contrariamente, su deterioración. En base a ello, el *planteamiento de la investigación* se origina a raíz de abordar el análisis de la vulnerabilidad y la exclusión social a partir de la selección³ del Barrio El Gallito (Guatemala) y La Coma (Paterna, España) y cómo dichos fenómenos son sentidos por la población residente en ambos contextos residenciales. En consecuencia, la *formulación del fenómeno* de investigación se identifica con: “Profundizar en el conocimiento del fenómeno de la vulnerabilidad y la exclusión social en el Sur y en el Norte a partir de la descripción de los condicionantes estructurales y la percepción de las personas residentes y profesionales del barrio El Gallito (Guatemala) y La Coma (Paterna, España)”.

3.1. Propuesta metodológica

Se ha partido del método del estudio de caso que, en la línea de Castro (2010, p.36) alude a: “una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto real, cuando las fronteras entre el fenómeno y el contexto no son evidentes, y en la que se utilizan múltiples fuentes de evidencia”. A partir de ello y dada la selección de dos barrios para llevar a cabo la investigación, se ha planteado el desarrollo del análisis comparativo. Según Beltrán (1985), en el campo de las Ciencias Sociales dicho método ha sustituido al método propio de las ciencias físico-naturales, es decir, el método experimental. En base a ello, los objetivos propuestos se identifican con el siguiente mapa de la investigación:

.....

3 La referencia expresa a la justificación de la investigación, ha sido planteada en la parte introductoria del presente estudio.

MAPA DE DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLES DE ESTUDIO	TÉCNICAS Y MÉTODOS
<ul style="list-style-type: none"> - ¿El entorno comunitario se encuentra deteriorado respecto al resto del municipio? - ¿Comparten los mismos descriptores del entorno barrial en el Sur y en el Norte? 	I. Analizar la idiosincrasia del entorno comunitario de El Gallito y La Coma	<ul style="list-style-type: none"> • Ubicación geográfica • Existencia o carencia de recursos comunitarios • Estado de conservación de las infraestructuras urbanas 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión en fuentes secundarias • Audición
<ul style="list-style-type: none"> - ¿Comparten características poblacionales similares? - ¿Existe discriminación social hacia la población residente de ambos barrios? 	II. Comparar las características de las personas residentes en relación con la población de referencia en el resto del municipio de Guatemala y Paterna	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia o inexistencia de diversidad cultural • Nivel educativo • Nivel ocupacional • Perfil socioeconómico de la población 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión en fuentes secundarias • Informe sociodemográfico de los municipios de Paterna y de Guatemala • Audición
<ul style="list-style-type: none"> - ¿Existe un factor determinante de incidencia de la vulnerabilidad y la exclusión social? - ¿Se producen casos de inseguridad ciudadana? 	III. Identificar los factores de riesgo y de protección del entorno barrial desde la perspectiva ciudadana	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad ciudadana • Tráfico y consumo de drogas • Discriminación social • Convivencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión en fuentes secundarias • Audición

Fuente: Elaboración propia.

3.2. Apuesta por la complementariedad metodológica

El estudio de caso, permite analizar y al mismo tiempo explicar los fenómenos de la vulnerabilidad y la exclusión social desde la realidad social de los barrios objeto de estudio, empleando para ello diversas fuentes de evidencia empírica. Por este motivo, para la consecución de los objetivos propuestos se hace necesario apostar por la complementariedad metodológica, entre la metodología cuantitativa y cualitativa con la finalidad de lograr un conocimiento más amplio y completo del objeto de estudio (Alberich, 2007).

No se trata de realizar una investigación por la investigación, ni por satisfacer un mero “apetito intelectual”, sino que ella debe estar vinculada a la transformación... El quehacer investigativo debe tener una clara vinculación con la práctica transformadora lo que supone la superación de la división clásica entre el “sujeto” y el “objeto” de la investigación, toda vez que el objeto se transforma en el sujeto consciente que participa en el análisis de su propia realidad con el fin de promover su transformación (Ander-Egg, 2003, p.9).

En consecuencia, se ha empleado la metodología cuantitativa a partir de la búsqueda en fuentes secundarias y la metodología cualitativa a partir de la técnica de la audición.

3.2.1. Metodología cuantitativa: búsqueda en fuentes secundarias

La metodología cuantitativa trata de articular una explicación científica sobre el fenómeno de la investigación, de una manera estructurada y neutra a partir del empleo de datos estadísticos o técnicas matemáticas entre otras (Corbetta, 2003). En especial, como técnica de la metodología cuantitativa se ha empleado la *búsqueda en fuentes secundarias*,

relativa a estudios o investigaciones previas realizadas en los contextos objeto de estudio, estadísticas, informes y documentación significativa en base al barrio El Gallito y el barrio de La Coma. Como resultado, las principales fuentes secundarias consultadas en uno y otro barrio, se corresponden con:

Tabla 1. Síntesis de fuentes secundarias consultadas

CONTEXTO	FUENTE	AÑO	DATOS SIGNIFICATIVOS
ÁMBITO INTERNACIONAL (ESPAÑA Y GUATEMALA)	Programa de Naciones Unidas al Desarrollo ⁴	2016	1. Índice de Desarrollo Humano 2. Índice de Desarrollo Humano ajustado por la Desigualdad 3. Índice de Desarrollo de Género 4. Índice de Pobreza Multidimensional 5. Población en riesgo de sufrir pobreza 6. Índice de educación ajustado por la desigualdad 7. Índice de ingresos ajustado por la desigualdad
LA COMA	Monografía Comunitaria La Coma	2012	1. Características poblacionales 2. Nacionalidades presentes en el territorio 3. Situación y estado de las viviendas
EL GALLITO	Instituto Nacional de Estadística de Guatemala	2014	1. Diversidad cultural (población indígena/no indígena) 2. Municipios con agua potable 3. Seguridad Alimentaria 4. Nivel de hacinamiento por municipio 5. Situación de las viviendas

Fuente: Elaboración propia.

De esta manera, buena parte de los datos recogidos a partir de tales fuentes secundarias, constituirán la base para desarrollar, a nivel macro (descripción) y micro (en profundidad), los objetivos específicos presentados posteriormente.

3.2.2. Metodología cualitativa: la audición

La concepción holística en la perspectiva cualitativa, parte de la consideración que cada parte del proceso de investigación es susceptible de ser revisada porque, a diferencia de la metodología cuantitativa, no sigue ningún criterio de linealidad (Corbetta, 2003). Lo más significativo del empleo de esta metodología se encuentra en la retroalimentación del marco teórico, la elaboración de las preguntas de investigación y el análisis de datos obtenidos; es decir, la continuidad en cuanto a su revisión y en la formulación del diseño de la investigación. Partiendo del objeto de estudio correspondiente con la profundización del conocimiento de la vulnerabilidad y la exclusión social, se ha seleccionado la técnica de la *audición*, ya que parte de la escucha para profundizar en el conocimiento de un fenómeno y actuar a posteriori, a través de la participación y de la construcción de relaciones en la comunidad.

Hay que escuchar lo que dice y hace la gente, y las preguntas que surgen de su praxis, pero no de cualquier forma. Son muchas las verdades parciales que se construyen cotidianamente, y para ser fieles a los cambios que la gente reclama, debemos aplicar un cierto rigor que haga

.....

4 En adelante PNUD.

emerger la construcción colectiva de verdades más profundas, más transformadoras, y no tanto lo primero que se nos ocupa (Rodríguez Villasante, 2002, p.13).

Dicha técnica, puede emplearse para el conocimiento, bien de una comunidad en su totalidad o bien, hacia un tema específico de la vida en comunidad. En el caso que nos concierne, la orientación de la audición se corresponde con la primera vertiente, correspondiente al conocimiento del barrio de La Coma y El Gallito en su totalidad desde una perspectiva integral y contemplando las diferentes partes que conforman la realidad comunitaria de la ciudadanía.

De este modo, la audición refleja el conocimiento y experiencias por parte de los/as informantes clave respecto a los entornos convivenciales objeto de estudio, dado que a partir de la pregunta *¿Qué sabes sobre el barrio de La Coma?, ¿qué sabes sobre el barrio El Gallito?* respectivamente, cada persona responde subjetivamente en función de los procesos sociales vinculados a tales contextos residenciales, destacando aquellos temas que consideren relevantes para dar respuesta a la pregunta mencionada. Mientras la persona *audicionada* responde ampliamente, la persona que realiza la audición al mismo tiempo, anota literalmente las ideas tratadas por la persona audicionada para, finalmente, proceder a la devolución de la información registrada. Una vez realizada la devolución, se pueden modificar las anotaciones tomadas si la persona audicionada lo considera conveniente, bien para profundizar en un tema que considera significativo, bien para suprimir información. A continuación, la audición finaliza con la pregunta: *¿Qué propuestas de intervención haría en el barrio?*, de forma que, una vez relatada la información, resulta más sencillo generar propuestas de actuación en el territorio. Por último, cabe destacar que la audición se ha realizado tanto a nivel individual como grupal siguiendo la misma metodología planteada.

A partir de ello, se han seleccionado determinados perfiles profesionales y ciudadanos que disponen de información de gran relevancia acerca de la configuración del barrio de La Coma y El Gallito. Sin embargo, se han seleccionado los perfiles profesionales y ciudadanos que se han mostrado accesibles a la realización de la audición por el programa informático Skype.

Siguiendo tales ámbitos (profesional y ciudadano), para realizar un análisis comparativo en ambos barrios y dotarlo, a su vez, del mayor rigor científico, ha resultado fundamental el desarrollo de las audiciones a los mismos o similares perfiles profesionales y ciudadanos en cuanto a variables como: ocupación, sexo, género y pertenencia a una minoría étnica, entre otras. A continuación, se presenta una tabla resumen de los perfiles seleccionados para el desarrollo y consecución del propósito de la investigación:

Tabla 2. Perfil de las personas informantes en el barrio de La Coma y en el barrio de El Gallito⁵

	CRITERIOS DE SELECCIÓN		BARRIO DE LA COMA	CÓDIGO		BARRIO EL GALLITO	CÓDIGO
PROFESIONALES DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento del barrio Edad: 48, 49 y 50 Experiencia profesional en los barrios más de 4 años Contacto directo con la población residente 	1.	Trabajadoras sociales (2) ⁶	ACTS	2.	Trabajador social (1)	AGTS
	<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento del barrio Edad: 25 y 31 Contacto directo con la población residente 	3.	Técnica municipal (1)	ACTM	4.	Técnica municipal (1)	AGTM
	<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento del barrio Edad: 29 y 39 Realización de investigaciones en profundidad sobre los barrios objeto de estudio. Experiencia profesional en el municipio. 	5.	Experto (1)	ACE	6.	Experto (1)	AGE
CIUDADANÍA	<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento Presencia en el barrio Desarrollo de proyectos dirigidos a la población del barrio Creciente reconocimiento social Capacidad de movilización social 	7.	Iglesia evangélica, Iglesia Católica y Mezquita (3)	ACIE	8.	Iglesia Evangélica (1)	AGIE
	<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento del barrio Presencia en el barrio Reconocimiento social Capacidad de movilización social 	9.			10.	Hermandad El Gallito (1) ⁷	AGIC
	<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento del barrio Edad: 20 Residencia en el barrio más de 19 años Varón 	11.	Vecino joven (1)	ACV01	12.	Vecino joven (1)	AGV01
	<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento del barrio Edad: 24 Residencia en el barrio más de 19 años 	13.	Vecino joven (1)	ACV02	14.	Vecino joven (1)	AGV02
	<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento del barrio Edad: 19 	15.	Vecino joven (1)	ACV03	16.	Vecino joven (1)	AGV03
	<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento del barrio Residencia en el barrio más de 19 años Mujer 	17.	Vecina joven (1)	ACV04	18.	Vecina joven (1)	AGV04
	<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento del barrio Residencia en el barrio más de 19 años Mujer 	19.	Vecina joven (1)	ACV05	20.	Vecina joven (1)	AGV05

Fuente: Elaboración propia.

-
- 5 Agradecer la colaboración de la Fundación Secretariado Gitano, en especial, al Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural de Paterna por haber facilitado tres de las audiciones presentadas en la tabla para la consecución de la investigación.
- 6 Los números entre paréntesis de la presente tabla, aluden al número de personas participantes en cada una de las audiciones realizadas.
- 7 En la práctica, la selección de personas seleccionadas de la Hermandad El Gallito se ha materializado por la pertenencia de éstas a la Iglesia de la Santísima Trinidad (Guatemala) y de este modo aplicar la comparativa con las personas pertenecientes a la Iglesia Católica

3.3. Técnica de procesamiento de la información: MAXQDA 2018

Para el tratamiento de datos cualitativos procedentes de las audiciones se ha utilizado el programa informático Maxqda 2018. Dicho programa, “permite un tratamiento cuantitativo de datos después de una categorización de los elementos discursivos” (Martínez – Martínez, 2017, p.389). A partir de este software, se ha realizado un análisis y codificación de la información contenida en las audiciones realizadas en uno y en otro barrio. Con cierta frecuencia, las categorías de análisis suelen ser denominadas códigos, pero ambas aluden funcional y sistemáticamente al mismo concepto; es decir, más allá de centrarse en el resultado de un proceso de análisis que trasciende el propio acto de determinar un tema, se encuentra orientado a establecer un análisis del tema en cuestión. En base a tales funcionalidades, se ha establecido un sistema de categorías y subcategorías en coherencia con los objetivos específicos y sus variables, para cada uno de los barrios objeto de estudio. No obstante, ha sido necesario establecer algunas categorías específicas para El Gallito y La Coma con la finalidad de codificar la información pertinente para el análisis de su propia idiosincrasia.

4. Resultados

Para la presentación de los resultados obtenidos, la estructura del siguiente epígrafe se ha articulado en base al empleo del programa informático Maxqda 2018. Por un lado, se ofrece un análisis de tipo cuantitativo donde se describen brevemente datos de carácter macro sobre Guatemala y España, así como los temas más tratados por las personas audicionadas. Por otro lado, se realiza un análisis del contenido de las audiciones a partir de un sistema de categorías y subcategorías realizado a partir de los objetivos específicos y de las variables de estudio de cada uno de ellos.

4.1. Análisis descriptivo

En el análisis descriptivo, se presentan por un lado datos sobre el Programa de Naciones Unidas por el Desarrollo⁸ sobre España y Guatemala al objeto de contextualizar los fenómenos objeto de estudio a nivel estatal; y, por otro lado, se presenta la información de los discursos procedentes de las audiciones a partir de gráficos y diagramas de barras, que permiten cuantificar los diferentes temas tratados en ambos barrios.

4.1.1. Indicadores de desarrollo humano

En la caracterización de carácter externo a ambos barrios, se considera pertinente conocer la situación actual de El Gallito y La Coma, en base a los siguientes indicadores de desarrollo humano sobre Guatemala y España. Para ello, se ha tomado como punto de partida los datos del año 2010 para poder comparar la situación actual (2016) en base a los datos existentes para uno y otro año, y de este modo, proceder al estudio de la trayectoria

.....

8 En adelante, PNUD.

de ambos países a partir de los indicadores de desarrollo humano.⁹ Según los Informes del PNUD, se destaca que Guatemala es un país con un **IDH medio** (0,560) en el año 2010, pero si tomamos en consideración el **IDH – D**, su valor se reduce a 0,450 en el año 2016, sufriendo en la clasificación del IDH en el año 2016 a la posición 125^o (0,640). Tales datos pueden traducirse en el hecho de que, dentro de la catalogación como un país con un IDH medio, su nivel de desigualdad en cuanto a la distribución de la renta, salud y educación, es positivo puesto que la diferencia entre el IDH y el IDH – D, no es muy pronunciada.

Por su parte, España se sitúa con un **IDH muy alto**, 0,863 y 0,884, para los años 2010 y 2016 respectivamente. Sin embargo, en cuanto al análisis del **IDH – D**, tales valores se reducen escasamente (0,779 y 0,791 respectivamente). Por este motivo, tanto en Guatemala como en España, gracias a los valores aportados del IDH – D podemos analizar el nivel real de desarrollo humano considerando en los mencionados valores la desigualdad,

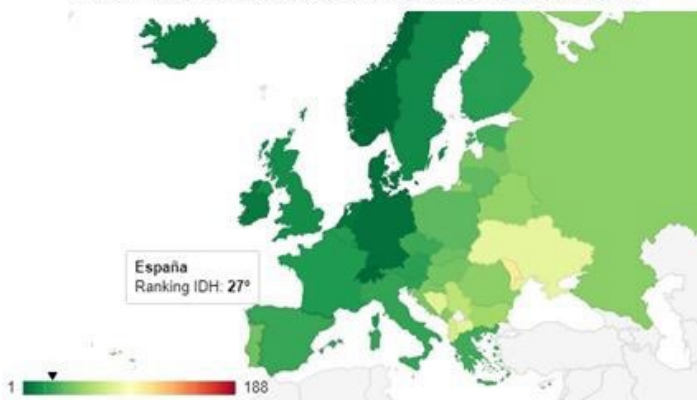
mientras que el IDH, puede considerarse como un índice de desarrollo humano de carácter *potencial* (Foster, López-Calva y Szekely, 2005). En lo que respecta al género, la diferencia del **IDG** en ambos países es sustancialmente diferente. Para el año 2010, la diferencia entre Guatemala (0,713) y España (0,280) se situaba en cerca de 4 puntos, mientras que en el año 2016 dicha diferencia se ha mantenido constante, aunque con valores diferentes para cada uno, 0,494 (Guatemala) y 0,081 (España). En este sentido, tanto en uno como en otro país, las desigualdades sociales y económicas entre hombres y mujeres se han reducido, a pesar de que el PNUD señale que en la mayor parte de los Estados no haya logrado superarse el denominado *techo de cristal*¹⁰ tanto en países con un IDH muy alto como en aquellos con un IDH muy bajo. Por otra parte, para el análisis de la situación de pobreza, únicamente podemos constatar datos de Guatemala, ya que, dada la clasificación de España en los

MAPA 1. IDH DE GUATEMALA EN EL CONTEXTO DE CENTROAMÉRICA



Fuente: Datos Macro (2017)

MAPA 2. IDH DE ESPAÑA EN EL CONTEXTO EUROPEO



Fuente: Datos Macro (2017)

.....

9 Véase la tabla comparativa del anexo III.

10 Teoría acuñada en la década de los 80 en un informe sobre mujeres ejecutivas, y publicado en el Wall Street Journal, donde se establece que *el techo de cristal* es aquello que impide a las mujeres y otros grupos en situación de desventaja llegar a puestos directivos.

países con un IDH muy alto, carece de datos para el **IPM y para la población en riesgo de sufrir pobreza**. No obstante, los datos del **IPM** para Guatemala (2010), se sitúan en 0,127 y 9,8 en cuanto a la población en riesgo de sufrir pobreza, mientras que para el año 2016, no se muestran datos que reflejen el nivel de privaciones de la población en base a las tres dimensiones del IDH (educación, salud y estándar de vida).

Respecto a las desigualdades en la distribución de los años de escolaridad (**Índice de educación ajustado por la desigualdad**), cabe destacar que Guatemala se encuentra en valores próximos al 0 (0,270 y 0,324 en los años 2010 y 2016 respectivamente), por lo que cabe destacar que:

El gasto público en educación logró un incremento a finales de la década de 1990 y las tasas de cobertura mejoraron hasta casi alcanzar la cobertura universal del nivel primario en 2009. Tanto en el nivel básico como el diversificado han incrementado su cobertura de forma más sostenida, pero están muy lejos aún de la universalidad (PNUD 2016b, p.25 – 27).

En el caso de España, dicho índice es mucho más elevado que en Guatemala, adquiriendo un valor para el 2016 de 0,777. Según el último informe de FOESSA (2014), se destaca que junto a sanidad y las prestaciones de jubilación, la educación constituye uno de los *gastos*¹¹ más relevantes del Estado. “El acceso a los servicios sanitarios y educativos financiados públicamente es una piedra angular de las políticas orientadas a la igualdad de oportunidades y a la contención de la transmisión intergeneracional de la desigualdad y la pobreza” (2014, p.115). Sin embargo, en comparación con el gasto social del resto de países de la Unión Europea, España se sitúa en seis puntos por debajo de la media en relación al PIB, no únicamente en el sistema educativo, sino también en sanidad, vivienda y servicios sociales. Relacionado con este último punto, se ha tomado en consideración el **índice de ingresos ajustado por la desigualdad**, donde los valores entre Guatemala y España son tan acentuados como sucedía en el caso del indicador anterior, con cerca de 3 puntos de diferencia entre uno y otro (0,424 y 0,684 respectivamente para el año 2016).

4.1.2. *Temas más tratados por las personas audicionadas*

Para el análisis de las temáticas tratadas, se ha partido del sistema de categorías¹² y subcategorías descrito en el marco metodológico. En dicho sistema de categorías, pueden apreciarse los temas más tratados por cada una de las personas audicionadas, facilitando a su vez, una doble comparativa: por un lado, las temáticas más tratadas según los perfiles audicionados en el Sur y en el Norte y, por otro lado, el análisis global de las temáticas más enunciadas en ambos barrios objeto de estudio.

.....

11 “La expresión gasto social sugiere que todo recurso público que se destina a una finalidad social, lo es a fondo perdido, que no hay rentabilidad de carácter económico o productivo sino solidaridad o la necesidad de cohesión social. (...) Sin duda, hemos de darle la vuelta a la concepción. Ya hace tiempo que en nuestra sociedad que hemos de hacer el cambio y revisar paradigmas tradicionales” (Uceda-Maza, 2017, p.102). La inversión en políticas sociales como sanidad, educación o servicios sociales entre otras, es sinónimo de generación de riqueza, lugares de trabajo y aportar a la economía de un país.

12 El análisis de las temáticas más destacadas incluyendo las subcategorías, se encuentra detallado en el anexo I y II.

Gráfico 1.- Temas más tratados en el barrio El Gallito

Sistema de códigos	AGTS	AGTM	AGE	AGIC	AGIE	AGV01	AGV02	AGV03	AGV04	AGV05	SUMA
▷ FACTORES DE RIESGO	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	53
▷ NECESIDADES CIUDADANAS		■			■	■	■	■	■		11
▷ PROPUESTAS	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	20
▷ ENTIDADES	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	17
▷ ACTUACIONES DESARROLLADAS EN EL BARRIO	■		■		■						8
▷ FACTORES DE PROTECCIÓN	■		■		■	■			■	■	15
▷ SITUACIÓN DE LAS UNIDADES RESIDENCIALES	■		■	■	■	■	■	■	■	■	15
▷ CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	65
▷ CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	40
Σ SUMA	46	17	34	11	23	31	22	29	12	19	244

Fuente: Gráfico extraído de Maxqda 2018

De este modo, en color rojo, se identifican los temas centrales tratados en cada una de las audiciones a partir del sistema de categorías situado en el margen izquierdo del gráfico. La frecuencia del nivel de respuesta respecto a los temas tratados de mayor a menor, se corresponde con el tamaño de los cuadros reflejados en el gráfico superior e inferior.

Gráfico 2.- Temas más tratados en el barrio de La Coma

Sistema de códigos	ACTS	ACTM	ACE	ACIE	ACV01	ACV02	ACV03	ACV04	ACV05	SUMA
▷ FACTORES DE RIESGO	■	■	■		■	■		■	■	38
▷ NECESIDADES CIUDADANAS		■	■		■			■	■	14
▷ PROPUESTAS	■	■	■		■		■	■	■	25
▷ ENTIDADES	■	■	■	■			■		■	8
▷ ACTUACIONES DESARROLLADAS EN EL BARRIO	■			■	■	■	■	■		24
▷ FACTORES DE PROTECCIÓN		■	■							4
▷ SITUACIÓN DE LAS UNIDADES RESIDENCIALES	■	■	■	■	■		■			14
▷ CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO	■	■	■	■	■		■	■	■	26
▷ CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES	■	■	■	■	■	■	■	■	■	41
Σ SUMA	27	19	28	8	29	15	17	20	31	194

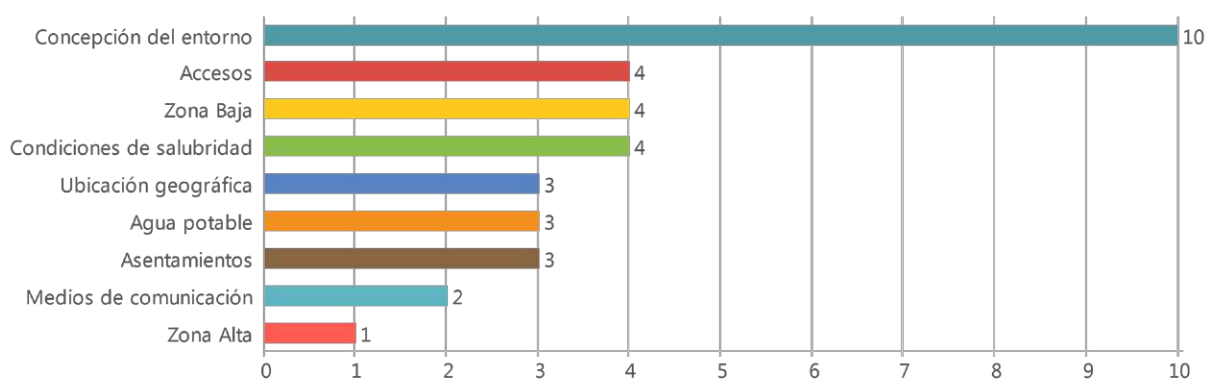
Fuente: Gráfico extraído de Maxqda 2018

Tanto en el gráfico 1 como en el 2, es significativa la escasa variabilidad de los discursos entre ambos contextos barriales, así como en la propia focalización de los temas más destacados en cada barrio. Por una parte, las y el profesional de Trabajo Social han destacado las características poblacionales como el tema más comentado de su discurso, seguido de las características del entorno y de la situación de las unidades residenciales. Asimismo, los gráficos arrojan cierta similitud en cuanto a los temas más enunciados, como sucede con los factores de riesgo y la formulación de propuestas, y, por otro lado, los temas que con menor frecuencia han sido mencionados se corresponden con las actuaciones desarrolladas en el barrio, los factores de protección y las necesidades ciudadanas.

4.1.3. Características del entorno comunitario

La concepción del entorno comunitario de las personas residentes en uno y en otro barrio, ofrece un análisis descriptivo de la realidad social vivida por las mismas. En este punto, se han encontrado semejanzas entre El Gallito y La Coma, puesto que, se ha aludido a una visión negativa de los barrios, marcada principalmente por el deterioro, la degradación e incluso el abandono por parte de las administraciones públicas en el Sur y en el Norte. Unido a ello, el tema de los **accesos** al barrio también ha sido uno de los temas más comentados en relación a la concepción del entorno en el caso de El Gallito (4 veces).

Gráfico 3.- Características del entorno de El Gallito

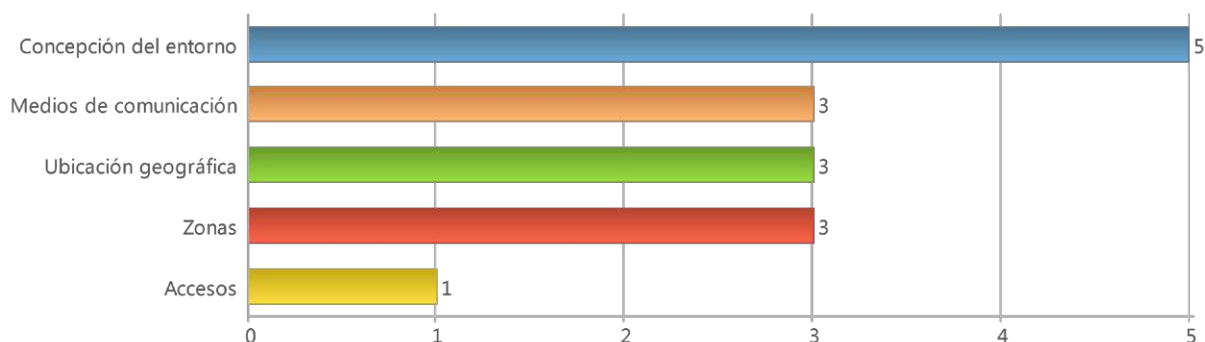


Fuente: Gráfico extraído de Maxqda 2018

Paralelamente a la concepción del entorno y los accesos, otro tema destacado en las características del entorno ha sido la **diferenciación de zonas** dentro de los límites geográficos de ambos barrios, señalada 5 veces en El Gallito y 3 veces en La Coma. Tal diferenciación, se aprecia en las características poblacionales y las condiciones de unas zonas con respecto a otras.

Además, también cabe destacar que un factor determinante en la configuración de dichos barrios es la **ubicación geográfica** mencionada 3 veces en El Gallito y La Coma, puesto que, en buena medida, condiciona las relaciones y vínculos con los municipios de referencia.

Gráfico 4.- Características del entorno de La Coma



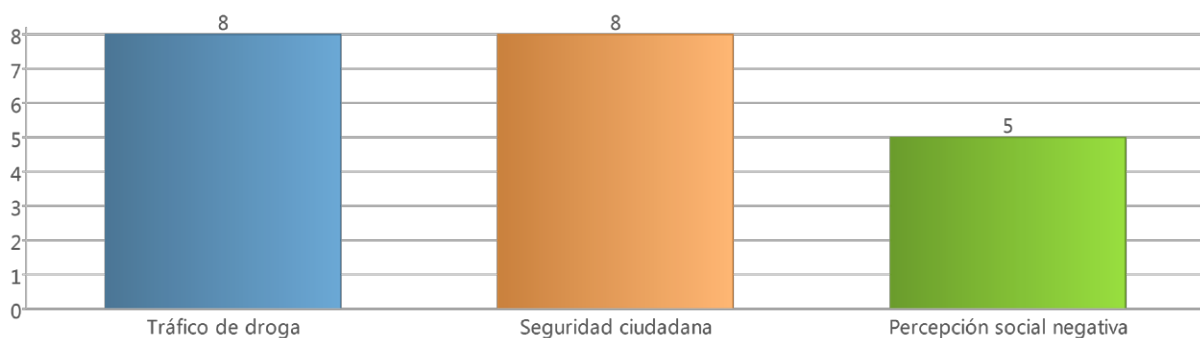
Fuente: Gráfico extraído de Maxqda 2018

Entre los temas menos comentados se encuentra la existencia de asentamientos en el barrio El Gallito (8,8%), los medios de comunicación (5,8%), el agua potable (8,8%) y la Zona Alta (2,9%); mientras que, en La Coma, los temas menos comentados han sido los accesos (6,6%).

4.1.4. Factores de riesgo

Paradójicamente, se han identificado los mismos **factores de riesgo**, correspondientes con el tráfico de droga, la seguridad ciudadana y la percepción social negativa, aunque con diferentes porcentajes al respecto.

Gráfico 5.- Factores de riesgo de El Gallito



Fuente: Gráfico extraído de Maxqda 2018

Por un lado, en el barrio El Gallito, el factor de riesgo más destacado se ha identificado con el tráfico de droga y la seguridad ciudadana (38% respectivamente), y en último lugar, la percepción social negativa con un 23%. En contraposición, en el barrio de La Coma, el tráfico de droga se ha destacado como el factor de riesgo menos comentado (18,75%), seguido de las menciones respecto a la seguridad ciudadana (37,5%). El factor de riesgo más mencionado se ha identificado la percepción social negativa con un 43,75%.

Gráfico 6.- Factores de riesgo de La Coma



Fuente: Gráfico extraído de Maxqda 2018

4.2. Análisis de contenido

En el análisis de contenido, se procederá a detallar en profundidad la información obtenida a partir de las audiciones, así como de las fuentes secundarias detalladas en el marco metodológico. Para una mejor organización de la información, los resultados obtenidos se han estructurado en base a los objetivos específicos y sus variables de estudio, para cada uno los barrios objeto de estudio, en aras de analizar cada una de las realidades en su contexto territorial.

4.2.1. Analizar la idiosincrasia del entorno comunitario de El Gallito y La Coma

En base al primer objetivo específico, los discursos han estado centrados en la ubicación geográfica, los accesos, el estado de conservación de las infraestructuras urbanas y la existencia de recursos comunitarios.

• EL GALLITO

La **ubicación geográfica** del barrio El Gallito, se encuentra en el área central de la ciudad capital, concretamente en la Zona 3¹³ cuya zona cuenta con un total de 25.501 habitantes (Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, 2009).

“Con el sistema de planificación que se hizo, la ciudad se divide en diferentes zonas y funcionan al contrario de las agujas del reloj en forma circular hasta llegar a las 25 zonas¹⁴. El Gallito se ubica en la Zona 3 de Guatemala y está en un punto céntrico, al lado de la Zona 1” (AGTS).

No obstante, en cuanto a las limitaciones y características físicas, cabe señalar que ha habido un cambio considerable en los últimos 70 años. En los años 40, época donde se sitúa su creación, había 17 entradas que daban **acceso** al barrio, pero posteriormente, en la década de los 90, con la llegada de grupos delincuenciales y traficantes, se volvió un barrio peligroso, reduciendo notablemente los accesos al mismo:

“Fue catalogado como barrio rojo por la policía, dada la peligrosidad que existe allá. (...) Hubo un momento en el que la policía dejó 3 ó 4 entradas para controlar un poco más el acceso de las personas al barrio con la finalidad de que volviera a ser lo que era antes, digamos que fue una especie de cierre parcial a vehículos y a las personas. Ello se volvió peor, porque la policía no podía entrar, se volvió como una especie de lugar sacrosanto y toda la gente que vivía allí se quedó como aislada” (AGTS).

Por otra parte, en cuanto a la configuración interna del barrio, se ha señalado una notable diferencia respecto a la **Zona Alta y Baja** del mismo. La Zona Alta es aquella que se encuentra más próxima al centro de la ciudad (Zona 1), mientras que la Zona Baja hace referencia a la zona colindante con el barranco (Zona 7).

.....

13 En el periodo de 1926 – 1930, el gobierno del presidente de la República Lázaro Chacón tomó la decisión de formar barrios para obreros. En el proceso de adjudicación de las parcelas y la transferencia de terrenos, se previó la inversión en la formación de las estructuras necesarias para la provisión del agua potable a la población residente en El Gallito. Posteriormente a la década de los años 30, se llevaron a cabo la instalación de drenajes, pavimentación, la introducción del agua potable y el mantenimiento de los servicios existentes (Zea, 2013).

14 Véase el sistema de ordenación de la ciudad de Guatemala a partir de la siguiente noticia de prensa: Váldez, S. (19 de agosto de 2013). Guatemala concentra más zonas peligrosas. *Prensa Libre*.

Mapa 3. Delimitación territorial del barrio El Gallito



Fuente: Google Maps

Dentro de los propios límites geográficos del barrio, además de tales diferenciaciones geográficas entre la Zona Alta y Baja, existen diferencias en cuanto al estado de conservación de los equipamientos y respecto al perfil poblacional residente se refiere:

“En la parte más baja, las casas son de cartón y se encuentran al lado del barranco con peligro de deslizamiento, este mismo año ha habido varios deslizamientos” (AGTS).

En lo relativo a los **equipamientos básicos** se ha destacado el papel de la EMPAGUA¹⁵ en la provisión de agua y, por otra parte, aunque con carácter generalizado el agua potable esté presente en todo el territorio, se ha mencionado:

“Entre las cuestiones que serían necesarias estaría el sistema de drenaje, el agua potable, la energía eléctrica. Sí que hay conexiones, pero no hay un sistema que garantice que tales conexiones son buenas, no hubo una buena planificación cuando se planteó y ahora es difícil de resolver” (AGTS).

Íntimamente relacionado con ello, las **condiciones de salubridad** también han caracterizado en buena medida, el entorno barrial destacando la falta de actuación por parte de la Municipalidad en la recogida de residuos:

“Hay muchos puntos en los que la gente por no pagar una extracción de basura, se ve a una persona tirar una bolsa de basura y por ello lo hacen todos. En El Gallito tenemos la recolección de basura de la zona 3. Hay gente muy pobre en el barrio. Al barrio se le llamaba desde afuera el “basurero de la zona 3” (AGV03).

Ligado a la existencia de equipamientos básicos, los **recursos comunitarios** presentes en el territorio, relativos a la existencia de aquellos servicios básicos como la educación, sanidad y servicios sociales, entre otros, en El Gallito se ha destacado la existencia de tres colegios, una clínica; un mercado y un albergue para personas sin hogar:

.....

15 Según la Municipalidad de Guatemala, EMPAGUA es una empresa municipal proveedora de servicios de alcantarillado y agua potable en la ciudad capital y otras áreas de influencia, de reconocimiento nacional e internacional.

“De colegios en El Gallito hay 3: Juana de Arco donde estudié yo, el Mixto Metel y el CEF que es Evangélico (...) Hay un doctor, el Dr. Cifuentes en el barrio que casi todo el mundo va a él. La clínica la tiene por las noches y por las mañanas también trabaja en un sanatorio privado (...) Hay un pequeño albergue para Personas sin hogar en el barrio. También hay tanques de la municipalidad donde la gente va a lavar la ropa si no tienen lavadora en sus casas y allí es donde las mujeres se reúnen” (AGV01).

Unido a la existencia de los recursos comunitarios, un importante factor del entorno barrial de El Gallito se corresponde con la existencia de un **tejido comercial** notable:

“En la parte de arriba, hay tiendas y no siempre es de gente que vive en el barrio, sino que son de gente que trabaja allí y que procede de la parte de Occidente del país, y eso se nota por el acento (...) Hay gran variedad de tiendas en el barrio, yo aparqué un día el coche frente a una tienda de zapatos ortopédicos, por ejemplo” (AGE).

De dicho discurso puede desprenderse que la existencia de dicho comercio, facilita que El Gallito sea un espacio permeable para la población no residente, puesto que parte de los propietarios de las tiendas, proceden de fuera del barrio; y al mismo tiempo, las personas residentes, acceden con cierta facilidad al núcleo urbano de la ciudad capital dada la proximidad de la Zona 3 y la Zona 1.

• LA COMA

Por su parte, el barrio de La Coma pertenece al municipio de Paterna (Valencia), con una población de 6.967 habitantes (Monografía Comunitaria, 2012). A diferencia de la **ubicación geográfica** de El Gallito, la localización del barrio se sitúa en la periferia urbana con respecto al núcleo urbano del municipio en el que se inserta (Paterna a 2.5 km y de Burjassot a 1.5 km).

“El barrio va desde la Pantera Rosa, los 4 pilares (fincas) y la zona roja” (ACV05)

Mapa 4. Delimitación territorial del barrio de La Coma



Fuente: Monografía Comunitaria La Coma (2012)

Su ubicación periférica, se hace más evidente cuando se analizan los diferentes **accesos** al núcleo del barrio, dado que en la actualidad únicamente existen dos tipos de accesos:

bien a través de la carretera de Lliria o bien a través de la pista de Ademuz. Por otra parte, también existe comunicación con el municipio de referencia y con las ciudades colindantes a través de la red de infraestructuras de Metrovalencia.

“La Coma está más cerca de Burjassot que de Paterna y es más, llegas antes al centro de la capital de provincia que al municipio de referencia. Antes era más caro ir a La Coma que ir al centro de Valencia y eso constituyó una de las principales reivindicaciones de la gente del barrio” (ACE).

Por otra parte, la mención expresa respecto a la existencia de dos **zonas** en el barrio ha estado referida a aquellos espacios de mayor riesgo de conflictividad social dentro de la propia Coma:

“En el barrio digamos que hay una zona, que le llamamos la zona VIP, es la zona más conflictiva donde se aglutina toda la gente más conflictiva. Esta zona iría desde el colegio Antonio Ferrandis, Plaza la Yesa y las 3 pistas. Yo nunca voy por allí, la verdad es que prefiero evitarlo. Si a los 4 jóvenes que hay en esa zona se les diera entretenimiento, muchas cosas no pasarían. El resto de zonas del barrio es normal y corriente” (ACV05).

“Para mí aquí primero hay que hablar de las zonas. Digamos que aquí se diferencian los del medio que son los “normales” por así decirlo, y luego la parte de los de abajo, que es donde están los gitanos” (ACV01).

Respecto a los **equipamientos básicos**, según el estudio realizado en el periodo 2015 – 2016 (Caravantes, Climent y Masiá, 2017), una de las mayores problemáticas que fue señalada por los agentes comunitarios, se identifica con **la tarifa de agua** para sus residentes. En este caso, La Coma dispone de la tarifa de agua de la ciudad de València, y, en consecuencia, las facturas suelen ser, con carácter general, más elevadas que en Paterna.

En cuanto a los **recursos comunitarios** existentes, en La Coma se identifican diversos centros educativos y un centro de salud:

“En el barrio hay dos CAES¹⁶, un colegio concertado religioso, una escuela infantil y un instituto público. La escuela infantil alberga hasta setenta niños, que es muy superior a la media del resto de escuelas y además tiene Escola matiner y abre de 7:00h hasta la tarde; la gestiona GESPA que es la empresa privada que gestiona todo tipo de servicios de Paterna” (ACTM).

“El barrio nació sin servicios mínimos como un centro de salud, una farmacia, no había farolas, había semáforos, pero no funcionaba... estaban aislados, pero no únicamente a nivel físico sino a todos los niveles. Gracias a las reivindicaciones de los vecinos han logrado muchos de los servicios que hoy puedes encontrar. Una vez se pusieron en medio de la autovía para conseguir el Centro de Salud” (ACTS).

Este último apunte, introduce una de las características más significativas del barrio, puesto que además de conseguir el centro de salud a partir de las movilizaciones ciudadanas¹⁷, también fue relevante la ubicación de dos paradas de tranvía en el barrio. Sin embargo, a pesar de la presencia de tales recursos comunitarios el prácticamente inexistente

.....

16 Centros de Atención Educativa Singular.

17 Rodríguez, G. (23 de febrero de 2018). Cientos de vecinos se manifiestan en La Coma y reclaman medidas “urgentes” para que el barrio “deje de ser un gueto”. Paterna ahora.

tejido comercial¹⁸ es una de las características más relevantes de La Coma: obligando a las personas residentes a desplazarse a la localidad vecina de Burjassot, dada su proximidad geográfica frente al municipio de referencia:

“Hay una carencia de comercios increíble. El arquitecto que diseñó este barrio, se le olvidó que como cualquier otro barrio necesita economía local para sus vecinos, porque los comercios son espacios de encuentro, de relación y espacios que fomentan la convivencia. No hay absolutamente ningún bajo comercial” (ACTM).

“La ausencia de comercios condiciona fuertemente su aislamiento ya que arquitectónicamente está cerrado y no puede expandirse” (ACTS).

Hasta hace escasos meses, La Coma también contaba con un supermercado y una panadería, pero ambos fueron cerrados recientemente, dejando al barrio desprovisto de la venta de productos básicos.

4.2.2. Comparar las características de las personas residentes en relación con la población de referencia en el resto del municipio de Guatemala y Paterna

En el análisis de las características poblacionales, se detalla la existencia de diversidad cultural, el nivel educativo, el perfil socioeconómico y el nivel ocupacional de la población, en uno y en otro barrio con respecto a los municipios de referencia.

• EL GALLITO

El país de Guatemala de *per se*, se define como “multicultural, multilingüe y multiétnico” (INE, 2014:5). En la ciudad capital, la **diversidad cultural** se materializa en un porcentaje de población no indígena identificado con el 85,5% y escasamente el 14,2% de la población total de la ciudad es indígena (ENCOVI¹⁹, 2011). Ello, se traslada del mismo modo a El Gallito:

“Hay población de todas partes del país, también población indígena, aunque no mucha” (AGTS).

Por otra parte, en cuanto al **nivel educativo de la población**, según datos del ENCOVI (2011), el porcentaje de analfabetismo se corresponde con el 9,6%²⁰ de la ciudad. No obstante, en los diferentes discursos de las personas audicionadas, se ha destacado la preocupación por el abandono de los estudios por parte de la juventud:

“El absentismo es una característica fundamental de este tipo de barrios, porque no hay continuidad de garantizar los estudios, pero hay gente muy profesional del barrio, pero las condiciones son muy difíciles” (AGTS).

“Hay mucha gente que no estudia y muchos jóvenes que están en las maras y tampoco estudian. Hay mucha gente sin estudios en el barrio” (AGV01).

.....

18 Contreras, V. (15 de junio de 2017). La Coma denuncia el «desabastecimiento» del barrio tras cerrar el último supermercado. *Levante-EMV*.

19 Encuesta de Condiciones de Vida del Instituto Nacional de Estadística de Guatemala (2014).

20 “En Guatemala el promedio de años aprobados para la población mayor a 15 años es de 4.9 años de estudio. Al analizar a la población comprendida en el rango de edad de 15 a 24 años, el promedio de escolaridad se incrementa significativamente al pasar a 6.5 años aprobados” (INE, 2014, p.24).

La formación adquirida en la etapa académica, condiciona en buena medida el **nivel ocupacional** y el **perfil socioeconómico**. La existencia de trabajos informales no es una cuestión intrínseca y exclusiva a los límites geográficos del entorno barrial, sino que ello se traslada a lo largo del país:

“Digamos que, en Guatemala, es habitual que el 80% de la población aproximadamente tenga un trabajo de carácter informal, y la verdad que hay muchas situaciones que son muy complicadas” (AGIE).

La referencia al perfil socioeconómico, ha estado ligada en buena medida a la ubicación de las personas residentes. La distinción entre quienes disponen de una muy baja capacidad adquisitiva se encuentra generalmente en la zona de los asentamientos (Zona Baja), mientras que, en la Zona Alta, próxima al casco histórico de la ciudad de Guatemala, residen aquellas personas con una mejor capacidad económica. A pesar de ello, ha sido un tema destacado la diferenciación entre residentes de una y otra zona:

“Guatemala es una ciudad donde se marcan muchos los estratos, allá en el barrio es un área descuidada y está muy marcada por pandillas o por el arte callejero de la ciudad... (...) Es un barrio donde se nota mucho la pobreza” (AGTM).

“Hay una división social muy grande en el barrio entre aquellos que son muy pobres y quienes son pobres” (AGIE).

Sobre el **perfil socioeconómico**, gran parte de la población residente procede de la migración rural hacia la urbe, puesto que la ciudad capital es el núcleo de la actividad económica del país:

“Digamos que el eje central de la economía de Guatemala se encuentra en la ciudad capital porque digamos que es donde mayores oportunidades existen para encontrar un trabajo para la población” (AGE).

En esta misma línea, la Oficina Económica y Comercial de España en Guatemala (2016: 10), afirma que en la ciudad de Guatemala:

Se encuentran las grandes empresas del país, entre las que podemos destacar: las orientadas a la exportación, las de propiedad extranjera y las que tienen acceso a préstamos, todas ellas con un Índice de Capacidad Tecnológica (ICT) superiores a la media en el resto de departamentos del Estado.

No obstante, en la mayoría de las audiciones se ha destacado el carácter informal de los empleos de la población residente en el barrio:

“Digamos que, en Guatemala, es habitual que el 80% de la población aproximadamente tenga un trabajo de carácter informal, y la verdad que hay muchas situaciones que son muy complicadas. También acentuado por el narcotráfico que existe en El Gallito, es un barrio muy complicado” (AGIE).

Esta última acepción denota que la adquisición de trabajos de carácter informal no es un patrón exclusivo del entorno barrial, sino que es extensible al resto del país.

• LA COMA

En lo relativo a las características poblacionales, un hecho ineludible intrínseco a la configuración del barrio, es la presencia de una amplia **diversidad cultural**, manifestada en la coexistencia²¹ de diferentes nacionalidades y culturas en un mismo espacio territorial:

“Al ser un Barrio de Acción Preferente está adjudicado a familias con dificultades donde existe una alta población gitana e inmigrante: rusos, rumanos, nigerianos, saharauis y prácticamente muchos del norte de África” (ACTS).

Cabe destacar en este punto, la declaración del barrio como **Barrio de Acción Preferente** por el Decreto 157/1988, del 11 de octubre, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se establece el Plan Conjunto de Actuación de Barrios²² de Acción Preferente. Dicho decreto fue formulado al objeto de suplir las desigualdades y desequilibrios territoriales de aquellas zonas que se encontraban en situación de desventaja en la época. Por otra parte, en la actualidad, la Comunitat Valenciana es la segunda Comunidad Autónoma con mayor población gitana y la tercera con mayor población inmigrante (884.622), por detrás de Cataluña y Madrid. En la misma línea, los resultados del VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España (2014), determinan que entre los perfiles con mayor riesgo de exclusión social se encuentran las personas extranjeras y el pueblo gitano²³, duplicando, en este sentido, la tasa de exclusión social de la población de la Comunitat Valenciana. De este modo, el riesgo de exclusión social para las y los residentes del barrio, es muy superior a la media española, situado en un 73% para la población inmigrante y un 83,9% para el pueblo gitano, siendo la media nacional 52,5% y 72,2% respectivamente (EINSFOESSA, 2013). Según la Monografía Comunitaria de La Coma (2012), el barrio cuenta con cerca de 70 nacionalidades y, además:

“La población gitana está entorno al 20 – 30% de la población que habita en el barrio. Históricamente, la población gitana no ha sido aceptada con todos sus patrones o con sus rasgos caracterológico” (ACE).

De tales discursos puede extraerse la tendencia a la concentración de personas con características similares que definen su vulnerabilidad social: bajo poder adquisitivo y formativo en un espacio territorial donde las posibilidades y oportunidades económicas y sociales, son escasas o muy reducidas para la población residente. En esta línea, cabe destacar la existencia de “vecinos con gran experiencia: albañiles, yesares, soldados, mecánicos,

.....

21 Carlos Giménez distingue tres tipos de relaciones: convivencia, coexistencia y hostilidad. De su planteamiento y en el tema que nos ocupa, identificamos que se suceden las relaciones de coexistencia, tendentes a una convivencia pacífica y enriquecedora, aunque no por ello, los conflictos vecinales queden exentos de aparecer puesto que, en este tipo de relaciones, el conflicto permanece en estado latente (Buades y Giménez, 2013).

22 Bajo tal categoría, se encuentran: Barrio de “Las 1.000 viviendas” de Alicante, Barrio de “La Tafalera” de Elda, Barrio “Los Palmerales” de Elche, Barrio “San Agustín y San Marcos” de Castelló de la Plana, Barrio “613 viviendas” de Burjassot, Barrio “La Coma” de Paterna, Barrio “Baladre” de Sagunto. De tal clasificación, han sido suprimidos el Barrio de “San José” de Xirivella y el Barrio de “Zorrilla” de Torrent por haber sido derruidos en la década de los noventa. Cabe agregar a la categoría de Barrios de Acción Preferente el “Barrio del Cristo” incorporado en 1993, aunque tal clasificación, no ha implicado una actualización del marco normativo vigente.

23 Actualmente, la Generalitat Valenciana, está elaborando la Estrategia Valenciana por la igualdad y la inclusión del Pueblo Gitano.

camioneros, chapadores y un sinfín de oficios. La población juvenil alcanza un nivel de desempleo récord y, la media de vecinos internados en cárceles raramente es menor de 100”.²⁴

En lo relativo al **nivel educativo**, se ha hecho referencia tanto al papel del agente de socialización primario (familia) como al secundario (escuela):

“Hay que educar a los adultos para que puedan educar a sus hijos. Es importante educar a los padres. La educación no es sólo ir a la escuela. (...) La educación es un proceso, transversal a todo, y que dura toda la vida. Hay que marcar unas líneas de educación globales” (ACV01).

“La educación ha cambiado mucho en el barrio desde que hay escolarización obligatoria, la gente lleva a los niños al cole con mayor continuidad, y aunque las cosas han cambiado aún existe mucho analfabetismo sobre todo en la población adulta, lo mínimo es que los adultos lean y escriban bien” (ACV03).

De acuerdo con los datos contenidos en la Monografía Comunitaria (2012), existen diferencias entre el nivel educativo de la población residente en el barrio en base a los siguientes términos: el 19,5% de la población, no finalizó los estudios primarios; el 72,9% dispone de estudios de primer o segundo grado y un 8,3% cuenta con estudios universitarios o de tercer grado. En este último porcentaje cabe mencionar que es superior entre los no nacidos en España que entre las y los nacionales.

Una cuestión análoga al nivel educativo, es el **perfil socioeconómico** de la población, así como el **nivel ocupacional** de ésta. Por un lado, como resultado de los bajos niveles educativos, el acceso a empleos de calidad y de cierta permanencia en el tiempo, se ven mermados, especialmente entre la población joven:

“El desempleo me atrevería decir que está cerca del 90%. Es un desempleo absoluto. Todavía hoy continúa la misma forma de ganarse la vida que hace 30 años: la chatarra y venta ambulante, aunque se ha visto un poco normalizado con las paradas en los mercados (...) El nivel económico no es bajo, es paupérrimo” (ACTS).

“El trabajo con las familias es la base. Se sigue viviendo mucho de la venta ambulante y de la chatarra (...) La gente que vive aquí es muy humilde y ayuda mucho a los demás, pero hay muchas familias desestructuradas y es un problema de base no de una familia” (ACV04).

En este punto, la economía sumergida se presenta como la principal fuente de ingresos para las familias en riesgo de exclusión social, y, aunque escasos, también existen perfiles poblacionales con empleos remunerados:

“Yo trabajo aquí en Nova Terra y también mi hermano se formó aquí con Paco. Forman mucho a la gente, se preocupan por nosotros y se preocupan por darnos un empleo” (ACV05)

.....
24 Vergüenza da pasear por el barrio de La Coma de Paterna, (25 de julio de 2017). *El Meridiano*. Dicho número supone para el total de la población del barrio un 1,4% de la población. En relación con el Estado, según datos del Anuario Estadístico del Ministerio del Interior (2015), el número total de población reclusa asciende a 61.614, suponiendo un porcentaje sobre la población total de España para ese año de un 0,13%.

4.2.3. Identificar los factores de riesgo y de protección del entorno barrial desde la perspectiva ciudadana

En este último objetivo específico, se han encontrados puntos y aspectos de confluencia, aunque con ciertos matices e intensidades respecto a uno y otro barrio, tanto en lo respectivo a los factores de riesgo como en lo referido a los factores de protección.

• EL GALLITO

En primer lugar, la existencia de **embarazos a edades tempranas** se ha identificado como uno de los **factores de riesgo**, especialmente entre las jóvenes con mayor índice de vulnerabilidad o riesgo de exclusión social:

“Hay embarazos a edades muy tempranas, las estadísticas más recientes así lo demuestran y es una situación muy dramática” (AGTS).

“Hay embarazos de chicas de 12 y 13 años, muy jóvenes y no hay ninguna política pública porque el Estado no tiene actuaciones en este tema” (AGIE).

“A los que vigilan les llaman banderas y son los que les tiran flores a las mujeres jóvenes... a consecuencia de ello hubo ahí algunos embarazos tempranos (...).” (AGVo2).

En consecuencia, desde la Iglesia Evangélica se están desarrollando programas, especialmente en situaciones de violencia intrafamiliar, a través del apoyo a las familias y a las figuras educadoras:

“También vemos que la agresión sexual en niños y en las mujeres es muy alto. Estamos retomando ahora en este mes, las clases sobre un programa en las que se trata de prevenir, de actuar a nivel psicológico y educar para que no se produzcan casos de violencia, sobre todo a nivel familiar” (AGIE).

Sin embargo, el principal factor de riesgo existente en el barrio de El Gallito es la **existencia de tráfico de droga** y ligado a ello, la existencia de **grupos delincuenciales**. En el primer caso, se ha constatado que no constituye un elemento puntual del barrio, sino que es una cuestión compartida del municipio donde se ubica:

“Se está volviendo a traficar, pero no sólo en El Gallito, sino en Guatemala en general” (AGVo1).

El tráfico de droga entre las zonas de las Calaveras y La Trinidad dentro de El Gallito, también arroja el papel protagonizado por las maras²⁵, así como su reconocimiento social dentro de las y los vecinos:

“También destacaría las maras, que, aunque sea algo contradictorio las maras cuidan a su gente y cuidan a su barrio, digamos que es bueno y malo a la vez” (AGVo1)

“La verdad es que hay tráfico de droga, pero los traficantes, digamos que protegen al barrio. Si por ejemplo ven a una persona extraña, se le pregunta quién es y a dónde vas” (AGVo2).

.....
25 Un estudio de la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (2007), ha destacado que el origen de las maras se debe, principalmente a: a) fracaso y retirada del Estado en el desarrollo de políticas sociales; b) institucionalización de la corrupción; c) profundas transformaciones económicas y sociales de la región en los últimos 20 años; d) influencia del crimen organizado y el narcotráfico; e) por la propia acción de los gobiernos que ha derivado en focalizar las políticas en la represión y en el fortalecimiento de condiciones favorables a éstas.

Como consecuencia de la existencia del tráfico de droga y de la presencia de grupos delincuenciales, se ha destacado la existencia de cierta inseguridad, tanto por parte de los no residentes como por parte de los residentes del barrio:

“Hay prostitución, narcotráfico y crimen organizado. Digamos que es un barrio que mejor lo evito, se diría. (...) La inseguridad podría decir que es de la zona, pero en El Gallito es lo peor, digamos que es lo de lo más peligroso. (...) Mucho del problema es el miedo que se ha inducido desde los medios de comunicación²⁶ hacia la concepción del barrio” (AGTM).

Relacionado con la existencia de tales cuestiones, un factor de riesgo asociado a El Gallito, es la **estigmatización social**, tanto por parte de los medios de comunicación como por parte de las personas no residentes en el barrio:

“Una persona que va a pedir trabajo y dice que es del Gallito, seguramente no le den el trabajo porque al ser una zona roja puede ser una persona infiltrada de las pandillas. Es un hecho que se lo niegan y es una política de empresa el contratar a personas que residan en este tipo de zonas. (...) Digamos que existe cierto estigma hacia esos jóvenes por venir de allí, es decir, por ser originario de ese lugar, no por ser un delincuente” (ACTS).

En lo relativo al tema de la **seguridad ciudadana**, los discursos entorno al papel de las fuerzas de seguridad se han basado en casos de corrupción como elemento de permisividad ante el tráfico de drogas:

“Guatemala es un estado en el que todo el Estado y las fuerzas de seguridad están corrompidas. Al final todo el mundo sabe por qué no han llegado las estructuras policiales al barrio” (AGTM).

“Los banderas vigilan de noche y de día. Incluso los banderas pagaban disimuladamente a los policías para que no entraran a buscar la droga dentro del barrio (AGV02).

No obstante, a pesar de las referencias alrededor del tema de la inseguridad ciudadana, las personas residentes, dicen sentirse seguras y protegidas por tales grupos delincuenciales ante posibles altercados:

“La verdad es que hay tráfico de droga pero los traficantes, digamos que protegen al barrio. Si por ejemplo ven a una persona extraña, se le pregunta quién es y a dónde vas” (AGV02).

“La verdad, es que te diría, que El Gallito es uno de los mejores lugares para vivir de la ciudad de Guatemala” (AGV03).

En este punto, cabe destacar una de las claves de interpretación existentes en El Gallito. El control de los grupos delincuenciales que custodian los límites geográficos del barrio, se realiza a través de los *banderas*, situados en las esquinas de los edificios para trasladar la información desde los accesos del barrio hasta el final, al objeto de prevenir posibles asedios o altercados. Los *banderas*, en este punto, son reconocidos socialmente como la estructura de seguridad del barrio:

.....

26 Son numerosas las noticias de prensa que aparecen relacionadas cuyos titulares de per se transmiten una percepción social negativa respecto a los mismos. Entre otras, véase Asedio de narcos está de vuelta en El Gallito (30 de agosto de 2016). *Prensa Libre*; Matan a tres hombres en barrio El Gallito. (21 de marzo de 2017). *Prensa Libre*.

“Hay una especie de control, en las esquinas de las cuerdas te preguntan quién eres y qué haces en el barrio y la verdad es que hay que ir muy bien identificados, incluso con las ventanas de los coches bajadas a lo largo de todo el trayecto” (AGE).

“Si no bajas los vidrios polarizados te pueden perseguir en motos o les balacera directamente” (AGV03).

En segundo lugar, en lo referido a la existencia de **factores de protección**, se ha destacado como aspecto fundamental, la capacidad de las personas residentes de hacer frente a las adversidades, es decir, su capacidad de **resiliencia**:

“En cuanto a los aspectos positivos es indudable destacar la capacidad de las personas de afrontar sus situaciones difíciles. Es decir, la capacidad de responder a las adversidades; el Estado debería potenciar estas capacidades y la de los jóvenes para llevar adelante soluciones a los problemas. Se requiere de un esfuerzo conjunto para los barrios” (AGTS).

“La gente ha logrado superar las situaciones difíciles y salir adelante” (AGIC).

Asimismo, se ha señalado una potencialidad de carácter endógeno, consistente en el aprovechamiento del potencial social contenido en el barrio a través de sus gentes:

“Rescatar los esfuerzos organizativos y conjuntos de todo el barrio y que ello sea aprovechado por el Estado y por el gobierno municipal, no actuar en las zonas limítrofes únicamente. Capacitar en el liderazgo” (ACTS).

Además de ello, entre otros factores de protección se ha identificado el sentimiento de **unidad y convivencia**, entre los diferentes perfiles existentes (ciudadanos, profesionales y delincuenciales):

“En cuanto a aspectos positivos del barrio, destacaría la gente que se apoya entre sí” (AGV01).

Por último, otros de los factores de protección destacados, es la existencia de un tejido comercial, así como los recursos comunitarios básicos como centros educativos y sanitarios, que permiten, en parte, la satisfacción de las necesidades básicas de la ciudadanía.

• LA COMA

Del mismo modo que sucede en El Gallito, los **embarazos tempranos** entre las jóvenes de etnia gitana en riesgo de exclusión social, se ha identificado entre los **factores de riesgo**:

“Muchas madres tienen muchos nenes, muchas por desconocimiento de los medios adecuados para tenerlos cuando se desee y cuando se pueda, en muchas ocasiones los tienen por miedo al qué dirán si no tienen hijos” (ACTM).

Por otra parte, la **existencia de tráfico de droga** también ha tenido lugar en La Coma, concretamente en una zona, por lo que, no existe un entramado alrededor como sucede en el caso de El Gallito con los *banderas*. A pesar de la existencia de hechos protagonizados por delincuentes, éstos no se encuentran organizados en grupos como sucede en El Gallito, sino que, en este caso, se organizan para delinquir. En el caso de El Gallito, la organización en grupos va más allá del ejercicio de actos delincuenciales, ya que se establecen prácticamente como un entramado social dentro de la comunidad. No obstante, el clima

de **inseguridad ciudadana** es latente y ante ello, se menciona cierta pasividad por parte de los cuerpos de seguridad:

“La policía se pasea por el barrio, conoce la situación que existe, sabe las raíces del problema, pero no hacen ninguna acción por mejorar la situación. La policía no llama la atención a los jóvenes que hacen disturbios, simplemente hacen rondas por las calles del barrio, pero no toman acciones” (ACVo2).

Como consecuencia de este clima de inseguridad ciudadana, los medios de comunicación²⁷, se han hecho eco de ello a través de diferentes noticias de prensa que acentúan una **percepción social negativa**:

“El barrio tiene mala fama y yo siempre venía acompañada de día. En muchas ocasiones te planteas que algo de verdad habrá en aquello que dicen del barrio (ACTM).

A la mencionada percepción social negativa, se agrega otra de las cuestiones que suponen un factor de riesgo en el barrio: la **falta de oportunidades**.

“No hay opciones de trabajo en el barrio. Los jóvenes están pasando por la falta de formación laboral, por lo que caen en consumismo y sin contar con los recursos económicos necesario, generan problemas sociales” (ACVo2).

En otra línea de ideas, entre los **factores de protección** destacados en el barrio de La Coma, se ha subrayado la existencia de **unidad** entre la gente del barrio, así como la solidaridad entre el vecindario:

“Desde mi punto de vista, puedo decir que tengo una valoración muy positiva en cuanto al barrio se refiere. Hay personas maravillosas y que también sepan que hay personas muy afectadas por las situaciones que se les ha impuesto desde arriba y que no han podido elegir” (ACTM).

Indirectamente, también ha sido destacable la capacidad de **resiliencia** por parte de las personas residentes y profesionales, quienes logran afrontar las diferentes situaciones de vulnerabilidad y riesgo del quehacer cotidiano:

“En La Coma se crece como profesional: se pone a prueba las capacidades personales de resiliencia y emocionales que es la esencia del Trabajo social. Quien está en Servicios Sociales o en cualquier servicio como Salud o Educación aquí en el barrio, son profesionales con un alto grado de vocación con su trabajo” (ACTS).

En la misma línea, en cuanto a los **sistemas de protección social** presentes en el territorio, La Coma cuenta con centros educativos, sanitarios, así como un Centro Municipal de Servicios Sociales, que garantiza en buena medida la cobertura de las necesidades básicas de las familias del barrio. Además, cabe agregar la existencia de un amplio **tejido asociativo**, que desarrolla una importante labor en cuanto a actuaciones de formación, sensibilización y de ocio y tiempo libre.

.....

27 Durán, L. F. (18 de septiembre 2017). Tres heridos en un tiroteo a las puertas de un colegio en el barrio de La Coma de Paterna (Valencia). *El Mundo*; Costa, M. (29 de octubre de 2016). Tiroteo entre clanes en el barrio de La Coma. *Las Provincias*.

5. Discusión

La tendencia a la concentración de población con fragilidad en las economías familiares, escasez y/o ausencia de servicios básicos de carácter comunitario, junto con la falta de oportunidades de desarrollo personal, constituyen elementos de gran relevancia en la configuración de ambos barrios objeto de estudio. Ello nos introduce a referir que el análisis de El Gallito y La Coma coincide con la definición de barrio vulnerable²⁸.

Como resultado de la insatisfacción de las necesidades básicas que tiene lugar en tales espacios (Subirats, 2004), se genera un proceso de *efecto dominó*, produciendo una concatenación de las situaciones de vulnerabilidad que van desde la dimensión económica, hasta la laboral, educativa, sanitaria, social, ambiental y residencial, relacional y cultural, ciudadana y de la participación, hasta la exclusión social, puesto que contempla el creciente y desordenado proceso estructural de privación o separación de las posibilidades en las mencionadas dimensiones (Uceda-Maza, 2011). A pesar de la existencia de vulnerabilidad y exclusión social en ambos contextos territoriales, existen diferentes efectos de barrio (Torres, Moncusí y Osvaldo, 2015) de carácter endógeno y exógeno presentes en el quehacer cotidiano de la ciudadanía. Entre tales efectos, resulta significativo la emergente capacidad de resiliencia de las personas, entendida como aquella capacidad para resistir y de afrontamiento de las diversidades (Malgrat, 2017).

Paralelamente, el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (2003), establece que la exposición continuada a situaciones de riesgo, se hace extensible a las diferentes dimensiones que afectan a la ciudadanía en un doble sentido: a título individual, así como a la comunidad en su totalidad (Alguacil, Camacho y Hernández-Aja, 2014).

6. Conclusiones

La trayectoria histórica de ambos continentes en materia de políticas públicas, es disparmente diferente y con ello, su traslación igualmente diferente a la configuración de la vulnerabilidad y la exclusión social en el Sur y en el Norte.

• CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES Y DEL ENTORNO

En el barrio de La Coma, la concentración poblacional de diferentes nacionalidades, está relacionada con la existencia de viviendas sociales y unidades residenciales con precios de alquiler muy bajos. En contraposición con El Gallito, no presenta elementos que permitan permeabilidad y atracción poblacional por parte de quienes no residen en sus límites geográficos, como sucede en Guatemala gracias a la proximidad con el núcleo de la capital y la existencia de tejido comercial en el barrio. Por otra parte, la existencia de embarazos a edades tempranas allí y aquí, no está directamente relacionado a la pertenencia a un grupo poblacional o étnico concreto, como podría ser la población indígena o el pueblo gitano, sino que en ambos barrios objeto de estudio ello se ha presentado como un determinante de la exclusión social.

.....
28 Véase página 5.

Además de tales características, la convivencia con los diferentes factores de riesgo en el Sur y en Norte, ha derivado en la capacidad de resiliencia por parte de la población. Factores de riesgo que inciden en las diferentes etapas del ciclo vital, pero especialmente, durante la infancia y la adolescencia, desarrollando estrategias de adaptación y afrontamiento de las adversidades. En coherencia con ello, las redes de apoyo social y emocional por parte de las familias ante necesidades de tipo económico, material o de cualquier otra índole, se traduce en un elemento de convivencia, unidad y cohesión social. Además de ello, los vínculos y lazos de carácter comunitario, como aquellos que se establecen con las entidades sociales y religiosas, son un punto de apoyo y un importante punto de reunión y encuentro en la comunidad.

• FENÓMENOS EXPLÍCITOS E IMPLÍCITOS A LA COMUNIDAD

Resulta conveniente arrojar algunas reflexiones respecto a los fenómenos explícitos e implícitos que tienen lugar en el Sur y en el Norte. En el caso de El Gallito, a la existencia de grupos delincuenciales se agrega la consideración de Guatemala como uno de los países con mayores índices de violencia del mundo. El clima de violencia, extensible al resto del país, se agrava con la presencia de grupos que, en buena medida, custodian los límites geográficos del barrio El Gallito. En consecuencia, por un lado, la población residente ha desarrollado un proceso de naturalización del control y de la seguridad que mantienen tales grupos dentro de las fronteras del barrio; y, por otro lado, su existencia y presencia en El Gallito, ha derivado en la percepción social negativa por parte de la población no residente. La estigmatización perdurable de tales contextos territoriales, se encuentra vinculada, a su vez, al rechazo social asociado a la existencia de grupos vulnerables residentes en los mismos.

• PARÁLISIS DE LA ADMINISTRACIÓN

El vacío y/o abandono de carácter institucional ante las situaciones sociales donde impera la diversidad y pluralidad de vulnerabilidades y las necesidades de protección social, hacen evidente la urgente e inmediata actuación institucional desde el ámbito local y de proximidad a la ciudadanía. Más allá de contemplar modelos rígidos y estándares de actuación con comunidades, los modelos deben partir de una mirada pragmática de la intervención en coherencia con la fenomenología, ontología de las comunidades y territorios. Hacer partícipe a la comunidad en los procesos de transformación social y de fomento del desarrollo comunitario a largo plazo, supone la piedra angular desde la que orientar, planificar e intervenir en contextos territoriales marcados por las desigualdades y los desequilibrios sociales.

7. Propuestas futuras de investigación

Por todo lo expuesto previamente y como resultado de la realización la investigación, se ha considerado conveniente incluir un apartado sobre propuestas futuras de investigación, y de este modo, continuar avanzando en el análisis y conocimiento empírico de la vulnerabilidad y la exclusión social:

1. Profundizar en el análisis de ambos barrios vulnerables por separado a partir del estudio de caso, investigando desde una perspectiva holística y contemplando la participación directa de la ciudadanía al objeto de ahondar en sus potencialidades, cosmovisión y debilidades de carácter estructural y dinámico que confluyen en el quehacer cotidiano de sus residentes.
2. Estudiar en profundidad los barrios, al objeto de analizar las vulnerabilidades existentes y las formas de transmisión intergeneracional de la pobreza y la exclusión social.
3. Evaluar la política pública y su capacidad de inclusión en contextos de vulnerabilidad y exclusión social.
4. Realizar una Investigación-Acción Participativa en barrios vulnerables como método de generación de conocimiento, reflexividad, empoderamiento y como medio para promover la participación y la transformación social desde la comunidad de referencia.

Son diversas, múltiples y diferentes las posibles investigaciones que pueden enriquecer y complementar la información contenida en la presente investigación, siempre y cuando, sean desarrolladas de acuerdo a una concepción holística, integral y realizadas desde la proximidad del ámbito local.

8. Bibliografía

- Alberich, T. (2007). *Investigación-Acción Participativa y Mapas Sociales*. Documento de trabajo. Disponible en <http://bit.ly/2pytzL1> Consultado el 02/12/2017
- Alguacil, J., Camacho, J. y Hernández-Aja, A. (2014). La vulnerabilidad urbana en España. Identificación y evolución de los barrios vulnerables. *EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*. Disponible en <https://bit.ly/2rCAoOI> Consultado el 05/03/2018
- Ander-egg, E. (2003). *Repensando la investigación-acción participativa*. Buenos Aires. Lumen.
- Beltrán, M. (1985). Cinco vías de acceso a la realidad social. *REIS: Revista española de investigaciones sociológicas*, 29, 7 – 42.
- Buades, J. y Giménez, C. (coords.) (2013). Hagamos de nuestro barrio un lugar habitable. Manual de intervención comunitaria en barrios. Véase en <http://bit.ly/1Pfl1NG> Consultado el 01/05/2018
- Caravantes, G. M., Climent, M. y Masiá, R. (2017). Los efectos de barrio en la adolescencia: una comparativa entre el barrio de La Coma y el barrio del Xenillet desde la perspectiva comunitaria. *AZARBE*, 6, 5 – 16.
- Caravantes, G.M. Gómez, A., Moral, F. J., Marques, I. (2015). Una aproximación descriptiva sobre la situación social de la juventud del barrio del Xenillet de Torrent, en Uceda-Maza, F. X. et al (coord.). *El futuro de los Servicios Sociales en contexto de cambio*. Valencia: Alfa Delta Digital.
- Castro, E. (2010). El estudio de casos como metodología de investigación y su importancia en la dirección y administración de empresas. *Revista Nacional de Administración*, 1 (2): 31-54.

- Corbetta, P. (2003). *Metodología y técnicas de investigación social*. McGraw-Hill, Madrid.
- De Balanzo, J. (2015). Barcelona, caminando hacia la resiliencia urbana en el barrio de Vallcarca. *Hàbitat y Sociedad*, 8, 75 – 95.
- FOSTER, J., L. LÓPEZ-CALVA y M. SZEKELY. (2005). Measuring the Distribution of Human Development: Methodology and an Application to Mexico. *Journal of Human Development*, 6 (1): 5–25.
- Gacitúa, E., Sojo, C. y Davis, S. (Eds). (2000). *Exclusión Social y Reducción de la Pobreza en América Latina y el Caribe*. FLACSO-Banco Mundial. San José.
- Jiménez Ramírez, M. (2008). Aproximación teórica de la exclusión social: complejidad e imprecisión del término. Consecuencias para el ámbito educativo. *Estudios Pedagógicos XXXIV*, 1, 173 – 186.
- Malgrat, P. (2017). La resiliencia de Barcelona frente al cambio climático: el Proyecto RESCCUE. *V Jornadas de Ingeniería del Agua. 24-26 de octubre*. España, A Coruña.
- Martínez-Martínez, L. (2017). Definición de las necesidades sociales para un nuevo desarrollo del sistema de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana, desde una metodología participativa. *Tesis Doctoral*. Universitat de València, IIDL.
- Márquez, G., et al. (2008). *¿Los de afuera? Patrones cambiantes de exclusión en América Latina y El Caribe*. Progreso económico y social en América Latina.
- Moriña Díez, A. (2007). *La exclusión social: análisis y propuestas para su intervención*. Madrid: Fundación Alternativas.
- Raya Lozano, E. (2004). Investigar sobre la exclusión para intervenir en lo social. Notas introductorias al Observatorio de Exclusión Social y Políticas de Inclusión de Granada, en Raya Lozano, E, (coord..). *Exclusión / inclusión social en la ciudad de Granada*. Granada, Editorial Maristán.
- Rodríguez Villasante, T. (2002). *Construyendo ciudadanía*. Madrid, El Viejo Topo.
- Sojo, C. (COOMP.). (2006). *Pobreza, exclusión social y desarrollo*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). San José, Costa Rica
- Subirats, J. (dir.) et al. (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona: Fundación “La Caixa”. Disponible en <http://bit.ly/1MgakdD> Consultado el 21/10/2017
- Torres, F., Moncusí, A. y Osvaldo, E. (2015). Crisis, convivencia multicultural y «efectos de barrio». El caso de dos barrios de Valencia. *Migraciones*, 37, 217 - 238.
- Uceda-Maza, F. X. (2017). Una agenda valenciana de transformació social: un Nou Model Social Valencià. *Revista Valenciana d'Estudis Autònoms*, 62, 89 – 120.
- Uceda-Maza, F. X. (2006). Precariedad social y familiar: Políticas integradas desde el nivel territorial. En A. López et al. (coords.): *¿Existen los jóvenes desfavorecidos?* Valencia: Consorci Pactem Nord.
- Zea, M. A. (2013). Evaluación del consumo de agua potable en la Zona 3 de la ciudad de Guatemala en los años 2008 – 2010. *Trabajo de Graduación*, Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ingeniería.

FUENTES DOCUMENTALES

- Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo. (2007). *Maras y pandillas, comunidad y policía en Centroamérica. Hallazgos de un estudio integral*. Disponible en <https://bit.ly/2KvOKqE> Consultado el 15/04/2018
- Banco de Guatemala (2017). Índice Mensual de la Actividad Económica (IMAE). *Departamento de Estadísticas Macroeconómicas*. Septiembre 2017.
- Buades, J. y Giménez, C. (coords.) (2013). *Hagamos de nuestro barrio un lugar habitable. Manual de intervención comunitaria en barrios*. Véase en <http://bit.ly/1Pfl1NG> Consultado el 01/05/2018
- CEPAL. (2002). *Vulnerabilidad Sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas*. Brasil, ONU, LC/R.2086. Disponible en <http://bit.ly/2yHNS7A> Consultado el 22/06/2018
- FOESSA. (2014). *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Madrid: Fundación FOESSA.
- INE. (2004). *Caracterización de la República de Guatemala*. Disponible en <https://bit.ly/2fDoiwR> Consultado el 23/12/2017
- Monografía Comunitaria. (2012): *La Coma, un barrio en positivo*. Obra Social “La Caixa”.
- Oficina Económica y Comercial de España en Guatemala (2017). *Informe económico y comercial Guatemala*. Disponible en <https://bit.ly/2HD8oFZ> Consultado el 28/02/2018
- ONU. (2003). Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. «Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos», Nueva York, United Nations Publications.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. (2010): *Informe sobre Desarrollo Humano 2010. La verdadera riqueza de las naciones: caminos al desarrollo humano*. Véase en: <http://bit.ly/1rXZsMx> Consultado el 19 de noviembre de 2015.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. (2016). *Informe sobre Desarrollo Humano 2016. Desarrollo humano para todas las personas*. Véase en: <http://bit.ly/1PDVcMt> Consultado el 19 de noviembre de 2017.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. (2016b). *Más allá del conflicto, luchas por el bienestar. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2015/2016. Al servicio de las personas y las naciones*. Véase en: <http://bit.ly/2dz8QDj> Consultado el 25 de diciembre de 2017.
- Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (2009). *Guatemala: perfiles de medios de vida*. Disponible en <https://bit.ly/2svANTj> Consultado el 03/02/2018

FUENTES LEGISLATIVAS

- Decreto 157/1988, de 11 de octubre, del Consell, por el que se establece el Plan de Actuación Conjunto en Barrios de Acción Preferente

NOTAS DE PRENSA

- Asedio de narcos está de vuelta en El Gallito (30 de agosto de 2016). *Prensa Libre*. Disponible en <https://bit.ly/2bQr3sd> Consultado el 14/02/2018
- Contreras, V. (15 de junio de 2017). La Coma denuncia el «desabastecimiento» del barrio tras cerrar el último supermercado. *Levante-EMV*. Disponible en <https://bit.ly/2JB3CUj> Consultado el 01/03/2018
- Costa, M. (13 de julio de 2017). Los vecinos de La Coma piden servicio de urgencias médicas y retén policial de 24 horas. *Las Provincias*. Disponible en <https://bit.ly/2jjVj4e> Consultado el 26/02/2018
- Costa, M. (29 de octubre de 2016). Tiroteo entre clanes en el barrio de La Coma. *Las Provincias*. Disponible en <https://bit.ly/2xG9Fpv> Consultado el 26/02/2018
- Durán, L. F. (18 de septiembre 2017). Tres heridos en un tiroteo a las puertas de un colegio en el barrio de La Coma de Paterna (Valencia). *El Mundo*. Disponible en <https://bit.ly/2ftD3Uu> Consultado el 04/04/2018
- Matan a tres hombres en barrio El Gallito. (21 de marzo de 2017). *Prensa Libre*. Disponible en <https://bit.ly/2mPdbTS> Consultado el 14/02/2018
- Peraita, V. (24 de febrero de 2018). *En la Coma queremos un futuro*. *Levante-EMV*. Disponible en <https://bit.ly/2KqSwCM> Consultado el 28/02/2018
- Rodríguez, G. (23 de febrero de 2018). Cientos de vecinos se manifiestan en La Coma y reclaman medidas “urgentes” para que el barrio “deje de ser un gueto”. *Paterna ahora*. Disponible en <https://bit.ly/2oz9bKj> Consultado el 28/02/2018
- Váldez, S. (19 de agosto de 2013). Guatemala concentra más zonas peligrosas. *Prensa Libre*. Disponible en <http://bit.ly/2Dw1VYM> Consultado el 08/03/2018
- Vergüenza da pasear por el barrio de La Coma de Paterna. (25 de julio de 2017): *El Meridiano*. Disponible en <https://bit.ly/2r4d5vM> Consultado el 03/03/2018

10. Anexos

ANEXO I: SISTEMA DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS DEL BARRIO EL GALLITO

Sistema de códigos	AGTS	AGTM	AGE	AGIC	AGIE	AGV01	AGV02	AGV03	AGV04	AGV05	SUMA
FACTORES DE RIESGO							■	■			2
Percepción social negativa	■	■	■			■	■				8
Seguridad ciudadana	■	■	■			■	■	■	■	■	17
Tráfico de droga		■			■	■	■	■	■	■	12
Grupos traficantes				■		■	■	■	■	■	14
NECESIDADES CIUDADANAS											0
Alimentación					■						2
Recursos comunitarios		■				■		■			9
PROPUESTAS								■			2
Drogadicción				■							1
Zonas verdes			■	■		■	■		■	■	5
Salud			■								2
Social	■				■					■	5
Educación		■	■	■		■					4
Laborales		■									1
ENTIDADES											1
Sociales	■		■							■	4
Religiosas	■			■	■	■		■	■	■	12
ACTUACIONES DESARROLLADAS EN EL BARRIO	■										2
Iniciativa social	■										1
Administración Pública	■		■		■						5
FACTORES DE PROTECCIÓN	■		■	■	■	■		■	■	■	15
SITUACIÓN DE LAS UNIDADES RESIDENCIALES	■					■	■				3
Hacinamiento	■										2
Estado de conservación	■										1
Condiciones materiales	■		■	■	■	■	■	■		■	9
CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO							■	■			3
Ubicación geográfica	■						■		■		3
Zona Alta			■								3
Zona Baja	■		■					■		■	8
Agua potable		■				■		■			3
Asentamientos			■			■				■	5
Medios de comunicación				■				■			3
Accesos	■	■					■	■			8
Concepción del entorno	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	22
Condiciones de salubridad	■		■			■		■			7
CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES	■	■	■		■		■	■			11
Embarazos a edades tempranas	■				■	■	■				4
Nivel ocupacional			■		■						2
Diferencias por razón de género	■				■						2
Diversidad cultural	■	■									2
Perfil socioeconómico	■	■	■	■	■		■	■		■	14
Nivel educativo	■				■	■				■	5
Σ SUMA	46	17	34	11	23	31	22	29	12	19	244

Fuente: Gráfico extraído de Maxqda 2018

ANEXO II: SISTEMA DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS DEL BARRIO DE LA COMA

Sistema de códigos	ACTS	ACTM	ACE	ACIE	ACV01	ACV02	ACV03	ACV04	ACV05	SUMA
▲ <input checked="" type="checkbox"/> FACTORES DE RIESGO			■			■				2
<input checked="" type="checkbox"/> Tráfico de droga					■	■		■		4
<input checked="" type="checkbox"/> Percepción social negativa	■	■	■		■	■		■	■	18
<input checked="" type="checkbox"/> Seguridad ciudadana		■	■		■	■		■	■	14
▲ <input checked="" type="checkbox"/> NECESIDADES CIUDADANAS			■							1
<input checked="" type="checkbox"/> Recursos comunitarios		■	■		■		■	■		13
▲ <input checked="" type="checkbox"/> PROPUESTAS	■				■				■	5
<input checked="" type="checkbox"/> Recursos comunitarios		■			■					4
<input checked="" type="checkbox"/> Personal	■								■	2
<input checked="" type="checkbox"/> Educación							■		■	2
<input checked="" type="checkbox"/> Zonas verdes			■		■				■	4
<input checked="" type="checkbox"/> Social	■	■	■		■		■	■		8
▲ <input checked="" type="checkbox"/> ENTIDADES										0
<input checked="" type="checkbox"/> Sociales	■	■	■				■		■	6
<input checked="" type="checkbox"/> Religiosas				■					■	2
▲ <input checked="" type="checkbox"/> ACTUACIONES DESARROLLADAS EN EL BARRIO							■	■		5
<input checked="" type="checkbox"/> Iniciativa social	■			■				■		3
<input checked="" type="checkbox"/> Administración Pública	■				■	■	■	■		16
<input checked="" type="checkbox"/> FACTORES DE PROTECCIÓN		■	■							4
▲ <input checked="" type="checkbox"/> SITUACIÓN DE LAS UNIDADES RESIDENCIALES	■		■	■						8
<input checked="" type="checkbox"/> Desahucios							■			2
<input checked="" type="checkbox"/> Estado de conservación	■	■	■		■					4
<input checked="" type="checkbox"/> Condiciones materiales										0
▲ <input checked="" type="checkbox"/> CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO	■	■								2
<input checked="" type="checkbox"/> Zonas					■			■	■	7
<input checked="" type="checkbox"/> Ubicación geográfica	■		■						■	4
<input checked="" type="checkbox"/> Medios de comunicación			■				■		■	3
<input checked="" type="checkbox"/> Accesos			■							1
<input checked="" type="checkbox"/> Concepción del entorno	■	■	■		■				■	9
▲ <input checked="" type="checkbox"/> CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES	■	■		■			■		■	8
<input checked="" type="checkbox"/> Embarazos a edades tempranas	■	■				■				4
<input checked="" type="checkbox"/> Nivel ocupacional	■				■				■	3
<input checked="" type="checkbox"/> Diversidad cultural	■		■	■						7
<input checked="" type="checkbox"/> Perfil socioeconómico	■			■	■		■	■	■	13
<input checked="" type="checkbox"/> Nivel educativo						■	■	■	■	6
Σ SUMA	27	19	28	8	29	15	17	20	31	194

Fuente: Gráfico extraído de Maxqda 2018

ANEXO III: DATOS MACRO SOBRE GUATEMALA Y ESPAÑA

		2010										2016			
	IDH	IDH-D		IDG	IPM	Pobl. en riesgo de sufrir pobreza	Índice de educación ajustado por la desigualdad	Índice de ingresos ajustado por la desigualdad	IDH		IDH-D		IDG	Índice de educación ajustado por la desigualdad	Índice de ingresos ajustado por la desigualdad
		Clasificación	Valor						Valor	Posición	Cl.	Valor			
Guatemala	116	0,560	0,372	0,713	0,127	9,8	0,270	0,297	125	0,640	0,450	-2	0,494	0,324	0,424
España	20	0,863	0,779	0,280	-	-	0,781	0,653	27	0,884	0,791	1	0,081	0,777	0,684

Fuente: Datos extraídos a partir del Informe de Desarrollo Humano del PNUD (2010; 2016)

Toma de decisiones éticas en el trabajo social comunitario: una aproximación desde la bioética

Categoría: Teoría del Trabajo social

Mercedes Cuenca Silvestre
Trabajadora Social

Resumen

Tomaremos la sexta acepción de la Real Academia de la Lengua española cuando define Principio como “Norma o idea fundamental que rige el pensamiento o la conducta”.

El Trabajo social en general, y el comunitario en particular, están llenos de principios e ideas sobre lo que es justo y digno, sin embargo, muchas veces no responden a la realidad sobre la que se pretende intervenir o no son explicitados. Otro problema es que se aplican de modo burocrático, con estándares y métodos de evaluación no diseñados para recoger la diversidad, dinamismo y complejidad de la realidad comunitaria, sino tan solo los datos cuantitativos.

A falta de un método objetivo con el que fundamentar nuestra tarea, los y las profesionales del trabajo social comunitario debemos argumentar. Recuperar conceptos propios de la disciplina, pero también de la Bioética que nos hagan reflexionar y obliguen a revisar lo dado constituye la propuesta de este artículo, en aras de mejorar la calidad de la intervención social desarrollada a nivel comunitario desde una perspectiva ética.

Palabras clave

Trabajo social comunitario, Ética, Fundamentación.

Summary

We will take the sixth meaning of the Royal Academy of the Spanish Language when it defines Principle as “Standard or fundamental idea that governs thought or behavior”.

The social work in general, and the community in particular, are books of principles and ideas about what is fair and worthy, however, often do not respond to the reality on which it is intended to intervene or are not explicit. Another problem is that it is applied bureaucratically, methods and methods of evaluation to choose the diversity, dynamism and complexity of the community reality, but only the quantitative data.

In the absence of an objective method with which to base our task, the social workers of the community see ourselves called to an argument. Recover the concepts of the discipline, but also of the Bioethics that makes us reflect and force to revise the date of the proposal of this article, to improve the quality of the social intervention developed at the community level from an ethical perspective.

Keywords:

Community social work, Ethics, Foundation

1. Introducción

En sociedades moralmente plurales como las actuales, la conflictividad moral es inevitable. Puesto que el escenario de la intervención social es la sociedad en su conjunto, dicha conflictividad se convierte en uno de los elementos constitutivos del contexto donde desarrollamos nuestro quehacer los y las profesionales del trabajo social, siendo una de nuestras obligaciones el fundamentar por qué algunas de las acciones que desarrollamos pueden ser consideradas correctas y otras incorrectas.

Debido a esto, buena parte de la historia del Trabajo social ha estado dedicada a reflexionar y debatir sobre cómo se podrían definir y concretar los deberes de la profesión en principios y valores que respondan a las necesidades sociales, cambiantes históricamente, ya que se parte de la idea de que la intervención social es la que debe responder a la realidad, y no ésta la que debe encajar en una teoría preestablecida. Consecuentemente, numerosas personas dedicadas a la reflexión en el ámbito social, como se verá más adelante, se han esforzado por proponer un conjunto de principios que orienten la toma de decisiones y doten a la intervención social de argumentos y calidad ética.

El problema es que, en muchas ocasiones, no queda tan claro si estos principios, a saber, los del personal profesional, los de la disciplina y/o de las organizaciones donde desempeñan su trabajo, son acordes a los de la persona usuaria, a la demanda o a la sociedad en sí, generando la aparición de problemáticas éticas y dificultando la toma de decisiones de forma razonada.

La primera lista, con un gran consenso en la profesión y dominante hasta los años 80, es la propuesta por Biestek (1966), la cual se compone de los siguientes principios: individualización, expresión de sentimientos sin censura, implicación emocional controlada, aceptación de la persona usuaria, no emitir juicios, derecho a la autodeterminación y derecho a la confidencialidad.

Alrededor de treinta años después, Banks (1997) propuso una serie de principios más genéricos que pudiesen orientar la actividad profesional: autodeterminación, promoción del bienestar, igualdad y justicia distributiva.

Sánchez (2016), una década más tarde, propone una lista distinguiendo entre seis valores: autonomía/autodeterminación; bienestar; justicia social; verdad; confianza y autointerés y siete principios: autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia social, veracidad, confianza y autocuidado.

Como se dijo al inicio, los principios inspiradores del Trabajo Social no son algo estático, sino que han ido evolucionando en el tiempo, vinculados tanto a la práctica de la profesión, en una realidad cambiante, como al desarrollo teórico de la misma.

De esta forma podemos observar cómo los principios propuestos por Biestek van dirigidos a regular una relación profesional a nivel individual, frente a la lista elaborada por Banks, la cual supone casi una tutela de los derechos que el Estado de bienestar reconoce a sus ciudadanía hasta que, más recientemente, Sánchez incorpora los propios de la Bioética. Muchos de estos principios son tenidos en cuenta a la hora de resolver las problemáticas éticas que presenta el ejercicio diario de la profesión.

Enumeraremos, a continuación, otros documentos especialmente relevantes, que contienen principios orientadores no sólo teóricos sino que nutren e inspiran el desarrollo del Trabajo social:

- 1948: Declaración Universal de Derechos Humanos.
- 1965: Convención para la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial.
- 1966: Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos.
- 1966: Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- 1979: Convención para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres.
- 1989: Convención sobre los Derechos del Niño.
- 1989: Convención sobre Pueblos Indígenas y Tribales (convención de la OIT 169).

Finalizaremos la recopilación de principios y de los diversos documentos que contribuyen a la actuación profesional de los y las trabajadores/as sociales señalando el Código deontológico de Trabajo social (2012)¹, en el cual se destaca el alto significado ético, humano y social del Trabajo social, definiéndolo como aquella disciplina científico-profesional que “promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno” (FITS), y apuntando como principios los recogidos en la siguiente Tabla.

.....
1 Más recientemente, el Código deontológico de Trabajo social (2015) adoptó la Definición Global de Trabajo social acordada por la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social en Melbourne en julio del 2014, como aquella “profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas” y explicitando como principios básicos la dignidad, la libertad y la igualdad.

Tabla 1. Los principios del Código deontológico del Trabajo social (2012).

PRINCIPIOS BÁSICOS	PRINCIPIOS GENERALES
1. Dignidad (valor en sí misma)	1. Respeto activo
2. Libertad (en acciones)	2. Aceptación de la persona
3. Igualdad (en derechos)	3. Superación de categorizaciones
	4. Ausencia de juicios de valor
	5. Individualización
	6. Personalización
	7. Promoción integral de la persona
	8. Igualdad de oportunidades), de derechos, de equidad y de participación
	9. Solidaridad
	10. Justicia social
	11. Reconocimiento de derechos humanos y sociales
	12. Autonomía
	13. Autodeterminación
	14. Responsabilidad y corresponsabilidad
	15. Coherencia profesional
	16. Colaboración profesional
	17. Integridad

Cabe señalar que, en general, los principios definidos en los Códigos deontológicos, en tanto aspiraciones genéricas, gozan de consenso y familiaridad. Con los principios comunitarios, en cambio, resulta más dificultoso identificarlos, definirlos y que, además, sean aceptados. Quizás esa dificultad obedezca a que la propuesta de la intervención comunitaria (compromiso, confianza, reciprocidad...) sea considerada contracultural, al desafiar el individualismo, la autonomía y la competitividad imperantes en la sociedad actual.

2. Presentación del tema

Establecida la relación entre los principios y la práctica del Trabajo social, el presente artículo tiene como objetivo valorar si los principios de la Bioética pueden orientar la toma de decisiones en el ámbito comunitario, aportando elementos que favorezcan la reflexión en este nivel de intervención.

Para lograrlo, lo hemos estructurado en tres partes:

- En la primera, llevamos a cabo un breve análisis conceptual, una especie de lugar común del que partir y que consiste en una aproximación al Trabajo social comunitario, las problemáticas éticas que en él emergen y cómo son resueltas por los y las profesionales.
- En la segunda, introducimos el modelo principialista y elaboramos una propuesta de

los cuatro principios de la Bioética con dimensión colectiva.

- En la tercera y última parte aplicamos las dos versiones de los principios a una misma situación, de cara a poder comparar los resultados obtenidos en términos de si el hecho de que los principios respondan al ámbito de intervención donde se aplican influye en la toma de la decisión final.

Para poder examinar los principios contemplados, y aprovechando una experiencia profesional concreta a partir de la cual generar conocimiento, empleamos las siguientes técnicas:

1. Revisión bibliográfica: identificamos y seleccionamos documentos elaborados con la finalidad de establecer una base teórica sobre los diferentes conceptos vinculados.

Como instrumento, exploramos fuentes primarias y secundarias: revistas, artículos, monografías, tesis, bibliografías y libros publicados sobre el tema de interés.

2. Estudio de caso: describimos una problemática ética en el contexto de un barrio intercultural con déficits de cohesión, en el cual se lleva a cabo una intervención con diversos grupos organizados alrededor de la nacionalidad y prácticas religiosas que conviven en un asentamiento.

Una vez identificada la problemática ética, resolveremos la situación planteada aplicando las dos versiones de los principios de la Bioética al proceso de toma de decisiones, de cara a analizar si existen diferencias en los resultados obtenidos.

La investigación desarrollada ha sido cualitativa, ya que lo que se pretendía, tal y como señalamos al inicio, era contribuir a la discusión teórica en el ámbito de la toma de decisiones en la intervención en el ámbito comunitario, cuyo desarrollo no ha sido suficientemente extenso y profundo como para orientar la intervención en este nivel.

3. Análisis conceptual

3.1 La intervención social a nivel comunitario²

Idareta (2013) sitúa los orígenes del Trabajo social con grupos en la necesidad de hacer frente a las consecuencias negativas que la Revolución Industrial provocó en el siglo XIX (paro, explotación infantil, desalojos fraudulentos de vivienda, entre otros). En ese momento se crearon dos instituciones que sentarían las bases y marcarían el rumbo del Trabajo Social: las Organizaciones Sociales de Caridad, cuya máxima representante fue Mary Richmond y los Asentamientos, cuya principal exponente fue Jane Addams.

Fue la segunda quien cimentó los pilares del Trabajo Social grupal y comunitario, en el que los problemas eran solucionados en grupo, se ayudaba porque el sujeto lo necesitaba

.....

- 2 Emplearemos las expresiones Intervención social y Trabajo social de forma indiscriminada, queriendo no obstante especificar que el Trabajo social es una de las disciplinas que interviene en el desarrollo de la Intervención social, entendida de forma global.
Por otro lado, hablaremos de los niveles de intervención grupal y comunitario, ya que entendemos que las comunidades están compuestas por grupos (y éstos, a su vez, por individuos), de forma que, a pesar de disponer cada uno de ellos de objetivos técnicos particulares, los niveles se contienen unos a otros, se interrelacionan y son imposibles de compartimentar.

y éste no era moralizado ya que consideraban que el contexto podía influir, incluso determinar, su vida.

Una vez establecido el vínculo entre el sistema de producción capitalista desarrollado a lo largo del siglo XVIII y principios del XIX y el incremento de la pobreza en las zonas industriales, los/as profesionales del Trabajo Social fueron conscientes de que las causas de la pobreza no podían ser sólo individuales, sino que, principalmente, eran sociales. De ahí surge el impulso de la preocupación por cuestiones éticas desde la perspectiva de la justicia social y la distribución de bienes, así como de la importancia del contexto social en la producción de la pobreza.

Hoy en día, frente al individualismo y a los postulados neoliberales, ha quedado demostrado que el apoyo mutuo, la solidaridad y los vínculos con las demás personas, son los principales recursos de los que disponemos para hacer frente a nuestra vulnerabilidad. De acuerdo con Fernández y López (2008), el gran reto que afronta el Trabajo social comunitario, además de constituir su finalidad, es afrontar los desafíos que para la inclusión social demandan una respuesta colectiva de la ciudadanía.

La intervención, a nivel grupal, se orienta en dos direcciones:

- a) La consecución de una adecuada cohesión interna con carácter de proceso, fortaleciendo la identidad y sentido colectivo de la comunidad.
- b) La realización de diversas tareas orientadas a la consecución de objetivos, impulsando y fortaleciendo procesos de participación ciudadana, así como de coordinación interinstitucional.

Seguindo a Fernández y López (2006), cabe destacar que, junto con la cohesión y la comunicación, dos de los elementos característicos de las dinámicas grupales a tener en cuenta son:

- El poder: se deben considerar las jerarquías y la distribución del poder que se da dentro de los grupos antes y durante la intervención.

El análisis del poder se puede hacer desde la perspectiva de la persona que posee el poder; desde la perspectiva de las personas que aceptan el poder y desde la tecnología del poder, es decir, la forma de ejercerlo, las resistencias que encuentra y sus consecuencias.

- La cultura: se debe tener en cuenta tanto la cultura que aporta cada una de las personas participantes al grupo, como la cultura que se genera en tanto grupo, integrada por los valores y formas propias de negociar.

Como hemos podido comprobar, la práctica grupal y comunitaria, requiere comprender que no todas las relaciones se basan en un objetivo e interés compartido. Frecuentemente los grupos tienen objetivos opuestos y no responderán mediante la solidaridad o la empatía ante determinadas situaciones. Por eso, el personal profesional del trabajo social en la intervención colectiva habrá de adoptar múltiples roles y tareas para adaptarse a los ritmos y momentos de la vida grupal: defender, mediar, coordinar, planificar, motivar, entre otras, constituyendo esta otra de las características que definen la intervención en este nivel.

De hecho, para Correal-Muñoz (2014), la intervención a nivel comunitario adquiere cada día mayor relevancia, sin embargo, existe poca documentación sobre pautas que se ajusten a las particularidades del trabajo en comunidad que ofrezcan claridad sobre las orientaciones necesarias para la toma de decisiones.

3.2 Las problemáticas éticas a nivel comunitario

Como señalamos anteriormente, el trabajo con grupos y comunidades se desarrolla en escenarios conflictivos, con intereses sociales a veces enfrentados, de ahí la necesidad de contar con un marco que facilite la resolución de las problemáticas que se plantean, evitando abusos que se pueden cometer (y cometen) en el ejercicio diario de la profesión, y yendo más allá de la escala de valores individuales propios de cada profesional. Ya que, como señala Rodríguez (2014), “una intervención de calidad supone no únicamente actuaciones técnicamente correctas, sino también éticamente correctas” (p. 56).

En la resolución de problemáticas éticas, lo que queda claro para las personas a nivel individual, se vuelve muy difuso para los grupos o las comunidades. Podemos comprobar que conceptos como la identidad múltiple, el bienestar colectivo, el diálogo, el consenso, el reconocimiento de la particularidad, entre otros, tienden a estar fuera de los Códigos de ética de la disciplina. Sin embargo, está claro que la discusión ética no puede situarse exclusivamente en un plano de moral individual, de ahí que sea necesario rescatar y promover valores y principios colectivos.

Fernández y López (2006) proponen como Valores que orienten el Trabajo social con grupos la igualdad, el valor y la dignidad de todas las personas. Respecto a los Principios que guíen la actuación grupal nos remiten a la cooperación altruista, la dignidad humana y el Estado de Bienestar como sistema que posibilita las condiciones para que se pueda ejercer la ciudadanía.

Para finalizar, Montero (2004), desde la psicología comunitaria, resume la propuesta de Isaac Prilleltensky por entender que permite discutir con mayor especificidad la dimensión ética, entendiendo que una intervención que busque dar a grupos y comunidades mayores posibilidades de regir sus propios destinos debe procurar:

1. La autonomía: en la posición contraria al paternalismo, se ha de evitar realizar acciones estigmatizantes que puedan atentar contra la dignidad de los integrantes. Otro aspecto a cuidar es la dependencia de las personas beneficiarias hacia los y las profesionales, siendo su deber actuar para volverse prescindibles. Muchas veces se desarrollan numerosas actividades, de forma irreflexiva, lesionando la autonomía del grupo al sustituir sus responsabilidades.
2. La participación democrática: las personas afectadas por intervenciones sociales deben ser parte del proceso de toma de decisiones.

En este apartado el equipo profesional debe evitar convertirse en “personal experto”, bien porque así lo crea, bien porque la misma comunidad lo convierta en tal.

Por otro lado, se han de identificar claramente, y desde el diagnóstico, la existencia de subgrupos y divisiones, así como sus dificultades específicas (sexo; edad; formación...)

para ejercer la participación. Este diagnóstico evitará futuras complicaciones, ya que la desigualdad genera conflictos que se volverán especialmente intensos si se trabaja con comunidades o grupos viviendo situaciones de exclusión social y/o violencia.

Establecer mecanismos adecuados de funcionamiento y de toma de decisiones, que permitan mayores grados de participación, puede ser una tarea muy difícil en tales condiciones.

3. La justicia distributiva: Se aplica tanto al nivel microsocioal, donde las personas y los grupos pequeños negocian la distribución justa de recursos, como al nivel macrosocioal, donde se requieren el compromiso y la acción social y política. La distribución incluye el reparto de bienes materiales y simbólicos.

Como hemos venido señalando, para poder desvelar la naturaleza de las problemáticas a los que se enfrentan los y las profesionales del trabajo social, los principios deben responder a contextos y niveles de intervención particulares donde se aplican, pues sólo de esta manera coincidirán con las diversas praxis que se desarrollan y dotarán de sentido la reflexión y la toma de decisiones.

3.3 Los protocolos de resolución de problemáticas éticas

Los y las profesionales de la intervención social hemos de analizar las normas y principios que entran en juego, hemos de tener en cuenta los valores personales, profesionales y de la Entidad en la que trabajamos; hemos de realizar una valoración de las posibles consecuencias de una u otra acción... La ausencia de orientaciones claras en la práctica profesional nos deja sin puntos de referencia con los que dar respuesta a problemas complejos que se nos presentan diariamente.

Hasta el momento, parece claro que la mirada ética debe encontrarse en el centro de la intervención social ya que, de lo contrario, se producirían graves injusticias y arbitrariedades con las personas con las que trabajamos, potenciando la vulnerabilidad en la que se encuentran, en vez de reducirla.

Según la investigación elaborada por Úriz, Ballesteros, Viscarret e Idareta (2013) sobre los dilemas éticos que afrontan los y las trabajadores/as sociales en España, el 82% de las personas encuestadas (de una muestra de 700 trabajadores y trabajadoras sociales colegiados/as) se encuentran con dilemas éticos durante su ejercicio profesional, siendo los más frecuentes los relacionados con el deber de informar a terceras personas (48%), seguido por los relativos a la autonomía de los/as usuarios/as. En tercer lugar, aparece (43%) el dilema de denunciar (o no) a otros y otras profesionales por incompetencia profesional.

En cuanto a cómo resuelven los dilemas que se les presentan, siguiendo el mismo estudio, parece que discutirlos con colegas y hacer consultas al Código deontológico son las primeras opciones, sin obviar el hecho de que el 53.8% afirma recurrir al sentido común o la intuición como vía.

Otras herramientas y estrategias que emplean son el acogimiento a mandamientos preestablecidos, evadiendo la necesidad de escoger entre diversas opciones. Dichos mandamientos pueden provenir de personal con más experiencia, rumores... Así como a las consultas a los Comités de ética, entre otros.

Para los y las profesionales del Trabajo social sigue siendo una asignatura pendiente el desarrollo teórico de conceptos propios que orienten la toma de decisiones, la adquisición de habilidades metodológicas en la identificación y análisis riguroso de problemas éticos y, finalmente, la formación y entrenamiento específicos en la resolución de los mismos. Sólo de esta manera podremos valorar con mayor idoneidad las situaciones que plantean dilemas éticos.

4. La dimensión colectiva de los principios de la bioética

4.1 Origen y desarrollo del principialismo

Cuando en 1974 el Congreso de Estados Unidos creó la Comisión Nacional para la Protección de las Personas Objeto de la Experimentación Biomédica y de la Conducta, eran varios los objetivos que perseguía. El primero, y tras el escándalo Tuskegee, que la Comisión desarrollara un debate teórico acerca de la investigación con seres humanos, pero, en segundo lugar, también se esperaba de ella un resultado práctico: que formulara una guía para la legislación y para la conducta de los y las profesionales.

Dicha comisión acabó emitiendo en 1978 el Informe Belmont, el cual proponía que en cada caso, y a fin de considerar legítima una investigación, se tuviera en cuenta el grado de cumplimiento de tres principios fundamentales: el principio de respeto por las personas, el principio de beneficencia y el principio de justicia.

Al año siguiente de la aparición del Informe Belmont, dos autores ligados al Instituto Kennedy, Tom L. Beauchamp y James F. Childress, publicaron la obra “Principios de ética biomédica”. Iniciaban así la escuela denominada Principialismo convirtiéndose, desde su formulación y hasta el día de hoy, en el método dominante en la Bioética.

De acuerdo con Méndez y Silveira (2007), un resumen de lo que hicieron Beauchamp y Childress fue:

- Definir los principios que enumeraron como los propios de la Bioética.
- Crear uno nuevo.
- Caracterizarlos como deberes prima facie.
- Proponerlos como un lenguaje común.
- Establecer unos procedimientos (especificación, ponderación y jerarquización) que permitiesen trasladarlos a los casos concretos.

Para Ferrer y Álvarez (2005), la obra de Beauchamp y Childress es una comprensión de la Bioética basada en la afirmación de que, a pesar de la actual falta de acuerdo entre distintas perspectivas éticas, es posible encontrar en cuatro principios éticos básicos universales el punto de partida para la toma de decisiones bioéticas, también en los casos más difíciles.

Estos principios son:

1. Respeto a la autonomía.
2. No maleficencia.
3. Beneficencia.
4. Justicia.

A juicio de los autores dichos principios forman parte de las normas generales de la moral común, entendida como el conjunto de normas aceptadas por todas las personas comprometidas con la moral. Su propuesta, por tanto, es la de una ética biomédica de aplicabilidad universal, no comprometida con ninguna cultura, religión, teoría moral o fundamentación metafísica en particular.

Sean o no universales, el caso es que los principios, tal y como ha sido demostrado, son muy generales e insuficientes para hacer de guía en las múltiples decisiones morales que se han de tomar, de ahí que deban ser “especificados” para que puedan orientar con mayor precisión la vida moral, así como “ponderados”, es decir, puestos en la balanza para determinar qué principio prevalece de hecho en cada situación concreta.

En resumen, la propuesta principialista supone un intento por esbozar un marco conceptual normativo y funcional que permita convertir teorizaciones abstractas en lineamientos de acción que permitan examinar problemas concretos, sus implicaciones y posibles alternativas, sin proponer una nueva teoría moral sino más bien alimentándose de la moral común.

También podríamos decir que es un camino que aún se encuentra en proceso de construcción, ya que, desde su propuesta, una espiral de opiniones sigue la estela del camino trazado por Beauchamp y Childress.

4.2 La dimensión colectiva de los principios de la Bioética

La necesidad de desarrollar conceptos que no sólo expliquen y abarquen la realidad sobre la que pretendemos actuar, sino que también orienten la intervención, es la que nos ha llevado a elaborar una propuesta basada en los principios de la Bioética, buscando una aproximación a su dimensión colectiva.

A continuación presentamos brevemente el contenido de cada uno de los principios, tal y como son definidos desde el ámbito de la Bioética y, lo que entendemos es una aproximación a la dimensión colectiva de los mismos principios.

A) Autonomía - Autodeterminación

Para Ferrer y Álvarez (2005), la autonomía personal se refiere a la capacidad que tienen las personas para autodeterminarse, libres tanto de influencias externas que las controlen, como de limitaciones personales que les impidan hacer una genuina opción.

El individuo autónomo obra libremente en conformidad con un plan de acción que él mismo ha elegido, de lo que se deriva la existencia de dos condiciones esenciales para que las acciones de una persona sean autónomas:

- 1) Libertad externa, es decir, el agente debe estar libre de influencias externas que lo controlen.
- 2) Agencia (o libertad interna), es decir, el sujeto debe tener la capacidad para obrar intencionalmente.

A nivel comunitario proponemos la Autodeterminación, la cual queda definida como aquella situación en la que la comunidad decide qué le conviene, informada, libre de coacciones (lo cual incluye el acceso a recursos) y empoderada.

Algunas limitaciones que habremos de tener en cuenta a la hora de trabajar la Autodeterminación en comunidades moral y culturalmente diversas son las siguientes:

- ¿Quién decide qué es lo que le conviene a la comunidad y en base a qué?
- En caso de conflicto entre la definición de lo conveniente, ¿qué decisión prevalece? ¿Con qué criterios?
- Limitaciones (idiomáticas, culturales, estructurales...) para acceder a la información y participar en el diálogo.
- Existencia de múltiples adscripciones identitarias.
- Peligro de constituir un único yo que decide por todos, suprimiendo las diferencias individuales.
- Conflictos de valores entre decisiones tomadas por la comunidad e intervención diseñada con sus propios objetivos.

B) No maleficencia - Respeto

La no maleficencia, de acuerdo con Ferrer y Álvarez (2005), implica la obligación de no hacer daño intencionalmente. De ahí que imponga, siempre, una obligación negativa: la prohibición de hacer el mal o daño. En la generalidad de los casos, las obligaciones de no-maleficencia vinculan con mayor fuerza que las obligaciones de beneficencia.

Como propuesta a nivel comunitario optamos por el Respeto, entendiendo que respetar implica aceptar a la comunidad tal y como es, procurando que tras la intervención (a pesar de tener vocación transformadora), pueda reconocerse como tal. Es importante que algo haya cambiado, pero también que algo permanezca.

Respetar es reconocer que los y las profesionales de la intervención social no tenemos un plan perfecto con todas las soluciones para cada comunidad, por lo que debemos orientarnos con el principio de responsabilidad, siendo conscientes de que las acciones en las comunidades tienen repercusiones que se extienden en el tiempo, y el principio de prudencia, reconociendo que en caso de no conocer los efectos de las acciones, la mejor opción consiste en esperar y obtener más información, respetando el carácter de proceso que tiene la intervención comunitaria. Ambos principios están relacionados directamente con la exigencia de mantener intacta la integridad y la dignidad de la comunidad.

C) Beneficencia - Bienestar colectivo

El principio de Bienestar, según Ferrer y Álvarez (2005), se refiere a la obligación moral de obrar para beneficiar a los demás, ayudarlos a promover sus intereses legítimos e importantes, distinguiendo entre beneficencia obligatoria y beneficencia ideal, así como entre beneficencia general y beneficencia específica.

Definimos Bienestar colectivo como aquella situación en la que todas las personas que conforman la comunidad obtienen reconocimiento en las tres esferas planteadas por Axel Honneth (1997) en su Teoría del reconocimiento.

El filósofo entiende que hace falta autoconfianza, autorespeto y autoestima para ser en plenitud, lo cual es posible sólo si se dan los tres tipos de reconocimiento, a nivel afectivo.

tivo, jurídico y social respectivamente. También Taylor (1993), aunque por diferentes motivos, apunta en la misma línea de pensamiento cuando sostiene que “El reconocimiento debido no sólo es una cortesía que debemos a los demás: es una necesidad humana vital” (p. 45).

Trasladando las tres esferas de reconocimiento al ámbito comunitario la propuesta es hablar de Reconocimiento de la interdependencia (en lugar de Autoconfianza), Reconocimiento de la autodeterminación (en lugar de Autorespeto) y Reconocimiento del derecho la fraternidad (en lugar de Autoestima), como aspectos que promoverían el Bienestar colectivo.

Probablemente el concepto de Bienestar colectivo sea el menos pacífico de los principios propuestos, por lo que algunas cuestiones a las que se deberá prestar atención en el marco de comunidades moralmente diversas son:

- Ante diferentes conceptos de bien, ¿cómo se prioriza? ¿quién y cómo intervendrá en la decisión?
- Ante la ausencia de horizontes compartidos de significados, ¿cómo se producirá el reconocimiento?
- Es un hecho que se conocen las necesidades de quien mejor se organiza, no necesariamente de quien más lo necesita. Habrá que ser conscientes de los intereses en juego, preferencias, poder, presiones, modas, noticias, favores, entre otros.
- Siguiendo a Paul Ricoeur, también la exigencia infinita de reconocimiento, militante y conflictiva, puede acabar en una mala infinitud.
- ¿Se puede obligar a ser responsable/fraterno del/con el otro?

D) Justicia - Redistribución

Para Ferrer y Álvarez (2005), en el ámbito biomédico, el principio de Justicia se refiere a la distribución equitativa de los derechos, beneficios y responsabilidades en la sociedad.

La propuesta que hacemos como principio orientador en el contexto de la intervención con comunidades en situación de exclusión es la Redistribución, entendida como el reparto equitativo de recursos económicos, culturales, materiales y humanos entre todos los miembros que conforman la comunidad.

Entre las limitaciones propias de este ámbito, destacan las siguientes:

- Definición consensuada de criterios para el reparto de recursos equitativo.
- ¿Es posible proveer soluciones transformativas interviniendo, como el caso del Trabajo social, desde dentro del esquema del Estado benefactor?
- Las instituciones que poseen los recursos son inmunes a la presión de las comunidades.

5. Análisis de un caso práctico

5.1 Presentación del caso práctico

Introducción

A partir del año 2006, los restos de lo que había sido la zona industrial, las fábricas y almacenes abandonados se convirtieron en el hogar de las personas inmigrantes (mayoritariamente senegalesas), en situación irregular, que llegaban a Barcelona tras su entrada por las costas.

En los últimos años la situación de vulnerabilidad del colectivo no sólo no ha disminuido sino que ha aumentado, ya que muchas personas que habían abandonado los asentamientos³ han vuelto a ellos al perder el trabajo, y otras muchas que nunca habían vivido en dichos espacios se están viendo abocadas a ello.

Descripción del asentamiento

El edificio es una nave industrial dedicada en su día a la fabricación de trofeos para competiciones deportivas. La vida en esta nave es muy precaria en cuanto a condiciones de salubridad y seguridad y las condiciones de vida son especialmente duras en invierno.

A lo largo de cuatro pisos, hay decenas de habitaciones, la mayoría de ellas compartidas por dos o tres personas, en las que viven y guardan todas sus pertenencias.

Uno de los problemas de las habitaciones es que se cocina en ellas y las que se ubican en la parte interior del inmueble carecen de ventanas a la calle, provocando fuertes problemas de aireación, además de los riesgos de incendio por la falta de medidas de seguridad.

Los lavabos son comunes y escasos para la ingente cantidad de gente que vive en la nave. No hay duchas, se lavan con las dos mangueras que tienen y en invierno, con cubos de agua que calientan en las cocinas

Los suministros de agua y de electricidad se obtienen de forma ilegal.

Perfil de los y las habitantes

- Número de personas integrantes del asentamiento: 95 aproximadamente.
- Nacionalidades: Senegal y Gambia. De forma aislada: Marruecos, Guinea Bissau, Malí, Costa de Marfil, Polonia, Colombia, España, Cuba.
- Sexo: 5 mujeres y unos 90 hombres.
- Edades: entre 20 y 52 años.
- Situación legal: la mayoría, irregular.

.....

3 Llamamos Asentamientos a espacios utilizados a modo de vivienda, que no reúnen las condiciones mínimas de habitabilidad; que están al margen de la ley (esto es, sin ninguna relación contractual); tanto horizontales (viviendas abandonadas ocupadas, fábricas, chabolismo, bajo plásticos, etc...) como verticales (hacinamiento en pisos); que pueden estar situados en entornos rurales o urbanos; y que constituyen núcleos de personas excluidas socialmente.

- Tiempo aproximado de permanencia en el asentamiento: de cinco o seis años hasta las personas que llevan algunos meses o semanas.
- Modo de organización: En la nave encontramos distintos líderes que compiten entre ellos, distribuidos más o menos por plantas.
- Fuente de ingresos: recogida y venta de chatarra, venta ambulante de ropa y otras mercancías, carga y descarga en el puerto o en polígonos industriales. Las mujeres cocinan comida africana para la gente de la nave.

Diagnóstico

En estos momentos la realidad de los asentamientos está pasando a ser un fenómeno invisible, pues aquello que ocurre en el interior de las naves queda oculto y es accesible sólo para quién conoce la realidad. Esto significa mayor inversión de tiempo para trabajar vínculos de confianza, ya que el hermetismo y la discreción se imponen a la hora de facilitar información sobre dónde residen. La forma que las personas beneficiarias encuentran para protegerse, es ocultarse.

A nivel grupal, observamos que existe gran variedad de perfiles entre las personas que viven en el asentamiento y que su estrategia respecto la nave también es distinta: una parte importante de las personas que ocupan la nave lo hacen porque carecen de medios económicos para poder pagar una habitación y manifestaban querer abandonarla cuando contaran con suficientes ingresos; otras personas, a pesar de tener ingresos económicos priorizaban el envío de dinero a su país y ahorrarse el pago del alquiler y los suministros; y las personas que, con o sin medios económicos, escogían la vida en los asentamientos como una forma de vivir en comunidad, “a la africana”.

Como líderes destacan un senegalés que intenta potenciar las puestas en común de los problemas colectivos y la búsqueda común de soluciones. Y otro líder, gambiano, que es más resistente a la entrada de ONGs y de personas foráneas a la nave.

Los pequeños conflictos se suceden entre los diferentes grupos por las dificultades de convivencia entre tantas personas y las duras condiciones de vida.

Actuaciones

El objetivo del proyecto es “Mejorar las condiciones de vida de personas en situación de extrema vulnerabilidad que viven en asentamientos mediante la cobertura de necesidades básicas y las acciones grupales que mejoren la convivencia”.

Consecuentemente, se realizan acompañamientos administrativos, sanitarios, derivaciones, charlas... destacando la Entrega de alimentos y el Trabajo de cohesión grupal como estrategias para lograrlo.

La mejora de la convivencia es un medio importante de cohesión grupal, la creación de vínculo y de confianza entre las personas que comparten la nave les motiva para retomar actividades más constructivas y sociales.

Los hechos

Como se ha señalado, el reparto de alimentación supone una estrategia de cara a lograr un doble objetivo. Por un lado, permite la entrada al asentamiento, con lo cual se obtiene el conocimiento sobre la situación real que padecen las personas que lo habitan y, por otro, establece vínculos de confianza tanto entre los y las habitantes del asentamiento con las técnicas, como entre ellos mismos, ya que el reparto, para que tenga lugar, supone una labor participativa de coordinación y toma de decisiones (recuento de habitantes; qué se entregará, qué día y a qué hora; organización...).

Durante el último reparto, realizado en marzo del 2016, se dieron diferentes incidentes: faltas de respeto a las técnicas que repartían la alimentación; no cumplimiento con el compromiso de firmar una vez recogido el kit (requisito impuesto por la Entidad financiadora como parte de la justificación); tensiones en la cola para recoger la comida; utilización inmediata de los alimentos (parte del grupo hizo una barbacoa en la azotea) sin recoger los restos (con lo que se produjo una invasión de ratas) y discusiones entre los líderes.

Días después, el equipo técnico decidió suspender el reparto de alimentos con dos objetivos:

- Investigar cuál era el origen del altercado (podría tratarse de una manifestación de disconformidad con la presencia de la ONG, así como de una lucha por el poder o enfrentamiento entre grupos).
- Evitar una escalada de violencia en el asentamiento.

Finalmente se decidió (y comunicó) suspenderlo indefinidamente, ya que se hiciese como se hiciese, tendría consecuencias negativas para las personas que, ya de por sí, viven en un frágil equilibrio. En cambio, se decidieron concentrar todos los esfuerzos en trabajar la cohesión entre los diferentes grupos, así como la solidaridad y el apoyo mutuo.

Los líderes del asentamiento que apoyan la entrada de la Entidad solicitaron que el reparto de comida continuase, a pesar de que tuviese repercusiones negativas en la convivencia y clima del mismo.

5.2 Aplicación de los principios de la Bioética a la toma de decisiones

A continuación aplicaremos las dos versiones de los Principios de la Bioética a la situación descrita, quedando resumidos en el siguiente Cuadro:

Tabla 2. Los principios de la Bioética y su dimensión colectiva.

PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA	DIMENSIÓN COLECTIVA
No-maleficencia	Respeto
Beneficencia	Bienestar colectivo
Autonomía	Autodeterminación
Justicia	Redistribución

A pesar de las diferencias en el número de pasos o incluso en algunas denominaciones, la mayoría de Protocolos de toma de decisiones⁴ comparten los pasos que a continuación se aplicarán, antes de comprobar si, efectivamente la decisión tomada es diferente en función de los principios involucrados.

1. *La descripción de los hechos a considerar.*

Este primer paso se corresponde con el apartado 6.1 del presente artículo.

2. *Identificar personas e instituciones relacionadas.*

Dentro del asentamiento, se pueden identificar dos tendencias polarizadas: las personas que intentan funcionar como comunidad y se involucran para hacer del asentamiento un espacio tranquilo, limpio y digno; y la otra que surge del individualismo y que no muestra demasiado respeto ni cuidado por las instalaciones ni la convivencia.

Por otro lado, externa al asentamiento, se encuentra la institución que interviene con dos técnicas y el mandato de mejorar la calidad de vida dentro de los asentamientos. Finalmente, el Ayuntamiento de la población, que no realiza ningún tipo de intervención con este colectivo, siempre y cuando se mantengan en la más absoluta discreción.

3. *La especificación de la problemática ética.*

Las cuestiones éticas que nos plantea la situación descrita son las siguientes:

- Atender la demanda de uno de los grupos, aun sabiendo que tendrá consecuencias negativas para el conjunto del asentamiento.
- Desatender la demanda de uno de los grupos, sabiendo que los alimentos (aun no siendo imprescindibles para su supervivencia), mejoran su calidad de vida.

4. *La definición de principios involucrados.*

Tabla 3. Identificación de principios de la Bioética y su dimensión colectiva.

VERSIÓN	PRINCIPIOS	DESARROLLO
TRADICIONAL	No maleficencia vs Beneficencia	No provocar más daño, en el sentido de incrementar el ya elevado nivel de violencia vs Continuar con el reparto de alimentación, necesario para la parte del asentamiento más vulnerable.
	Respeto vs Autodeterminación	Ser prudentes, en el sentido de dar un paso atrás para poder valorar las consecuencias de continuar con el reparto vs Promover las condiciones para que el asentamiento en su conjunto defina qué es lo que más le conviene.
DIMENSIÓN COLECTIVA	Respeto vs Redistribución de recursos	Ser responsables, asumiendo las consecuencias que tendrá para aspectos vitales de los pobladores del asentamiento la continuidad/interrupción de la intervención vs Exigir un reparto de recursos más equitativo, que impida la existencia de Asentamientos.
	Respeto vs Bienestar colectivo	Detener la intervención vs Promover el reconocimiento de la interdependencia en el interior del asentamiento y la igual situación de injusticia que se sufre.

.....

4 Estamos haciendo referencia al Modelo de Loewenberg y Dolgoff, el Modelo ETHIC, desarrollado por Eleaine Congress, el Modelo de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y el Modelo AVOC (Actores, Valores, Opciones, Consecuencias), desarrollado por Alipio Sánchez. Todos ellos provienen del ámbito social y son considerados marcos de referencia para discutir y resolver problemáticas éticas.

5. La identificación de alternativas de solución.

A. Continuar con el reparto de comida: se respetaría la decisión tomada por parte del grupo y se continuaría con la intervención social iniciada. Sin embargo, se intensificaría el enfrentamiento entre los dos grupos que conviven. Es decir, se provocaría un daño a la totalidad de las personas que comparten el espacio del asentamiento, además de que no se cumpliría el objetivo de mejorar la convivencia.

B. Dejar de realizar el reparto de comida: no se atendería a la petición explícita de parte del grupo, ni se atendería una necesidad básica (como es la alimentación). Sin embargo, se podrían realizar otro tipo de actividades que fortalecieran los lazos de solidaridad y apoyo mutuo entre los/as diferentes grupos, evitando nuevos enfrentamientos. En esta segunda opción, se habría de dejar claro que no se deja de realizar el reparto por la falta de respeto hacia las técnicas en la última fecha en que se realizó, ya que es importante que el aprendizaje no sea que mediante la violencia se obtiene el poder.

En el escenario A, se beneficiaría (en el sentido de seguir recibiendo una serie de alimentos necesarios para una buena nutrición) una parte del asentamiento, la que está a favor de seguir recibéndola. Por otro lado, esta misma parte, junto con el otro grupo, saldría dañada ya que el clima en el asentamiento se convertiría en dos bloques sin comunicación. Para el equipo técnico que interviene tampoco sería fácil seguir accediendo al asentamiento, con la mitad del mismo en contra.

En el escenario 2, se vería beneficiada la parte que está en contra del reparto (y que además lo ha manifestado haciendo uso de métodos violentos), ya que ha logrado su objetivo. La parte que está a favor saldría dañada, ya que se queda sin la alimentación extra. Pero ambas, a largo plazo, se verían beneficiadas por el trabajo de cohesión que se continuaría desarrollando. El equipo técnico saldría beneficiado al mantenerse el acceso al asentamiento y continuar con la intervención, valorada como necesaria.

6. La toma de decisión.

La decisión, independientemente de la versión de los principios que se tomasen como referente fue la misma: No continuar con el reparto de alimentos.

En el primer caso, haciendo uso de los principios de la Bioética la decisión se basó en que la obligación de no hacer daño obliga más que la de hacer el bien, por lo que, puesto que continuar con el reparto de alimentos produciría más daño que beneficios al conjunto de la población que comparte el asentamiento, fue suspendido.

En el segundo caso, cuando se emplean los principios de la Bioética con dimensión colectiva también se llega a la misma decisión. Esto es: detener el reparto inmediatamente, aunque esta vez por cuestiones que tienen que ver con:

- Asumir la responsabilidad de las acciones como profesionales en el medio plazo de la vida de las personas que habitan el asentamiento.
- Reconocer que cuando se detecta la existencia de consecuencias imprevisibles de las acciones desarrolladas, lo más prudente es no hacer nada.
- Detener la intervención para reorientarla y lograr que sea la propia comunidad la que defina qué es lo que le conviene.

- Dejar de hacer, para poder poner en el centro de la intervención el hecho de que las personas no deben ser competidoras por los recursos, sino fomentar valores como la interdependencia, sin olvidar la articulación de la exigencia colectiva de recursos para todos y todas.

5.3 Comparación de los resultados obtenidos

Como ya se ha adelantado, el resultado tras la aplicación de las dos versiones de los principios de la Bioética, a una misma situación, es el mismo, aunque por diferentes motivos, hecho de gran relevancia puesto que la toma de decisiones, tal y como señala Begoña Román (2011) no es sólo una cuestión de escoger entre hacer y no hacer, sino de escoger los principios que convertirán en valiosas, y añadimos justas y correctas, las decisiones que estamos tomando.

A modo de epílogo, y a falta de elaborar un método de evaluación que permita medir la evolución de los aspectos señalados anteriormente, sí se puede afirmar que la implantación de la decisión tomada no está siendo del todo la deseada ya que, a pesar de haber logrado reducir la tensión existente entre los grupos, está resultado muy difícil retomar el trabajo colectivo, predominando desde el momento de los hechos presentados los acompañamientos a nivel individual (gestión de documentación; acompañamientos al Centro de Atención Primaria de Salud...) que los grupales.

6. Conclusiones

En su cotidianidad, los y las profesionales del trabajo social reflexionamos sobre las consecuencias de nuestra actuación, valoramos qué acciones son las más adecuadas para una situación concreta y en cuáles lo único que podemos hacer es no perjudicar más. En este quehacer diario, con efectos directos sobre aspectos vitales de las personas con las que trabajamos, radica la importancia de contar con herramientas (o desarrollar en el caso de que no existan) que nos ayuden en la toma de decisiones que puedan fundamentar la intervención profesional.

A lo largo del presente trabajo hemos defendido la importancia de definir claramente los principios involucrados, ya que es la única posibilidad para que ayuden en la toma de decisiones. Por el contrario, si es necesario dar la vuelta a la realidad para que se adapte al esquema teórico creado para justificar la intervención desarrollada, estaremos cometiendo un error.

Fue en el contexto de esa búsqueda de principios útiles para la intervención que nos planteamos como objetivos valorar si los principios de la Bioética podían orientar la toma de decisiones en el ámbito comunitario, aportando elementos que favorecieran la reflexión en este nivel de intervención.

Para lograrlo propusimos una aproximación a la dimensión colectiva de los principios de la Bioética y los tomamos como referencia a la hora de tomar una decisión ética en el contexto de una intervención real, buscando comparar los resultados obtenidos.

Sabiendo ya que la decisión tomada, independientemente de la versión de los principios tomados como guía, fue la misma, queremos concluir el presente trabajo compartiendo una miscelánea de hechos, reflexiones y nuevos hilos de investigación.

Consideraremos hechos tanto el escaso desarrollo teórico que manifiesta la intervención a nivel grupal y comunitario como la falta de formación ética, a nivel teórico y práctico, para los y las profesionales de la intervención social. Hechos además íntimamente relacionados, puesto que hasta que no se desarrolle teóricamente la base ética de la acción comunitaria, no se podrá formar a los y las profesionales que ejercemos hoy en día o ejercerán en un futuro cercano.

El problema, ya señalado con anterioridad, es que los principios que inspiran la intervención a nivel individual no dan respuesta a las problemáticas éticas que plantea la intervención comunitaria, por lo que se descuida la necesidad de coherencia entre los principios por los que se orienta la intervención con las acciones que se desarrollan, generando confusión tanto para el personal profesional como para las comunidades con las que trabajamos, además de malas praxis y uso indebido de fondos públicos.

En cuanto a las reflexiones que han ido surgiendo en el proceso de elaboración del presente trabajo queremos destacar el hecho de que en la aplicación de la dimensión comunitaria de los principios de la Bioética, tal y como se comprobó en la resolución del caso práctico, emergieron conceptos y argumentos de gran valor para la fundamentación de la intervención, así como para su orientación.

Es decir, la dimensión colectiva de los principios de la Bioética nos permitió tomar en cuenta aspectos que no habíamos valorado antes, lo cual está directamente relacionado con la posibilidad de mejorar la práctica, dotándola de nuevos argumentos que la sustentan y refuerzan.

Una última reflexión es la necesidad de apostar por el diálogo entre diversas disciplinas como método que permita abarcar el complejo ámbito de la intervención social, en este caso, entre la Filosofía y el Trabajo social, intentando traducir la teorización abstracta a líneas de acción concretas, y viceversa.

Finalmente, algunas líneas de investigación en las que deberíamos profundizar incluyen la cuestión de medir la calidad ética de la intervención a nivel comunitario, para lo cual será necesario disponer de un sistema de indicadores que permitan medir si la decisión fue éticamente correcta, a la luz de las consecuencias.

Otra línea a investigar incluirá el diseño de procesos de toma de decisiones específicos, que respondan a las características propias de la intervención comunitaria, pues tenemos sospechas, dadas las dificultades que se han tenido a la hora de tomar la decisión⁵, que puede que el principalismo no sea el método adecuado.

Como afirma Kisnerman (2001), la sociedad buena no se moldea con buenos principios. Por tanto, debemos crear espacios de reflexión donde analicemos lo que es valioso para la vida. Es la práctica la que muestra siempre la coherencia o incoherencia de los discursos preelaborados.

.....

5 Añadiendo el hecho de que el trabajo lo que realizó una única persona.

En este sentido, la reflexión ética no puede asegurar a los y las profesionales del Trabajo social que hemos tomado la decisión correcta, pero de lo que sí debemos asegurarnos es de que las decisiones tomadas son producto de un razonamiento moral deliberado, haciendo uso de las herramientas que tenemos a nuestro alcance, pues muchas veces será el único medio del que disponemos para justificar las decisiones que tomamos.

7. Bibliografía

- Banks, S. (1997). *Ética y valores en el trabajo social*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- Biestek, F. (1996). *Las relaciones del casework*. Madrid: Aguilar.
- Consejo General de Trabajo Social (2012). Código deontológico del Trabajo Social. Madrid.
- Consejo General del Trabajo Social (2015). Código deontológico de Trabajo social (2ª Ed.). Madrid.
- Correal-Muñoz, C.A. y Arango Restrepo, P. (2014). Aspectos bioéticos en la salud comunitaria. *Persona y Bioética*, 18(2), 194-212. doi: <http://dx.doi.org/10.5294/PEBI.2014.18.2.9>
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales. La Ética en el Trabajo Social. Declaración de Principios. 2004. Disponible en: <http://www.tsmu.org/doc/declaracionEtica.pdf>
- Fernández, T. y López, A. (2006). *Trabajo social con grupos*. Madrid: Alianza Editorial.
- Fernández, T. y López, A. (2008). *Trabajo Social comunitario: afrontando juntos los desafíos del siglo XXI*. Madrid: Alianza Editorial.
- Ferrer, J.J. y Álvarez, J.C. (2005). *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas en la bioética contemporánea*. Bilbao: Universidad Pontificia Comillas, Editorial Desclée de Brouwer.
- Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales*. Barcelona: Crítica.
- Idareta, F. (2013). Tras la estela de la responsabilidad ética: origen y evolución histórico-filosófica de la ética del Trabajo Social hasta la actualidad. *Cuadernos de Trabajo Social*, 26(2), 489-498. doi: http://dx.doi.org/10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n2.41024
- Kisnerman, N. (2001). *Ética, ¿un discurso o una práctica social?* Buenos Aires: Editorial Paidós, SAICF.
- Méndez, V. y Silveira, H. (2007). *Bioética y Derecho*. Barcelona: Editorial UOC.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, concepto y procesos*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Rodríguez, C. (2014). Ética y Trabajo social: La reflexión de la profesión, camino de ciudadanía. *Revista Internacional de Trabajo social y Bienestar*, (3), 55-61. Recuperado de <http://revistas.um.es/azarbe/article/viewFile/198361/161631>
- Román Maestre, B. (2011). Ética de la decisión para la prácticas del cuidado. En BOLADERAS, M. *Bioética: la toma de decisiones*. Cànoves i Samalús: Proteus, (pp. 299-325).

- Sánchez, A. (2016). *Ética psicosocial. Enfoque comunitario. Actores, valores, opciones y consecuencias*. Madrid: Ediciones Pirámide, Grupo Anaya S.A.
- Taylor, C. (1993). *El multiculturalismo y la política del reconocimiento*. Mexico: Fondo de cultura económica.
- Úriz, M.J., Ballester, A., Viscarret J.J. e Idareta F. Quins dilemes ètics troben els professionals del treball social a Espanya i com els resolen? (2013). *Revista de Treball Social*, (199), 35-45. Recuperado de <https://www.tscat.cat/sites/default/files/rts199.pdf>

Estudio sobre la implementación de un Centro Nocturno para personas mayores con dependencia moderada en Jerez de la Frontera

Investigación en el ámbito del Trabajo social

Antonio Oñate Tenorio

Trabajador Social del Servicio Andaluz de Salud

María de los Santos Oñate Tenorio

Doctora en Ciencias de la Salud por Universidad de Cádiz

Este proyecto de investigación no ha sido financiado ni subvencionado por ningún organismo ni entidad, pública o privada, por lo que todo gasto económico derivado del mismo será a cuenta de los propios investigadores.

Resumen

Introducción: El presente proyecto de investigación tiene como objetivo conocer el grado de necesidad y utilidad de los centros de estancia nocturna en Jerez de la Frontera según los cuidadores de personas mayores con dependencia. Constituye un recurso poco conocido y prácticamente inexistente dentro de la oferta de servicios que existe en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y transversal utilizando un método mixto de investigación. Nos emplazamos a Jerez de la frontera con una población de 212.830 habitantes. La muestra es de 600 cuidadores habituales de mayores dependientes. Las variables estudiadas son: edad, sexo, ocupación laboral, horarios de trabajo, imprevistos surgidos que interfieren en el cuidado, utilidad y beneficios de los Centros Nocturnos. Como instrumento de toma de datos se utiliza una encuesta anónima y voluntaria de doce preguntas.

Resultados: El 76% de los encuestados trabajan y un 18.11% lo hace en turno de noche. Al 89% le ha surgido un imprevisto en horario nocturno, siendo un 71.91% las enfermedades. El 99% considera útil y necesario estos centros sobre todo en caso de imprevistos en un 97.5% como uno de los principales beneficios.

Discusión y conclusiones: Tras la realización de este estudio, conseguimos nuestros objetivos confirmando afirmativamente las hipótesis planteadas. Conocemos el grado de necesidad y utilidad de los centros de estancia nocturna en Jerez de la Frontera y cuáles son los beneficios de su implementación para el mayor dependiente y sus cuidadores.

Palabras clave

Envejecimiento, dependencia, cuidador, servicio de estancia nocturna.

Summary

Introduction: The aim of this research project is to determine the degree of necessity and usefulness of the overnight stay centers in Jerez de la Frontera according to the caregivers of elderly people with dependency. It is a little-known and practically non-existent resource within the range of services that exists in the Autonomous Community of Andalusia.

Material and methods: Descriptive, observational and cross-sectional study using a mixed research method. We are located in Jerez de la Frontera with a population of 212,830 inhabitants. The sample is 600 habitual caregivers of dependent elderly. The variables studied are: age, sex, occupation, work schedules, emergencies that interfere in the care, utility and benefits of the Night Centers. As an instrument of data collection, an anonymous and voluntary survey of twelve questions is used.

Results: 76% of respondents work and 18.11% do so on night shift. 89% have come up with an unforeseen nighttime, with 71.91% diseases. 99% consider these centers useful and necessary, especially in case of unforeseen events, in 97.5% as one of the main benefits.

Discussion and conclusions: After carrying out this study, we achieved our objectives by confirming affirmatively the hypotheses. We know the degree of necessity and usefulness of night stay centers in Jerez de la Frontera and what are the benefits of their implementation for the dependent and their caregivers.

Keywords:

Aging, dependency, caregiver, overnight stay service.

Introducción

Con el presente proyecto de investigación se pretende demostrar la urgente y forzosa necesidad de llevar a cabo la implementación de un centro nocturno para personas mayores con dependencia moderada en la ciudad de Jerez de la Frontera en la provincia de Cádiz.

La propia Ley de la Dependencia 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, BOE nº 299 de 15 de diciembre de 2006, recoge un Catalogo de servicios, en el que se encuentra incluido este servicio de estancia nocturna. En citada Ley también se recoge la implantación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, el cual tiene por finalidad principal el garantizar que se haga efectiva una serie de prestaciones que permitan el cumplimiento de las condiciones básicas y la previsión de los niveles de protección establecidos a las personas en situaciones de dependencia en España.

El problema se plantea debido a la ausencia de centros nocturnos, y ante la necesidad imperiosa de los mismos, ya que aunque si que es cierto que la mayoría de las atenciones,

cuidados y actividades se realizan de día, el mayor dependiente necesita de los mismos también durante la noche.

Es por ello que se considera fundamental el llevar a cabo este proyecto y abordar la problemática que supone el cuidado de los mayores dependientes por las noches, abordando los mismos de forma integral y en todo su conjunto.

El concepto de dependencia es definido por la propia Ley de Dependencia 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, BOE nº 299 de 15 de diciembre de 2006 como el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria, actividades que define como las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas (artículo 2.2, y 2.3).

La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.

La estructura de la población española ha cambiado en los últimos años a partir de la transición demográfica. Se está consolidando el progresivo envejecimiento. Las estimaciones de la Oficina Estadística de la Comunidades Europeas señalan a España como el país “más viejo” en 2050, año en el que un 35,7% de la población tendrá 65 años o más (Eurostat, 2005).

La baja natalidad, la baja mortalidad, la elevada expectativa de vida y el consecuente predominio de las enfermedades crónicas y del grupo de personas mayores son las principales características actuales y futuras de nuestra sociedad, epidemiológica y demográficamente hablando, ya que la transición epidemiológica supone un estado donde la mortalidad prematura es baja. Estos factores conllevan un incremento en el número de personas mayores dependientes que requieren cuidados de larga duración y de las necesidades de asistencia desde los sistemas formal e informal.

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sirve de cauce para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas en la optimización de los recursos, tanto públicos como privados, disponibles para atender de forma integral a las personas que presentan diversos cuadros de dependencia. Se presenta como el órgano representativo del que será el cuarto pilar del Estado de Bienestar, tras el Sistema Nacional de Salud, el Sistema Educativo y el Sistema de Pensiones. Establece unos baremos oficiales de gravedad para valorar el grado de dependencia de las personas, diferenciando 6 niveles enmarcados en tres grados:

- Grado I. Dependencia moderada: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.

- Grado II. Dependencia severa: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador.
- Grado III. Gran dependencia: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona.

Cada uno de estos grados se clasificará en dos niveles, en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requiere, todo ello según establece el artículo 26 de la Ley. Reconoce el derecho de todo ciudadano a solicitar tal valoración, que será realizada por los órganos que decida cada Comunidad Autónoma. A partir de la evaluación realizada de la persona se diseñará el Plan Individual de Atención, en el que se detalla el tipo y el grado de prestaciones a las que la persona tendrá derecho en función de su nivel de dependencia.

La Ley de la Dependencia reconoce en su artículo 4 el derecho expreso, subjetivo, universal y reclamable, como cualquier otro derecho, como puede ser por ejemplo el de la salud. Teniendo en cuenta esto, su garantía jurídica goza de una elevadísima importancia; por tanto el artículo 4.1 de la mencionada Ley de la Dependencia nos dice: “las personas en situación de dependencia tendrán derecho, con independencia del lugar del territorio del Estado español donde residan, a acceder en condiciones de igualdad, a las prestaciones y servicios previstos en esta Ley, en los términos establecidos en la misma.

La Ley General de Sanidad en su artículo 1.4. por su parte, recoge el reconocimiento explícito del derecho de toda persona que debido a sus condiciones, medicas psicológicas o sociales no puedan valerse por sí mismos del todo, debe ser por tanto el Estado el que da respuesta a estas necesidades desde ese amplio marco jurídico fundamentado en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad y por supuesto teniendo en la cabecera como objetivo principal las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia o semidependencia en función de la clasificación del grado de dependencia.

Según la Junta de Andalucía (2017) el Servicio de Centro de Día y de Noche ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores/as, mediante programas y terapias adaptadas a la situación específica de cada persona. Este servicio está orientado a optimizar la calidad de vida tanto de la persona en situación de dependencia como de su entorno socio-familiar, favoreciendo la permanencia en su medio habitual. Este servicio atiende, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, atención asistencial y personal, favoreciendo la permanencia de las personas mayores en su ambiente familiar y social.

Villa (2008) confirma y refuerza la necesidad de abordar íntegramente a las personas mayores dependientes en esa etapa final de su vida.

Por su parte Piñol (2006) afirma que la dependencia con relación a las actividades de la vida diaria, puede afectar la realización de las actividades culturales y de ocio y que la institucionalización puede convertir a los ancianos en dependientes en más áreas de lo neces-

rio, por lo que es importante elaborar programas que impliquen al anciano en actividades que le ayuden a mejorar su estado de ánimo.

Es por todo ello que se ha considerado la necesidad de implantar centros de atención al dependiente no sólo de día sino también nocturno, ya que durante este espacio de tiempo también es necesario proporcionarle cuidados al mayor dependiente, al mismo tiempo que se le da un respiro a su cuidador habitual, evitando de esta manera la institucionalización completa, ofreciendo al mayor dependiente una atención integral.

Al mismo tiempo que al usuario se le ofrecerá la posibilidad de interacción no sólo con otros pacientes, sino también con todo el personal del centro, siendo una de las labores del centro llevar a cabo la resocialización de la persona mayor, previniendo de esta manera el aislamiento de los mismos e integrándolo en la realización de actividades, ya que desde los años 80 del siglo pasado, había autores como Burdz Burdz, M.P.; Eaton, W.O. y Bond, J.B. (1988) que confirmaban los beneficios de estos servicios, ya que permiten que la persona receptora de estos cuidados mejore sus problemas de conducta en los casos que aparezca como consecuencia de su situación de dependencia. Por su parte, autores como Gilleard Gilleard, C.J.; Boyd, W.D. y Watt, G. (1982) referían mejoría respecto a su salud, y Zarit, S.H.; Gaugler, J.E. y Jarrot, S.E. (1999) referían mejoría de su estado de ánimo, su satisfacción con la vida y su bienestar.

Con este proyecto se pretende dar cobertura a todas aquellas necesidades básicas personales, también llevar a cabo labores de información y asesoramiento a los cuidadores, ya que en este sentido no debemos de olvidar que en la mayoría de los casos se crea una importante red informal familiar, que carece de un mínimo de formación en la materia.

Su localización se situaría en la ciudad de Jerez de la frontera, situada en la provincia de Cádiz perteneciente a la comunidad Autónoma de Andalucía. Con una población total, según información proporcionada por el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (2017), de 212.830 habitantes en el año 2016, de las cuales el 14.97 % son personas mayores de 65 años. Se trata de la ciudad más poblada de la provincia de Cádiz y la que más demanda este servicio. Este Centro daría cobertura a una población de 31860 personas mayores de 65 años y demandantes de este tipo de servicio, que verán la respuesta a sus demandas con este proyecto.

Con el diseño de este proyecto de intervención se pretende conocer si la creación y puesta en marcha de un Servicio de Estancia Nocturna en la ciudad de Jerez de la Frontera es útil y necesaria. Ya que en el caso de la provincia de Cádiz no existe ningún Servicio de Estancia Nocturna, se les plantea a los cuidadores la creación del mismo.

El Centro Nocturno, Servicio de Estancias Nocturnas o Centro de Noche es un recurso de atención integral a las personas mayores con dependencia moderada que necesitan ser cuidados en horario nocturno y tendrá como objetivo de intervención familiar generar respiro y alivio a los cuidadores informales, proporcionándole descanso de atención nocturna, ya que por diversas razones o situaciones sus cuidadores habituales se ven imposibilitados de cuidarlos de noche. Por tanto, el primer beneficio es el de alivio o respiro de sus cuidadores, al mismo tiempo que les permite compatibilizar cualquier actividad laboral nocturna con sus funciones de cuidadores habituales proporcionándoles no sólo alivio y respiro en los cuidados, también formación e información profesional.

Constituye un recurso aún poco conocido y prácticamente inexistente dentro de la oferta de servicios que existe en la Comunidad Autónoma de Andalucía, por lo que en este estudio nuestro nos planteamos como propósito el conocer la opinión de los cuidadores de mayores dependientes sobre estos centros.

Objetivos:

Objetivo general: Conocer el grado de necesidad y utilidad de los centros de estancia nocturna en Jerez de la Frontera según los cuidadores de personas mayores con dependencia.

Objetivo específico: Estudiar los beneficios de la implementación de centros de estancia nocturna en Jerez de la Frontera tanto para el mayor dependiente como para sus cuidadores.

Hipótesis:

H1: Los cuidadores de personas con dependencia moderada en Jerez de la Frontera necesitan la creación de centros de estancia nocturna.

H2: Los cuidadores de personas mayores con dependencia moderada en Jerez de la Frontera utilizarían el centro de estancia nocturna.

H3: La creación de un centro de estancia nocturna en Jerez de la Frontera beneficiaría tanto a los mayores con dependencia moderada como a los cuidadores de éstos.

Material y métodos:

Para contrastar las hipótesis planteadas se utiliza una metodología científica y estadística basada en la observación, recopilación, sistematización y examen de las observaciones realizadas, elaborando finalmente unas conclusiones válidas con carácter general mediante la utilización de una estadística descriptiva e inferencial.

Las fases de la investigación consistirán en determinar el objeto de la investigación, recopilación, recuento, sistematización y análisis de los datos obtenidos en la investigación mediante:

- Descripción de cada variable mediante las distribuciones de frecuencias oportunas, las tablas y gráficos correspondientes.
- Las medidas de síntesis para cada variable.
- Los contrastes oportunos para la verificación de hipótesis.
- Se calcularán las medidas de asociación o riesgo oportunos. En caso necesario se ajustarán modelos del tipo Regresión Logística.
- Se calcularán los correspondientes intervalos de confianza. El nivel de riesgo se establece en $\alpha = 0,05$.

Diseño:

Para corroborar las hipótesis planteadas se realiza un estudio descriptivo, observacional y transversal a través de un método mixto de investigación, ya que los objetivos de esta investigación requieren una aproximación metodológica mixta, al ser necesario para realizar el análisis de datos la interpretación conjunta de datos cualitativos y cuantitativos.

Emplazamiento:

El presente estudio es realizado en Jerez de la Frontera desde el pasado mes de octubre de 2016 hasta febrero de 2017.

Población de estudio:

Población de la ciudad de Jerez de la frontera, situada en la provincia de Cádiz perteneciente a la comunidad Autónoma de Andalucía. Según información proporcionada por el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (2017), es una población total de 212.830 habitantes en el año 2016, de las cuales el 14.97 % son personas mayores de 65 años, lo que supone una población total de 31860 personas mayores de 65 años.

Criterios de selección:

Cuidadores de mayores dependientes.

Criterios de inclusión:

Cuidadores habituales de mayores dependientes.

Criterios de exclusión:

Cuidadores esporádicos y no cuidadores habituales de mayores dependientes.

Muestra:

La muestra fue un total de 600 cuidadores habituales de mayores dependientes. Para acceder a ellos, se procedió a consultar las fuentes de datos proporcionada por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía y por el Servicio Andaluz de Salud donde se muestran los listados de los Centros de Día, Centros de Salud y Consultorios existentes en la ciudad de Jerez de la Frontera, que sirvió como herramienta facilitadora para captar a los participantes que serían encuestados.

Tipo de muestreo:

Se llevó a cabo un muestreo selectivo llegando a un total de 600 cuidadores habituales de mayores dependientes.

Variables:

Las variables que vamos a estudiar son:

- Edad.
- Sexo.
- Ocupación laboral.
- Horarios de trabajo.
- Imprevistos surgidos que interfieren en el cuidado.
- Utilidad y beneficios de los Centros Nocturnos.

Recogida de datos:

Lo primero que se hizo después de plantear el estudio, fue realizar identificar las palabras claves y los conceptos fundamentales en DEC's y Mesh y realizar una búsqueda bibliográfica durante los meses de Octubre/Noviembre/Diciembre 2016 en las siguientes bases de datos: Enfispo, Dialnet, Google Académico, PubMed, Cochrane Plus, Scielo y Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público Andaluz. Después de revisar toda la documentación obtenida descartando la que carecía de rigor científico, se decidió lo que era crítico y relevante a través de una fase analítica de la información y a partir de ello se elaboró el marco conceptual de la investigación durante los meses de Enero/Febrero/Marzo 2017.

Para la obtención de los datos se reparte como instrumento de toma de datos una encuesta anónima y voluntaria, que consta de doce preguntas realizadas a la población de estudio (Anexo: Tabla 1), que será autocumplimentada por los mismos, durante los meses de Abril/Mayo/Junio del 2017, de las cuales las dos primeras preguntas exploran las variables sociodemográficas de los participantes: edad y sexo, dos son preguntas abiertas de opinión y ocho son preguntas cerradas: dos de ellas con respuestas tipo Escala de Likert del 1 al 10, cinco preguntas con respuestas dicotómicas: si/no, y una

de ellas es una pregunta con respuesta policotómica o categorizada.

Estas encuestas se repartieron a pie de calle, a menos de 50 metros de los Centros de día, Centros de Salud y Consultorios, al objeto de localizar a los cuidadores participantes en el estudio, en una franja horaria alterna, tanto en horario de mañana como de tarde.

Análisis de Datos:

Durante los meses de Julio/Agosto /Septiembre 2017 y una vez recopilada la información relevante para nuestro estudio, se lleva a cabo un análisis minucioso y exhaustivo de los datos obtenidos, que serán representados describiendo cada variable mediante las distribuciones de frecuencias oportunas, las tablas y gráficos correspondientes, utilizando para ello el software Microsoft Office Excel®. El análisis cualitativo de datos se desarrolla a través de distintos ciclos analíticos, explorando los temas cualitativos mediante el análisis, la segmentación y codificación de las respuestas abiertas y representados mediante la frecuencia de codificación de los mismos.

Sesgos:

Al objeto de evitar sesgos las encuestas no son repartidas por los propios investigadores, sino por personal ajeno al estudio y por supuesto, que no tenga ninguna relación con los cuidadores participantes en el estudio, así mismo serán voluntarias y anónimas para que no haya ningún tipo de coacción en las respuestas, y para evitar interferencias en el estudio la población será elegida al azar sin atender a género ni edad, pero seleccionadas siguiendo el criterio de inclusión que sean cuidadores habituales se mayores dependientes en Jerez de la Frontera.

Alcance y Limitaciones:

La limitación principal fue la negativa de los usuarios a participar en la realización de las encuestas. Para solventar esta incidencia y que no haya interferencias en los resultados, se explica a los encuestados que es una encuesta anónima, voluntaria y autocumplimentada, cuya única finalidad es conocer su opinión, pero que si no deciden participar es completamente respetable su decisión.

Lo que haremos para llegar al número establecido de encuestas, es seguir repartiendo las mismas a los que decidan participar hasta llegar al número de 600 encuestas previamente establecido.

Cronograma de las Fases de Estudio

- * Planteamiento del estudio: Octubre 2016.
- * Realización de búsqueda bibliográfica: Octubre/ Noviembre/ Diciembre 2016.
- * Fase analítica de la información y de determinación del marco conceptual del estudio: Enero/ Febrero /Marzo 2017.
- * Recogida de datos: Abril /Mayo /Junio 2017.
- * Procesamiento y análisis exhaustivo de datos: Julio/Agosto/Septiembre 2017.
- * Finalización del estudio y culminación del presente Proyecto de Investigación: Octubre/Noviembre/Diciembre 2017.

Consideraciones Éticas:

La normativa ética del trabajo estará sujeta a las premisas de Helsinki y posteriores, para este tipo de estudio.

Para garantizar la confidencialidad de la información, todos los datos recogidos han sido registrados de forma anónima, siguiendo estrictamente las leyes y normas de protección de datos en vigor (Ley 41/2002 de 14 de noviembre; Ley 15/1999 de 13 de diciembre; RD 1720/2007 de 21 de diciembre).

Los datos obtenidos se ajustaran a las leyes al uso de protección de éstos cara a la investigación y publicación de resultados.

Presupuesto:

Este proyecto integrado de investigación no ha sido financiado ni subvencionado por ningún organismo ni entidad, pública o privada, por lo que todo gasto económico derivado del mismo será a cuenta de los propios investigadores.

Resultados:

Una vez procesados todos los datos de las encuestas realizadas podemos ver en los Gráficos 1 y 2, la respuesta a las dos primeras preguntas correspondientes tanto a las edades como al sexo de los encuestados.

La edad predominante de los cuidadores encuestados es entre los 35-65 años en un 83%, destacando el grupo de mayor porcentaje entre las edades de 35-45 años en un 35% y la de menor entre los 18-25 años en un 3%. El sexo que prevalece son las mujeres en un 77%.

A continuación se explora la situación y el horario laboral de los cuidadores de los mayores dependientes en Jerez de la Frontera (Gráficos 3 y 4), apreciando que el 76% de los encuestados trabajan y además un 18.11% lo hace en turno de noche.

A través del Gráfico 5 y Tabla nº 2 se representan la información referente a los imprevistos que han sufrido los cuidadores encuestados, en los que vemos como al 89% le ha surgido algún imprevisto en horario nocturno, siendo el más destacable y usual por motivos de enfermedad en un 71.91%, seguido de ingresos hospitalarios en un 62.94%.

En los gráficos 6 y 7 se representa los resultados obtenidos de las respuestas de los cuidadores sobre la utilidad y el grado de la misma de los centros nocturnos.

Igualmente en los gráficos 8 y 9 se representa los resultados obtenidos de las respuestas de los cuidadores sobre la utilidad y el grado de la misma de los centros nocturnos.

El 99% de los cuidadores encuestados consideran útil y necesario en grado máximo estos centros de estancia nocturna, sobre todo como beneficio para solventar imprevistos en un 97.5%, destacando también por la tranquilidad que genera en un 77.16% y por la creación de empleos que supone en un 66%, además de por el descanso que proporcionaría al cuidador (23.66%) y el bien aportado al mayor dependiente (18.16%).

En el Anexo 12 Tabla 3 podemos apreciar cada uno de los beneficios referidos por los cuidadores si contarán con un Centro Nocturno para personas mayores con dependencia moderada tanto en frecuencias de codificación como en porcentajes:

Y por último, en el Anexo 13 Gráfico nº 10 se detalla el número y el porcentaje de cuidadores que utilizarían este servicio de estancia nocturna, siendo la respuesta contestada a esta pregunta afirmativamente en un 99.6%.

Discusión y conclusiones:

Podemos decir que, tras la realización de este estudio, conseguimos nuestros objetivos tanto general como específico confirmando de esta manera positiva y afirmativamente las hipótesis planteadas. A través de los resultados obtenidos de este estudio hemos conocido el grado de necesidad y utilidad de los centros de estancia nocturna en Jerez de la Frontera

según los cuidadores de personas mayores con dependencia, y hemos averiguado cuales son los beneficios de la implementación de centros de estancia nocturna en Jerez de la Frontera tanto para el mayor dependiente como para sus cuidadores.

Concluimos este estudio con la idea de que la iniciativa de crear, ofrecer y poner al alcance y a su disposición un Servicio de Estancia Nocturna para mayores dependientes en la ciudad de Jerez de la Frontera es necesaria y útil para llevar a cabo en la población distintos objetivos y proporcionar distintos beneficios como dar solución a los imprevistos y situaciones fortuitas que ocurren en el día a día. Es acertada y viable la implementación del centro, en tanto en cuanto existe un porcentaje altísimo y mayoritario que si utilizarían este centro.

Como se demuestra en este estudio, son necesidades reales, del día a día, en la que la mayor aportación de beneficios, se la llevaría el propio usuario al cual se le generaría una mayor integración en la sociedad al mismo tiempo que estaría en manos de profesionales, además de que darían respuesta a las diferentes necesidades de los cuidadores.

Otro aspecto a destacar nombrado por nuestros encuestados sería la generación de empleo y la creación de puestos de trabajos, así como de otras actividades comerciales y de otros servicios.

Para finalizar, enfatizar que consideramos como necesidad fundamental que desde los poderes públicos se fomenten la creación de este tipo de centro, con el fin de atender a la problemática suscitada a lo largo de este trabajo, al mismo tiempo que garanticemos el bienestar físico y emocional tanto de los ancianos mayores dependientes como de sus cuidadores, al objeto de poder proporcionarles las siguientes actividades de intervención:

- Atender a los mayores dependientes que requieren de cuidados en un horario nocturno, y por tanto, dar la posibilidad de pernoctar fuera de su domicilio.
- Ofrecer atención especializada y formación en cuidados tanto a usuarios como a familiares/cuidadores.
- Evitar la institucionalización definitiva y completa del mayor dependiente, favoreciendo su permanencia diaria en su entorno habitual.
- Generar respiro y alivio a los cuidadores, proporcionándole descanso.
- Fomentar la socialización del mayor dependiente, así como su autonomía.

Bibliografía:

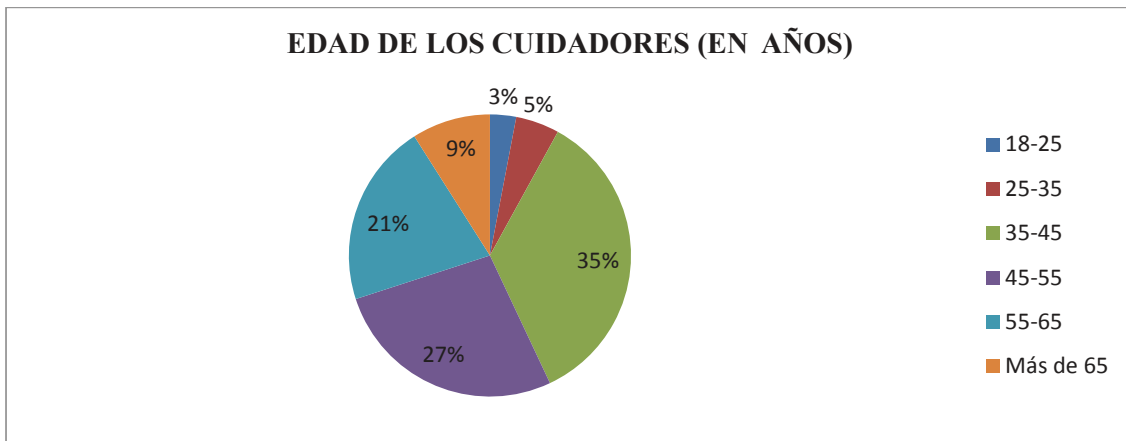
- Burdz, M.P.; Eaton, W.O. y Bond, J.B. Jr. (1988). *Effect of respite care on dementia and nondementia patient: boundary ambiguity and mastery*. *Fam Process*, 29, 1 – 10.
- Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía (2017). *Listados de Centros de personas mayores. Centros de día para mayores*. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdadypolicassociales/areas/entidades-centros/personas-mayores.html>
- Eurostat (2005). *Population projections 2004-2050*. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities.
- Gilleard, C.J.; Boyd, W.D. y Watt, G. (1982). *Problems in caring for the elderly mentally infirm at home*. *Arch Gerontol Geriatr*, 1, 151–158.
- Junta de Andalucía (2017). *Catalogo de prestaciones. Servicio de centro de día y de noche para personas mayores en situación de dependencia*. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdadypolicassociales/areas/dependencia/prestaciones/paginas/servicios-centros-dia.html>
- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (2017). *Andalucía pueblo a pueblo. Fichas municipales. Jerez de la Frontera*. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia./sima/ficha.htm?mun=11020>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Publicado en «BOE» núm. 102, de 29/04/1986. Entrada en vigor: 19/05/1986. Agencia Estatal boletín Oficial del Estado. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499> HYPERLINK “<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499&p=20140328&tn=1>” & HYPERLINK “<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499&p=20140328&tn=1>” p=20140328 HYPERLINK “<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499&p=20140328&tn=1>” & HYPERLINK “<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499&p=20140328&tn=1>” tn=1#auno
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Publicado en: «BOE» núm. 299, de 15/12/2006. Entrada en vigor: 01/01/2007. Agencia Estatal boletín Oficial del Estado. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
- Observatorio de personas mayores (2008). *Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias*. Número 35, octubre. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria de Asuntos Sociales, IMSERSO.
- Piñol Torelló, M, A. (2006). *Actividades culturales y de ocio en la población mayor institucionalizada. Metas de enfermería*, 4(9), 14-20.
- Servicio Andaluz de Salud (2017). *Información por centros*. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/centros/Resultados.asp>
- Villa, J.M. (2008). *Protección integral de las personas mayores dependientes: abordaje integral de la persona mayor al final de la vida. Sesenta y más*, (272), 38.

Anexos

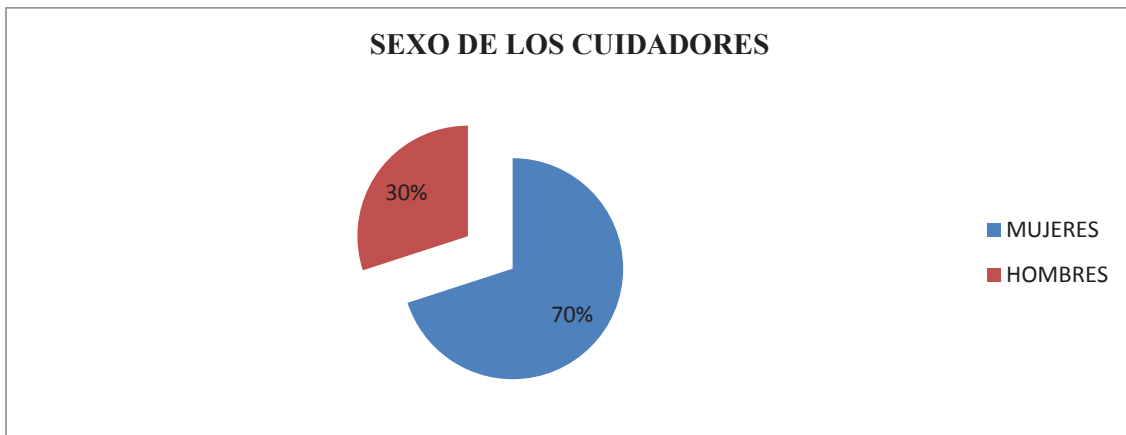
Anexo 1. Tabla 1. Encuesta de opinión a cuidadores de personas mayores con dependencia moderada sobre la creación de un Centro Nocturno en Jerez de la Frontera.

ENCUESTA SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN CENTRO NOCTURNO PARA PERSONAS MAYORES CON DEPENDENCIA MODERADA EN JEREZ DE LA FRONTERA”.
Esta encuesta es totalmente anónima, voluntaria y confidencial, rogamos responda con total sinceridad.
<p>1.- Marque la edad que tiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Entre 18-25 años. b) De 25 a 35 años. c) De 35 a 45 años. d) De 45 a 55 años. e) De 55 a 65 años. f) Más de 65 años. <p>2.- Indique su sexo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hombre. - Mujer <p>3.- ¿Trabaja fuera de casa además de ser cuidador principal de persona mayor con dependencia moderada?:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sí. - No. <p>4.- ¿Qué horario tiene de trabajo?:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Mañana. b) Tarde. c) Noche. d) Turnos de Mañanas y/o Tardes. e) Turnos de Mañanas, Tardes y/o Noches. <p>5.- ¿Ha tenido algún imprevisto en horario nocturno que le ha interferido en el cuidado de la persona mayor con dependencia moderada de la que usted es cuidador principal?:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sí. - No. <p>6.- ¿Podría por favor, en caso afirmativo en la pregunta anterior, exponer esos imprevistos surgidos en horario nocturno que le interfirieron en el cuidado de la persona mayor con dependencia moderada de la que usted es cuidador principal?</p> <p>7.- ¿Considera útil la creación de Centros nocturnos para personas mayores con dependencia moderada?:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sí. - No. <p>8.- Marque del 1 a 10 el grado de utilidad, siendo el 1 lo mínimo y 10 lo máximo:</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>9.- ¿Considera necesario que se creen Centros Nocturnos para personas mayores con dependencia moderada?:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sí. - No. <p>10.- Marque del 1 a 10 el grado de necesidad, siendo el 1 lo mínimo y 10 lo máximo:</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>11.- En caso de que haya contestado afirmativamente en las preguntas anteriores, enumere por favor cuales serían los beneficios de la implementación de estos Centros Nocturnos para personas mayores con dependencia moderada:</p> <p>12.- ¿Utilizaría el Centro Nocturno para personas mayores con dependencia moderada?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sí. - No.

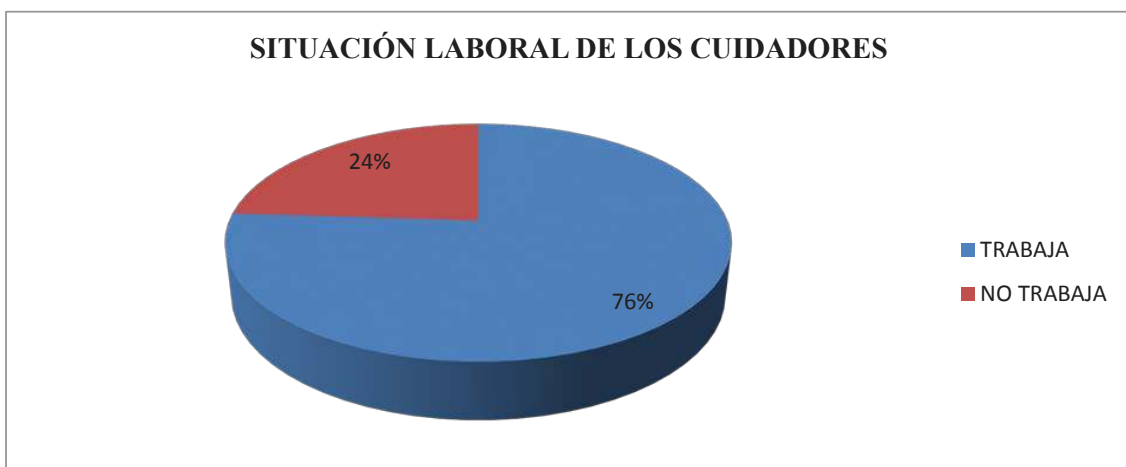
Anexo 2. Gráfico 1. Edad de los cuidadores.



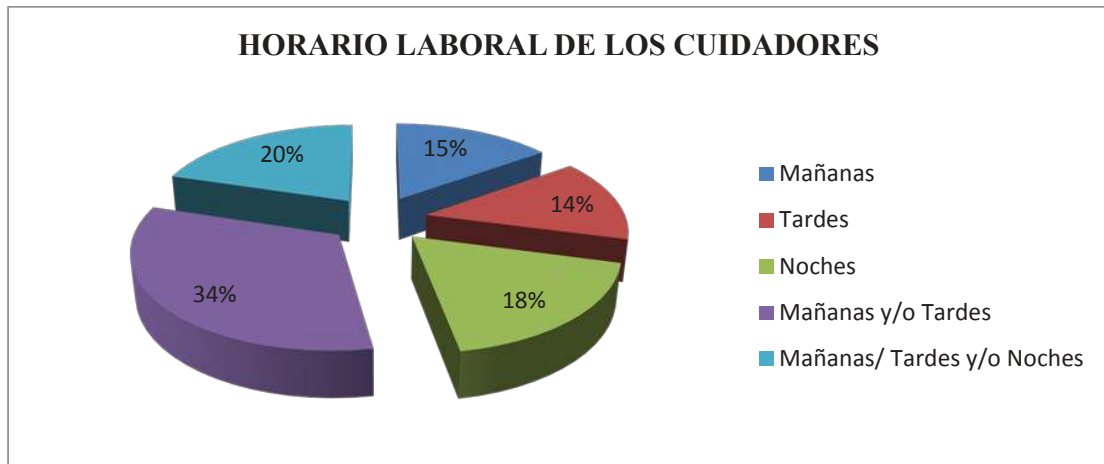
Anexo 3. Gráfico 2. Sexo de los cuidadores.



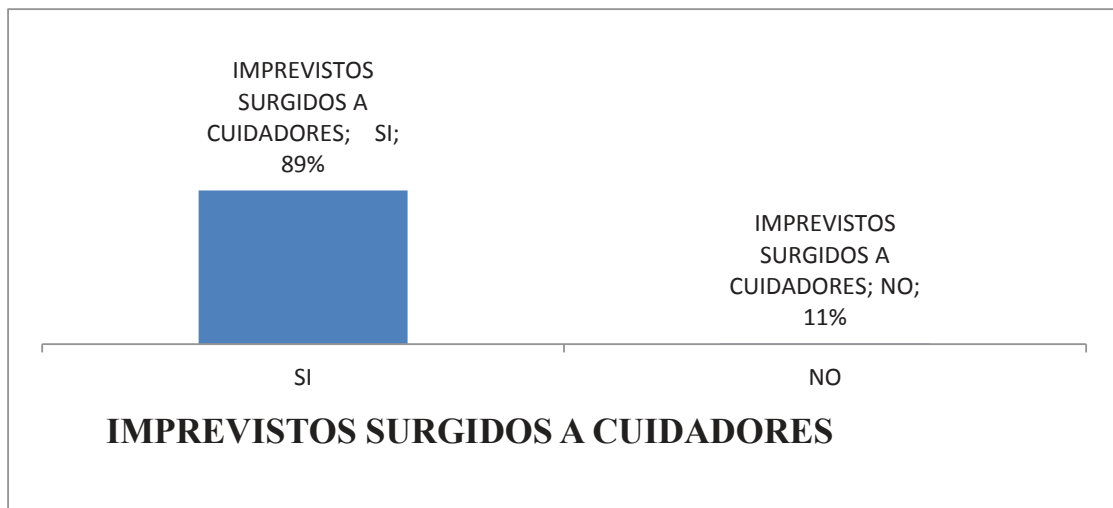
Anexo 4. Gráfico 3. Situación laboral cuidadores.



Anexo 5. Gráfico 4. Horario laboral cuidadores.



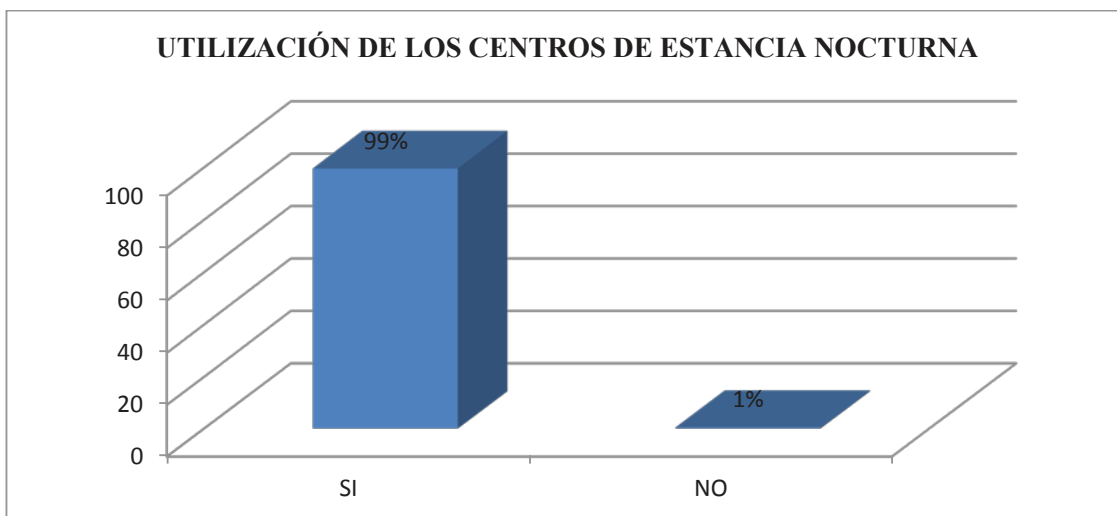
Anexo 6. Gráfico 5. Imprevistos surgidos a cuidadores.



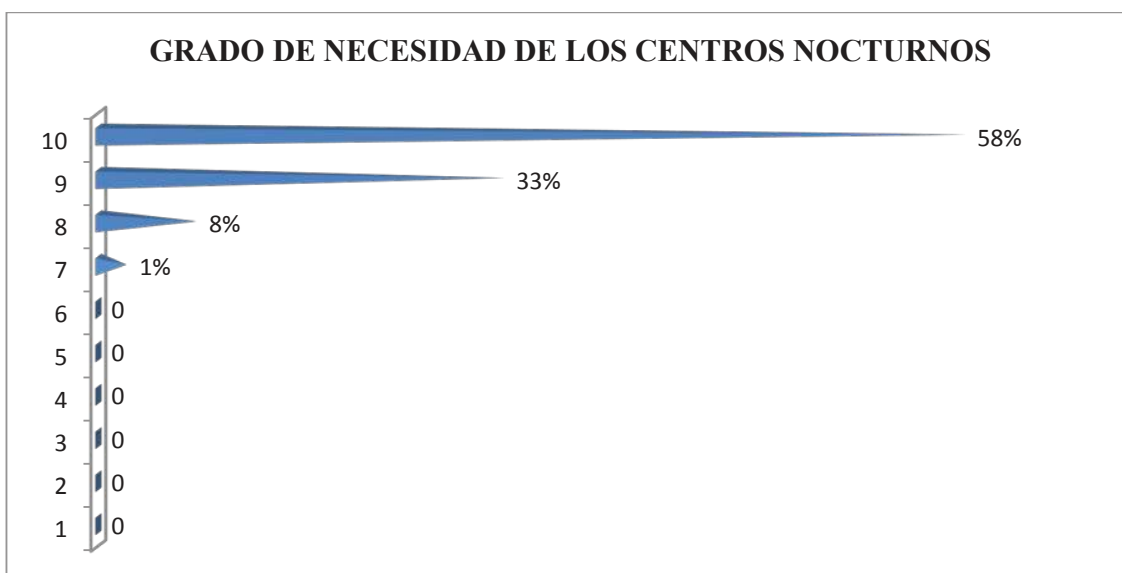
Anexo 7. Tabla 2. Imprevistos más usuales detallados por los cuidadores.

IMPREVISTOS MÁS USUALES DETALLADOS POR LOS CUIDADORES:	Frecuencia de codificación:	Porcentaje:
• Enfermedad	• 384	• 71.91%
• Ingresos hospitalarios	• 336	• 62.94%
• Lúdicos (viaje, evento)	• 305	• 57.1%
• Cambios de turno en el trabajo	• 134	• 25.09%

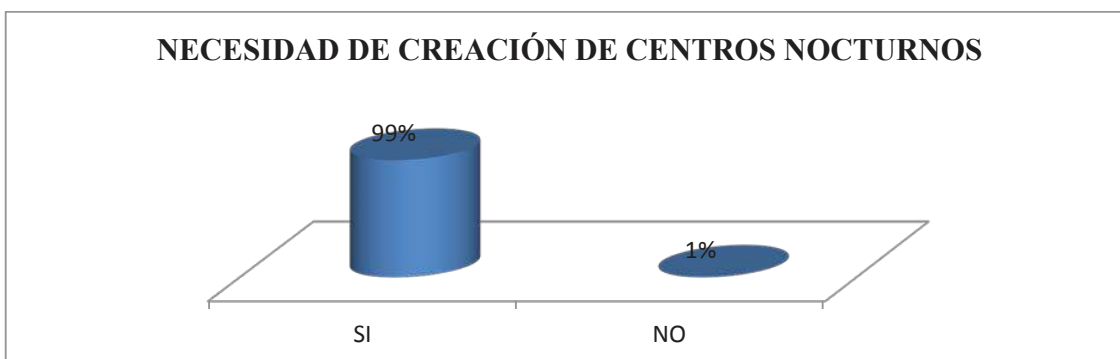
Anexo 8. Gráfico 6. Utilidad de los centros.



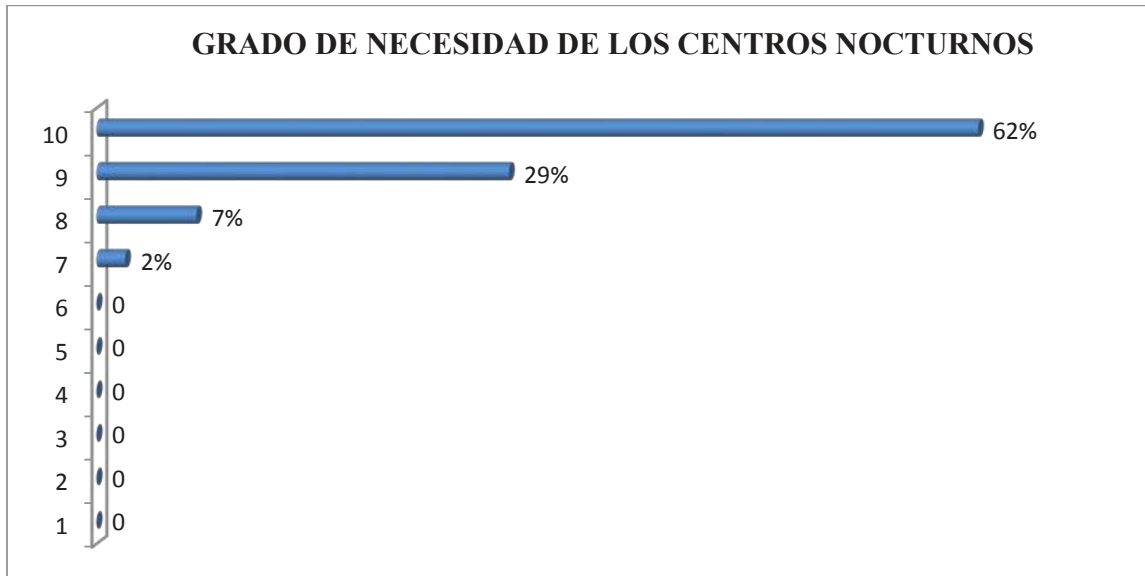
Anexo 9. Gráfico 7. Grado de utilidad de los Centros Nocturnos.



Anexo 10. Gráfico 8. Necesidad de Centros Nocturnos.



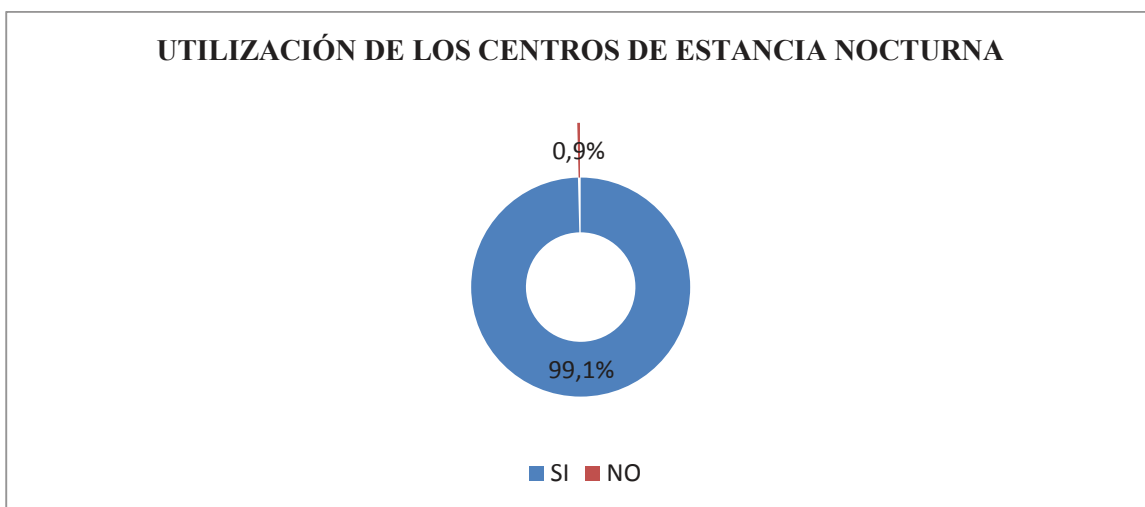
Anexo 11. Gráfico 9. Grado de necesidad de los Centros Nocturnos.



Anexo 12. Tabla 3. Beneficios de la creación de un Centro Nocturno en Jerez de la Frontera.

BENEFICIOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE CENTROS NOCTURNOS PARA PERSONAS MAYORES CON DEPENDENCIA MODERADA MÁS USUALES DETALLADOS POR LOS CUIDADORES:	Frecuencia de codificación:	Porcentaje:
• Por descanso para el cuidador.	• 142	• 23.66%
• Para atender imprevistos (cambios en trabajo, enfermedades, ingresos, asistencia a eventos).	• 585	• 97.5%
• Por el bien del mayor, para que se distraiga y se relacione.	• 109	• 18.16%
• Porque generaría empleo.	• 396	• 66%
• Tranquilidad para familiar y cuidadores de que el mayor dependiente está en manos de profesionales y centro especializado.	• 427	• 77.16%

Anexo 13. Gráfico 10. Utilización de los Centros de Estancia Nocturna.



¿Y ahora qué dibuja nuestra ilusión? Un estudio de caso sobre la perspectiva del migrante

Modalidad de participación: Investigación en el ámbito del Trabajo Social

Virginia Romero Plana
Trabajadora Social

*Nadie duerme en el tren, sobre el tren.
Agarrados al tren todos buscan llegar a una frontera,
a un sueño dibujado como un mapa con líneas de colores:
una larga y azul que brilla como un río, que ahoga como un pozo.*

(Fragmento del poema “La Bestia”, Daniel Rodríguez Moya).

Resumen

Este artículo atiende la necesidad de tratar las expectativas de la población migrante masculina en aras de entender cómo se está construyendo actualmente el imaginario del proceso migratorio. Ante las historias de derrota, violencia e inseguridad nace un panorama para el migrante que le acerca a un abismo de elección entre la necesidad por pobreza, la función por hombre y el riesgo por ilusión. Este trabajo tiene por objetivo perfilar las expectativas personales que sostienen los buscadores de sueños; bajo un enfoque mixto se desarrollaron 27 entrevistas entre los meses de febrero y noviembre del año 2017 a hombres migrantes en el desayunador San Luis Gonzaga, al norte de la ciudad mexicana de Hermosillo (Sonora). Los resultados obtenidos acercan a las y los lectores a la realidad, los miedos, las necesidades, el entramado entre el deber hacer masculino y la construcción de la representación social que dibujan los hombres sobre lo que es migrar.

Palabras clave:

Expectativa, frontera, ilusión, cambio, migración.

Abstract

This paper addresses the expectations of the male migrant population in order to understand how the imaginary of the migratory process is currently being constructed. Faced with the stories of defeat, violence and insecurity, a panorama emerges for the migrant that brings him closer to a chasm of choice between the need for poverty, the function for man and the risk for illusion. This work aims to outline the personal expectations held by migrants; under a mixed approach, 27 interviews were conducted between February and October of 2017 with migrant men in the

breakfast room San Luis Gonzaga, north of the Mexican city of Hermosillo (Sonora). The results obtained bring the readers closer to reality, the fears, the needs, the framework between the duty to do masculine and the construction of the social representation that migrant men draw about what it is to migrate.

Key words:

Expectation, border, illusion, change, migration.

Introducción

Una de las últimas paradas del viaje migratorio hacia la frontera con los Estados Unidos de América (EUA) desde Centroamérica y el sur de México es Sonora. Su capital, Hermosillo, es estación casi obligada para la población migrante que se dirige a Mexicali, Tijuana, Caborca o Nogales. Gran parte de estos grupos viajeros basa su movilidad en territorio mexicano sobre las rutas del ferrocarril. Viajar encima del tren determina una serie de condiciones duras que tienen que ver con la escasez de agua y alimento, con una climatología cambiante y extrema, en algunas ocasiones, y con un conjunto de peligros ligados al mismo, tanto de carácter interno (velocidad y dificultad para subir o bajar del tren) como externo (las mafias que lideran los asaltos).

El imaginario creado en los lugares de origen de la población migrante, y que es el impulso para la toma de decisión de ir al “otro lado”, va modificándose a través de los distintos estadios del viaje y de las experiencias vividas en éste. Ante las situaciones de escasez, violencia y desorientación, las realidades empiezan a cobrar relevancia en la ilustración de nuevas expectativas, metas y percepción de su vida. Hay una construcción social sobre lo que es migrar, los esfuerzos que conlleva y las condiciones que se puede encontrar alguien al cruzar la frontera; sin embargo, ese dibujo (enaltecido por los éxitos de las primeras generaciones de migrantes) cada vez se ve más teñido de grises por los nuevos aportes de peligrosidad que los procesos derivados de la búsqueda de una nueva vida advierten.

El proyecto de investigación “Rasgos masculinos: experiencias migratorias ancladas a Sonora”, a partir del cual se elabora este artículo, se ha centrado en conocer las condiciones de vida en Hermosillo de la población migrante masculina y de sus expectativas de vida en el contexto del trayecto migratorio. Hay un interés en conocer cómo piensan los hombres migrantes que sólo van de paso por la ciudad, esperando a subirse al próximo tren que pase rumbo a la esperanza de tener una oportunidad. Se considera importante identificar estas expectativas en pro de un nuevo enfoque que atienda la problemática desde una base de la identidad construida y de la dignidad humana.

Este artículo abordará exclusivamente el análisis de los resultados relacionados a uno de los objetivos generales del estudio. Así se ha proyectado el orden de los apartados: primero se tratará el planteamiento del problema, focalizando el interés en unas ideas particulares; la segunda parte centrará la atención en aclarar cuál es el objetivo y la metodología del estudio; después se desmenuzará la información recolectada a lo largo del trabajo de campo para llegar a ciertas interpretaciones acompañadas de teoría e ilustraciones por lo recogido en las entrevistas; y finalmente, se cerrará el artículo con algunas conclusiones y aportes.

Planteamiento del problema

La migración es un proceso de traslado de un individuo o grupo de un lugar a otro, geográficamente hablando, que se lleva a cabo por una o varias causas y que genera una serie de consecuencias. Para esta investigación se retoma la definición que Carlos Giménez aporta a través de su estudio sobre si la migración se considera un problema o una oportunidad. En este sentido la define como “el desplazamiento de una persona o conjunto de personas desde su lugar habitual de residencia a otro, para permanecer en él más o menos tiempo, con la intención de satisfacer alguna necesidad o conseguir una determinada mejora” (Giménez, 2003, en Micolta, 2005: 61). Cambiar de domicilio y de estilo de vida por causas personales, laborales, profesionales o familiares no genera la misma índole de resultados en todas las personas. La migración por motivos económicos es el efecto de unas condiciones pésimas en cuanto a la calidad de vida de la persona y de su familia, o de unas limitadas oportunidades laborales y de servicios, por lo que la decisión de trasladarse a otro estado, ciudad, país o continente implica no sólo el desapego del hogar de origen, sino también una serie de cuestiones a tener en cuenta a la hora de asentarse en un contexto extraño. Además de los interrogantes clásicos, inducidos por incertidumbres varias al salir de la zona de confort, se crean otros que cualquier persona debe enfrentar ante situaciones alejadas del hogar y que son parte de la trascendencia de conocer nuevos contextos (Prat, 2007).

El “vivir” la migración, según los motivos, es tan singular que no se puede generalizar sobre esta práctica ya cotidiana y mundial. Este proceso experiencial frecuentemente, en determinados tipos de migración y con particularidades geográficas, implica dejar a la familia largos periodos de tiempo, afrontar situaciones como el frío, el calor, el hambre o la sed, ser víctima de discriminación y abusos, minimizar problemas intrincados en el hecho de ser migrante en ámbitos desconocidos, e incluso arriesgar la vida al tratar de cruzar la frontera.

En este sentido la población migrante que transita por Hermosillo, rumbo a la frontera norte México-EUA, a partir de sus vivencias desencadena una serie de sentimientos que, a su vez, trazan expectativas que ligan sus esperanzas e ilusiones de vida, además de estar marcadas por las condiciones que ostentan los contextos del momento. Las expectativas de cada persona inciden en la forma de enfrentar y percibir las realidades sociales, por lo que se fundamentan como algo esencial para dirigir una vía de acción ante la situación de la migración como problemática social contemporánea.

Muchos fueron los estudios en las primeras décadas del siglo XX sobre los grupos de migrantes hacia EUA (Martínez, 2005), pero hay que justificar que ahora no se está atendiendo una situación novedosa o con curiosidad histórica, sino que el asunto que se trata en los trabajos de migración de las últimas décadas pierde la gracia académica cuando se mezcla con un fenómeno cada vez más acuciante, centrado en el mal trato que está recibiendo la población de migrantes. Ya no se habla de poder recomponer historias anecdóticas o exitosas de migración canalizadas al esfuerzo de conseguir una mejor vida, sino que ahora se torna en un tema de relevancia social, de empatía hacia todas aquellas personas que en este viaje se han quedado a la mitad por azares del destino y de Derechos Humanos. Cada vez hay más contribuciones de investigaciones centradas en contar historias de personas anónimas que son migrantes a fuerza y sus destinos no encuentran la luz prometida (González, 2008).

Hermosillo es uno de los últimos pasos hacia la frontera con el país vecino. Naco, Sása-be, Nogales o cualquier pueblo ubicado en el desierto fronterizo es un buen punto para atravesar el mismo en busca del limbo ofrecido por cientos de relatos de los familiares de un amigo, de los hijos de unos tíos lejanos o de alguien que publicó sobre los buenos ingresos en los países del norte en un periódico local. Más lejos de la realidad, no todas las personas migrantes que llegan a EUA sin ser deportadas o repatriadas a México u otros países, viven una calidad de vida digna. Estas historias de vida vienen cargadas de expectativas “irregulares”, de ánimos perdidos y de ilusiones que terminan en sentimientos de vergüenza. Querer analizar las situaciones de las personas que sí “han tenido suerte” lleva a la reflexión de que es

indispensable profundizar en el conocimiento de las condiciones bajo las cuales se organiza la cotidianidad de las vidas de más de doce millones de mexicanos y de sus descendientes en Estados Unidos. Por ejemplo, uno de cada cuatro mexicanos por nacimiento que residen en la Unión Americana se halla en condición de pobreza de acuerdo a los propios estándares de vida estadounidense (López, 2015: 2).

La realidad es distinta a la que aparece en los carteles de publicidad de envíos de remesas: las condiciones físico-materiales del viaje, la inseguridad, la deshidratación, la pérdida del ahorro o la sensación constante de una lucha perdida son algunas de las compañeras que siguen a estas y estos valientes (González, 2008).

Objetivos y metodología del estudio

El estudio que se presenta bajo estas páginas se realizó bajo la premisa de esculcar no sólo las condiciones de vida que tienen los hombres migrantes que se dirigen a la frontera-norte en su paso por Hermosillo, sino también de indagar sobre las emociones y expectativas que desarrollan a través de este viaje y que subyacen en el imaginario migrante a través de las vivencias y los obstáculos.

En la investigación se plantearon dos objetivos principales: ahondar en el conocimiento de las condiciones de vida de los hombres migrantes que se encuentran de paso por Hermosillo y perfilar las expectativas personales que sostienen los migrantes hombres en las situaciones de pobreza vividas. En este artículo sólo se presentarán algunos de los resultados ligado al segundo objetivo.

Este propósito parte de la importancia de conocer el imaginario social del migrante en un momento de cambio estructural y acelerado como el contemporáneo (Bauman, 2008), no sólo por las nuevas medidas implantadas por el Presidente de los Estados Unidos de América, Donald Trump, sino por las transformaciones en las condiciones físicas, rutas migratorias y percepciones sociales sobre la población migrante.

Este estudio es de tipo exploratorio, enmarcado en un enfoque mixto. Se entiende por metodología mixta la recolección, análisis y mezcla (a partir de la conexión o la integración) de datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio (Creswell y Plano, 2006). La investigación indagatoria en Ciencias Sociales se puede favorecer de interpretaciones a partir de datos cuanti y cuali, porque la misma ciencia social amerita este conducto de exploración hacia nuevas perspectivas y enfoques en aras de conformar y experimentar esta metodología. “La recogida y análisis cuantitativo/cualitativo tienen por objeto integrar re-

sultados y hacer una discusión conjunta que permita realizar inferencias (metainferencias) para comprender mejor y tener una visión más amplia del fenómeno estudiado” (Sánchez, 2015: 24). Asimismo, se considera pertinente este enfoque mixto debido a la integración y discusión conjunta de la información para un mayor entendimiento del problema, no sólo por la fluidez de conocimiento, sino porque ni la información cuantificable tiene relevancia fuera del contexto que permite el acercamiento cualitativo, ni lo cualitativo genera peso más que acompañado de la información cuantitativa que lo justifica.

Una de las estrategias básicas de integración multi-método es la triangulación, que es aquella que logra “el reconocimiento por parte de las dos aproximaciones de un mismo aspecto de la realidad social. En esta estrategia lo que se pretende es la convergencia o el solapamiento de los resultados” (Sánchez, 2015: 18). En tenor de este planteamiento y a partir de este estudio se decidió que la triangulación fuera a través de un mismo instrumento, sin abogar por dos partes distintas, sino en el análisis y la interpretación. Esto significa lo siguiente: el instrumento se elaboró con una base cuantitativa, a través de preguntas cerradas y algunas abiertas en la primera parte del mismo, y una base cualitativa, a partir de preguntas abiertas en la premisa de la reflexión sobre el mismo fenómeno estudiado. De esta manera convergen dos focos de atención, que se podrán interpretar desde cuatro directrices: puramente cuantitativa, cuantitativa-cualitativa, cualitativa-cuantitativa y puramente cualitativa.

De acuerdo a esto, la técnica elegida para recopilar la información fue la entrevista, la cual por excelencia ha estado adscrita al corte cualitativo. Sin embargo, se escogió la entrevista estructurada, más típica de investigación mixta; a través del instrumento de la misma (una guía de preguntas), éste puede funcionar de manera precisa y apropiada para la recolección de información relevante. Con este estudio indagatorio se pretendía abordar una realidad, cuyo enfoque debía estar ubicado en dos aspectos: datos cuantitativos que pudieran desencadenar preocupaciones en la intervención del problema (a través de proyectos y planes de acción social) y datos cualitativos que permitieran acercarse al lado humano de la vivencia del mismo fenómeno y sensibilizando a una mayor población.

La guía de entrevista estuvo conformada por 45 preguntas, de las cuales aproximadamente la mitad fueron abiertas y la otra mitad cerradas. Las cuestiones se organizaron en seis apartados: datos personales, condiciones de vida y necesidades, educación y empleo, imaginario de la migración, ideas, emociones y posicionamiento como migrante, percepción y expectativas, cerrando la guía con un espacio para comentarios y observación (véase el instrumento en el documento 1 del Anexo).

Si bien es cierto que dos características de la entrevista son el haber formalizado con tiempo la cita con el entrevistado y llevar a cabo la misma en un espacio lo más apropiado posible, aquí cabe mencionar que no se cumplieron estrictamente debido al perfil de la población migrante a la que se pretendía entrevistar. Era difícil agendar un encuentro para la realización de una entrevista con personas que quizá ese mismo día continuarían su camino hacia el norte; por ello, la premura de llevarlas a cabo el mismo día que llegaban al desayuno, teniendo en cuenta previos protocolos de solicitud de participación, aclaración del tema, interés y la confidencialidad de los datos, e intentando que el espacio fuera lo más cómodo posible para ellos.

La puesta en marcha del trabajo de campo¹ se calendarizó entre los meses de febrero y noviembre del año 2017, con ocho visitas al Desayunador San Luis Gonzaga², ubicado en La Victoria, antiguo ejido al norte de Hermosillo. Este centro es una de las dos instancias que la capital sonoreense tiene para la atención a la población migrante; el otro es un albergue en el centro de la ciudad, donde no sólo acuden migrantes, sino toda aquella persona que no tiene hogar y se ve en la necesidad de pernoctar y comer allí.

El desayunador San Luis Gonzaga surge hace una década ante la necesidad de ofrecer a la población migrante una comida y algo de abrigo en su paso hacia la frontera con EUA, camino directo en tren hacia Mexicali (Baja California) o Caborca (Sonora). Se crea a partir de la inquietud de un sacerdote y de apoyos económicos de empresas o donativos y con el trabajo voluntario de personas que van diariamente a ofrecer su mano amiga; las instalaciones han crecido y mejorado poco a poco, al igual que los servicios, ofreciendo a día de hoy una comida caliente (con opción a repetir), aseos públicos, atención sanitaria en un espacio equipado exclusivamente para ello (donde un médico voluntario acude uno o dos días a la semana), una llamada telefónica de algunos minutos, ropa y complementos necesarios para el viaje y una bolsa con lonche para la adversidad de los días siguientes (para las personas que continúan su viaje sin descanso).

El comedor abre sus puertas a las 11 de la mañana y previo registro en la entrada se da acceso a las personas al centro, quienes toman asiento y, tras un rezo breve (en agradecimiento por los alimentos) recogen su bandeja para pasar a que se le sirva la comida del día. Entre las 11 y las 12 horas se realizaron las entrevistas. Tras la aceptación de la persona a ser entrevistada, se dio comienzo a ésta en una mesa más apartada del gentío que esperaba en otro espacio el servicio de alimentación.

La selección de los entrevistados fue aleatoria: las personas voluntarias que se ocupaban del registro en la entrada del desayunador comentaban quién sí era migrante o quién ya se había quedado en situación de estancamiento³. De esta manera los primeros migrantes que accedían al centro fueron los que se escogieron para ello. El total de los hombres entrevistados fue de treinta; sin embargo, tras la revisión de la información recogida, tres de ellos fueron descartados porque no cumplían con el perfil de migrantes, quedando una población final de veintisiete.

.....

- 1 El trabajo de campo se realizó con la colaboración de un grupo de alumnas de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de Sonora, quienes amablemente y con ilusión por formarse profesionalmente apoyaron en esta etapa. Agradezco inmensamente el apoyo de Aby, Adriana, Alejandra, Azalia, Emilce, Gema, Gloria, Karen, Katia y Sarahí.
- 2 Cada visita al desayunador nos acercaba más al alma migrante y al corazón de los voluntarios que con mucho respeto brindan todos los días un tiempo para hacer más llevadero el viaje a las y los soñadores. Desde aquí se agradece la ayuda y el cariño de Paty, Martha Silvia, Carmen, Fabián y el padre Gilberto, quienes nos abrieron las puertas para realizar este estudio.
- 3 Las personas voluntarias que acuden diariamente a ofrecer la comida en el desayunador conocen las caras de las personas migrantes que ya se han quedado en situación de estancamiento en Hermosillo y que llegan al centro no en condición de migrante, sino como persona sin hogar. Es por ello que aquí se podría hablar de dos tipos de población: migrantes que ya no quieren o no pueden migrar y migrantes que sólo van de paso por Hermosillo. El interés de este estudio se centró en el segundo grupo de hombres.

Resultados y discusión

Introducción: ¿cómo son *los hombres migrantes que atraviesan Hermosillo*?

Las nacionalidades de los veintisiete hombres entrevistados varían; los países de origen son México (catorce personas), Honduras (diez), Belice (uno), Nicaragua (uno) y El Salvador (uno). Las edades de los mismos comprenden desde los 18 y 55 años, siendo el rango de edad más extenso el de 30 a 39 años. Cabe destacar que el grupo de migrantes con edades comprendidas entre 20 y 29 años, el más joven, está compuesto solamente por hondureños. En relación a su estado civil: diecinueve son solteros, dos están casados, cuatro están divorciados o separados (el término se usa indistintamente, para dar el significado de no estar con la pareja con quien se casaron o madre de sus hijos) y dos conviven en unión libre con una pareja sentimental. Dos terceras partes de la población entrevistada tienen hijos.

Las religiones que profesan son la católica (catorce), la evangélica (cuatro), la cristiana (dos) y la cristiana-sabatista (uno); seis de ellos no creen en nada.

Todos viajan solos, a excepción de cuatro de ellos. En este sentido hay que aclarar que viajan solos, aunque sí se juntan a lo largo del viaje en grupos de conocidos, especialmente por nacionalidad (se percató en el grupo de hondureños). De acuerdo al tiempo que hace desde que salieron de sus lugares de origen hay gran variabilidad de respuestas: a) menos de dos o tres meses: doce hombres (casi todos provenientes de Centroamérica y algunos mexicanos); b) algunos meses: cuatro; c) entre un año y cinco años: dos; d) entre cinco y diez años: dos; e) más de diez años: cuatro. En este aspecto se quiere destacar a Ignacio y Santiago⁴, quienes llevan intentando pasar al otro lado 30 y 32 años, respectivamente (de forma intermitente con estadías en EUA que cesan con la deportación).

Algo que fue importante recoger fue la cantidad de veces que habían intentado cruzar la frontera (véase el gráfico 1 en el documento 2 del Anexo). Para seis de los hombres era su primera vez; nueve y siete hombres respectivamente para la segunda y tercera vez que lo intentaban; una persona que se dirigía al norte por quinta vez; dos que iban camino de su séptimo intento y otros dos que lo habían intentado (incluso lo habían hecho en alguna o en más de una ocasión) por más de diez veces.

Hay que explicar que los dos hombres que llevan más de diez años intentando cruzar son Julio e Indalecio: el primero cuenta haber sido “puntero”⁵, como coloquialmente se en la jerga, por lo que dice cruzarla unas dieciocho veces al año; y el segundo, trabajando como “burrero”⁶, ha intentado cruzarla veinte veces, de las cuales 15 de ellas sí pudo para a EUA.

.....

- 4 Los nombres de los hombres migrantes que aparecen en este escrito no son los reales, con el fin de respetar el anonimato de las personas que amablemente brindaron su experiencia.
- 5 Este término designa a la persona que va en cabeza de los grupos de migrantes, visionando sobre los peligros de las patrullas policiales y de los agentes de migración en las zonas fronterizas.
- 6 La gran mayoría de los hombres hondureños, agrupados y viajando en grupo, dijo ir a Caborca para trabajar como burreros, teniendo ya el contacto desde su país de origen. El término “burrero” es coloquial en la jerga de los migrantes e implica que la persona transporta droga (normalmente en una mochila) hacia los EUA a través de la frontera, siendo éste el pago por el paso dirigido para llegar al “país dorado”.

Asimismo, coincidiendo con su primer o segundo intento por cruzar la frontera se encuentran aquellos que llevan menos tiempo fuera de su hogar y suelen ser los migrantes centroamericanos. Son los que más exacto llevan su conteo de los días. Por ejemplo, Javier, quien dice “Mañana hace un mes”, Julián, que comenta llevar ya 45 días, porque salió de su casa el 10 de octubre, o Ricardo, que dice llevar viajando “un mes y 21 días” exactamente.

Aproximadamente la mitad de los hombres come sólo una vez al día, mientras que el resto dos o tres veces. Sin embargo, aquí cabe mencionar que muchos de ellos al llegar al comedor externaron llevar días sin consumir alimentos. Esto depende de las paradas que hagan en el trayecto ferroviario, en los centros de atención a la población migrante que haya en éstas y en la suerte del día a día.

Todos coinciden en la cantidad de necesidades que el contexto no les permite tener cubiertas; entre ellas destacan la preocupación por el trabajo, las necesidades afectivas y la comida.

En relación al grado educativo alcanzado por éstos, sólo uno reporta haber terminado la preparatoria (Rodrigo), quien además comenta que le hubiera gustado estudiar para desempeñarse como ingeniero agrónomo o mecánico. De los otros veintiséis entrevistados: dieciséis dijo haber estudiado hasta la secundaria, no habiéndola finalizado; ocho hasta primaria y dos no haber estudiado. El ser conscientes del nivel educativo alcanzado, de la situación laboral y de los criterios para contratar en EUA hace que las expectativas laborales no sean muy altas: no sueñan con grandes trabajos, sólo quieren trabajar; se les ha cortado las alas para soñar con empleos en los que el lujo y la abundancia sean característicos.

Imaginario de la migración

Se construye una idea sobre la migración a partir de las experiencias que se escuchan de familiares o vecinos, de las representaciones sociales que aparecen en los programas televisivos, en las películas o novelas y del discurso que se arma en una conversación sobre el mismo tema. Es difícil, por lo tanto, limitar una idea tan compleja con esta información; sobre todo, porque falta la parte fundamental: la experiencia personal. Es relativamente fácil exponer y hablar sobre las experiencias de éxito, pero es más duro compartir el rechazo, los obstáculos e incluso la negación de no poder hacer lo que se ha impuesto como propio del rol masculino: migrar, hacer frente a las adversidades y aportar recursos a la unidad doméstica para sobrevivir ante contextos de escasez y pobreza.

De la población entrevistada, veintitrés hombres saben lo que es migrar por las historias que les han contado, tanto por amigos o gente cercana de la misma comunidad, como por familiares. Hay variedad en las experiencias y en los mitos que se crean en torno al éxito o fracaso de las oportunidades que brinda el irse a trabajar a otro país o estado. Lo que se cuenta en estas historias es que se siente mucha nostalgia (Alonso), que es “mucha batalla, sólo a pocos les va bien” (Guillermo), que se encuentra uno en el trayecto “con mucha gente mala” (Pedro), que es “difícil cruzar la frontera” (Roberto), que “muchos se quedan en el camino” (Ricardo) y que hay asaltos y robos (Diego). Orlando, Omar e Indalecio están de acuerdo en que “se sufre mucho en el camino”. Sin embargo, si sólo hubiera relatos con trasfondo de sufrimiento, pocos serían los que se aventurarían a tal incertidumbre. Las historias que se cuentan no siempre tienen un final triste; algunas sí mantienen la ilusión

del pobre: “se gana bastante bien” (Anselmo), “cuesta, pero al estar en Estados Unidos se aprovecha, todo tiene un sacrificio” (Alberto) o una vivencia que leyó Tomás una vez en el periódico sobre “una persona de Puebla que empezó a lavar platos, batalló mucho, aprendió inglés y actualmente tiene una empresa con quinientos empleados”. Estas historias son las que salen a la luz, las que realmente pueden levantar el ánimo de los aventureros (que no siempre bienaventurados) para que sigan luchando por un futuro mejor.

A pesar de que las historias negativas son más en cantidad que las de triunfos, nueve de los veintisiete hombres contestaron no haber pensado que su viaje sería difícil. Esto indica, sin hacer un análisis muy profundo, que ante una balanza entre la posibilidad de conseguir algo mejor (incluso con peligros e incertidumbres en el camino) y mantener las condiciones de su lugar de origen (incluso con la negación de salir de la pobreza) sigue ganando la esperanza, la ilusión y la proyección de cambiar el destino y esperar que una sola posibilidad llegue cruzándose en su rumbo.

Ante este panorama se abordó la cuestión de si alguien, a la hora de tomar la decisión de migrar, les intentó detener o persuadir para que no lo hicieran: a diez de ellos nadie les intentó detener. Las charlas para intentar cambiar la opinión del hombre decidido a migrar mayoritariamente vienen de la familia (en particular de la madre, hermanos y pareja sentimental) y también de los amigos. Se destacan tres casos particulares: el de Víctor, a quien unos agentes de Protección Civil intentaron persuadir de seguir el viaje (les recuerda con cierto aprecio); el de Tomás, a quien sus amigos le decían que no se fuera de su hogar, que todos irían a buscar trabajo ahí cerca en invernaderos u otra cosa, intentando que se quedara con ellos; y el caso de Indalecio, a quien sus amigos intentaban quitarle la idea de la cabeza diciéndole que ya tenía hijos. En este último caso, el discurso que le exponen a Indalecio se podría ver inmerso en la crítica hecha desde la idea de “migrando sin necesidad”, aquella que interpreta Rosas en su estudio, porque “aun cuando se esfuerzan por justificar su migración como un acto de responsabilidad y argumenten que estar lejos de la familia les es altamente doloroso, saben que varias personas los cuestionan” (Rosas, 2008: 12-13).

Casi la mitad de los encuestados (doce) dijo no haber sufrido miedo en el trayecto migratorio. Los otros quince sí lo sintieron, mezclado con la incertidumbre y las penalidades de muchos contextos por los que atraviesan. Aquí se describen los momentos que ellos recuerdan en relación a esto: “cuando crucé el desierto solo” (Víctor), “hace veinte días que me robaron con pistola” (Javier), “siempre que cruzas otros países” (Omar), “en Coatzacoalcos” (Sebastián), “al ir en la Bestia, el miedo y los riesgos de ir ahí” (Indalecio). Son bastantes los episodios que les provocan tensión o incertidumbre porque, como dice Santiago, “todo el tiempo hay miedo”.

Con un fin reflexivo, cerrando este apartado, se les preguntó sobre lo positivo del viaje y sobre lo negativo y más difícil de confrontar a lo largo de éste (véase la tabla 1 en el documento 3 del Anexo).

En relación a lo que ellos consideran como positivo se expresaron las siguientes respuestas (ordenadas de mayor frecuencia a menor): conocer gente buena por el camino, valorar

.....

7 Ciudad del Estado de Veracruz y unos de los puertos más importante del sur de México.

la vida y las cosas⁸, pensar en tener un trabajo, conocer México, emoción por ver el tren (adrenalina de la propia aventura), casi nada, tener varios trabajos, aprendizaje de las experiencias, libertad para vivir como se quiera y convivencia con la gente. Hay una variedad de expresiones y representaciones de lo que significa lo bueno para ellos. Sin embargo, en la categoría de “lo negativo” se engloba la violencia en general (golpes, peleas, violaciones, asaltos, entre otros) y ha tenido una respuesta casi unánime. Pocos discursos han sido aquellos en los que el término violencia o peligro no salga a relucir. Así lo relata Indalecio: “Me tiraron del tren en curso por no pagar la cuota. No sabía que se pagaba. Y veo que tiran a uno y cae muerto con los ojos abiertos”. Esto hace pensar en qué tan cruento es el viaje, siendo éste una de las muchas situaciones que pueden enfrentar. Esto fue lo que respondieron (de mayor incidencia de respuesta a menor): violencia, discriminación, hambre y sed, caminar bajo el sol, los accidentes, intranquilidad constante, vicios, enfermedades y deportación.

Percepción de vida y expectativas

El proceso de vivir la migración es tan singular que no se puede generalizar sobre esta práctica ya cotidiana y mundial. Es posible que algunos de los aspectos que se enfrentan, como por ejemplo el alejamiento de los seres queridos, la soledad o la confrontación con otros estilos culturales de vida, sean los mismos pero se experimentan de manera distinta según el estatus identitario de migrante (propio e impuesto socialmente).

Cuando la persona que quiere llegar al norte se sumerge en esta aventura incierta, empieza a de-construir ciertas partes de su imaginario en relación a la migración. Vivir en carne propia el hambre, el cansancio, el rechazo, la desolación y el peligro cambia la idea de ser migrante, a pesar de saber previamente que se podían encontrar este tipo de situaciones. En este apartado se va a tratar sobre las consideraciones de acuerdo a su status de hombres migrantes y al viaje que el destino quiera ofrecerles.

Tras aterrizar sobre las incertidumbres del viaje y sobre el momento de su decisión y partida, es importante saber qué opinan en relación al alcance de las expectativas primeras del viaje: si realmente ha coincidido su viaje con lo que se esperaba del proceso migratorio o si la realidad ha sido diferente a lo que se dibujaba en la visión previa. Un 52% de los entrevistados dice no haber cubierto las expectativas, mientras que el resto sí. Cuando Alonso contesta negativamente a esta cuestión añade: “Increíble pero cierto”. Menos de la mitad de las respuestas han sido positivas, aunque no coinciden con el discurso expuesto a lo largo de la entrevista. De este porcentaje de hombres que respondieron afirmativamente, seis comentaron que su situación actual es peor, por lo que cabe traer a colación la siguiente idea: la situación en las comunidades de origen ha de ser muy grave, compleja y sin miras a prosperar para decidir embarcarse en este proyecto, a pesar de ser probable que las condiciones del viaje sean duras y se termine en una situación peor que la que ya tenían. Esto se vincula con la pobreza de los lugares de origen y la escasez de oportunidades para encontrar un trabajo y una salida a las malas condiciones de subsistencia.

.....

8 Los hombres que respondieron esto hicieron referencias explícitas a lo siguiente: familia, comida y hogar.

Si se indaga en la percepción que los hombres tienen sobre su situación actual, en cuanto a las condiciones de vida en comparación con las que tenían antes de migrar, se encuentran respuestas variadas: mejor, igual o peor, siendo la respuesta mayoritaria la última (con un 56%).

Ante esta visión que se va conformando a lo largo de la travesía, se quiso hacer una pregunta de control indirecta para verificar la implicación que estaba teniendo la dureza del viaje en sus decisiones como migrante. Esta pregunta se redactó así: “Si le ofrecieran un trabajo en Hermosillo, ¿querría quedarse?”. Las respuestas fueron mayoritariamente positivas (17 contestaron que sí), lo cual justifica que lo más anhelado es una oportunidad de trabajo. Esto es la clave para poder entender el imaginario del desarrollo que nace a través de la conformación individual y grupal como migrantes.

Aproximadamente la mitad de los hombres (46%) asiente cuando se le cuestiona si “en algún momento se ha arrepentido de haber salido de su comunidad y ha querido regresar”. Omar y Orlando comentan que hay veces que quieren regresar, porque se encuentran muchos obstáculos a lo largo del viaje. Alberto hace referencia a las penalidades a las que se enfrentan: “el agua, el frío, los ladrones”. Pedro también hace hincapié en lo “pesado de viajar” y dice: “lo peor es lo que pasa en el camino: la policía y las extorsiones”. Indalecio pone el broche de oro cuando justifica su afirmación porque “ahora el presidente de EUA hace que la situación sea peor, y el peligro crece”. Las respuestas negativas fueron las de dieciséis entrevistados, de las cuales la mayoría no se acompañaron de una explicación. Octavio, por su parte, dice que él se siente bendecido; e Ignacio que “no se debe arrepentir uno al hacer las cosas. No es fácil, pero sabiendo trabajar no hay obstáculos”, discurso que sumerge a quien lea este trabajo en esa construcción de masculinidad sobre lo que debe hacer el hombre y cómo se debe sentir. En relación a esto, Stefanie Kron comenta que “la emigración predominantemente masculina implica, además, que el componente de género marca el tipo de participación en el ciclo migratorio” (Kron, 2008, en Dietrich, 2016: 189). La fortaleza, la superación de obstáculos, el no arrepentimiento, el orgullo, entre otros, son características que conforman al hombre en un sistema patriarcal, donde los procesos migratorios se vuelven, desde un enfoque simbólico, como ritos de paso en la conformación de identidad de los hombres. En este sentido, se retoma la idea de Rosas, quien comenta que la migración

demuestra ser un fenómeno potencialmente propiciador de transformaciones en las representaciones, los sentimientos y las prácticas masculinas. Pero dichas transformaciones no siempre van en el mismo sentido. [...] La migración brinda a los varones la posibilidad de cumplir y mejorar con mayor contundencia los mandatos de proveer, experimentar, aventurarse y probar su valentía (Rosas, 2008: 26).

El discurso del migrante está muy sesgado por su rol masculino y, por lo tanto, por sus expectativas, ideas y cánones de lo que es la masculinidad y cómo se ha construido su propia identidad personal. Es por ello por lo que en la siguiente pregunta se puede comprobar el valor que tiene la fortaleza como eje para construirse y ser hombre (y migrante) en la cultura mexicana y centroamericana. A pesar de que la casi mitad de la población entrevistada sí se arrepiente de haber comenzado su proceso migratorio, sólo diez de los hombres dijeron querer volver a su hogar. Por lo tanto, los diecisiete restantes expresaron de manera indirecta en su respuesta una re-significación de las funciones y características

de lo que es ser hombre, porque como asienta Dietrich, a través de un estudio con jóvenes guatemaltecos migrantes, “una línea de interpretación puede ser la de rehusarse a aceptar el haber fracasado en realizar el proyecto migratorio” (2016: 190).

Una de las preguntas más relevantes e interesantes de este apartado es la que cuestiona de manera transversal la situación actual, las condiciones en su lugar de origen, los peligros y lo positivo vivido en el trayecto, poniendo en la mesa la valoración de toda esta aventura: “¿Volvería a migrar si le dieran la oportunidad?”. Las respuestas a la pregunta fueron las siguientes: catorce hombres dijeron que sí, diez que no y tres no sabían.

Las últimas preguntas están dirigidas a que el migrante reflexione en ese instante sobre su visualización de lo que quiere en la vida y cómo se ve en un futuro cercano y lejano. A corto plazo esbozan distintos sueños: a) alguna oportunidad de trabajo informal, como Ignacio que dice que se visualiza en un mes “vendiendo el periódico o lavando carros”; b) estar más y mejor alimentado, como expresó Francisco; c) llegar a algún lugar de México, como es el caso de Alejandro y Pedro, quienes quieren estar en Mexicali y Caborca, respectivamente; d) alcanzar la meta propuesta como son los casos de Alejandro, Christian, Julián, Sebastián o Diego, quienes en breve pretenden llegar a EUA, cruzando la frontera desértica como “burreros”. Víctor al respecto comenta: “He hecho planes y no me han salido, así que ya no hago planes”, simbolizando esta caracterización de la aventura en el proceso migratorio donde realmente no se sabe que es lo que les va a deparar el mañana.

A largo plazo las proyecciones se centran en una estabilidad económica y sentimental, a través del trabajo y la construcción de un hogar familiar. Algo a destacar en sus metas de vida es que hay una diferencia muy marcada según la nacionalidad: lo visualizado por los mexicanos corresponde a conseguir una mejor calidad de vida (Tomás y Guillermo) en general o, más concretamente, esperando una buena oportunidad y “cruzando a EUA y trabajando bien, con casa y carro” (Pedro); y en el imaginario de los centroamericanos está muy presente el regresar a su comunidad o ciudad para poder invertir el dinero ahorrado en el norte. Así lo cuentan ellos: “Me veo en Honduras en un rancho con mis hijos y cuidando las gallinas” (Santiago), “en una casa con mis hijos, ojalá de vacaciones en Nicaragua” (Indalecio), “si Dios me permite estaré en Honduras. Trabajo tres años en EUA y me regreso” (Javier).

¿Qué le gustaría que la vida le regalara? Ante esta pregunta hubo muchos silencios, algunas sonrisas y lágrimas. En sus palabras y miradas se notaba la emoción ante este simple pero impactante cuestionamiento. En los discursos se mencionan el trabajo, la vivienda, la vestimenta, la comida y la familia como algo básico que les gustaría tener o recuperar a través de su esfuerzo. “Ropa para vestir bien y buscar un trabajo”, dice Francisco; “Trabajo para hacer un hogar y una familia sin sufrimientos ni carencias”, comenta Pedro; “Regresar a Chiapas”, comparte Alonso; “Estar con mi familia, felices, en una reunión” añora Alejandro; “Un paraíso” responde Santiago; “Quisiera tener unos camaradas sinceros” dice Luis; Christian recuerda algo triste: “A mi hermano que está desaparecido”; “Conocer a mis padres biológicos” comenta Diego. O simplemente se ansía “la felicidad”, como expresaron Guillermo, Octavio y Alberto, porque “los seres humanos queremos ser felices” (Marina y Válgoma, 2006: 9). En una de las respuestas que compartió Víctor, que es más una reflexión personal, se aborda un punto obligatoriamente a tratar en la teoría de la construcción de las representaciones sociales sobre los migrantes: “No espero que me regale nada, quiero ganarme la vida”.

Aportes y conclusiones

Tras la exposición de los resultados del estudio presentado en este artículo, el último apartado pretende brevemente poner sobre la mesa de debate algunas cuestiones que se consideran relevantes para seguir con la reflexión sobre los flujos migratorios y las expectativas de las personas migrantes.

Migrar implica arriesgar la vida al tratar de cruzar la frontera, dejar a la familia largos periodos de tiempo, ser víctima de discriminación y abusos y enfrentar problemas intrincados en el hecho de ser migrante en ámbitos desconocidos. Por eso la percepción que la población migrante tiene del desarrollo, a nivel individual y social, es necesaria para poder analizar cómo sus expectativas se van moldeando, se rompen o se mantienen a lo largo del proceso migratorio.

Las condiciones en las que se encuentran los hombres migrantes en su travesía por México no son óptimas, ni tampoco las oportunidades de mejora en un futuro cercano, y a pesar de eso la creación de expectativas no cesa. Al contrario, se siguen construyendo en torno a los dos pilares más intrincados en el desarrollo: la familia y el trabajo. Una persona se puede desarrollar en tanto en cuanto puede obtener un ingreso por medio de sus actividades. Y este fin no es otro que el de lograr una estabilidad, desde la visión más tradicional, que pone en el punto de partida nuevamente la importancia de la creación y el sostenimiento de un hogar y de una familia. Las personas sólo quieren una oportunidad de trabajo para poder ganar los suficientes recursos e invertirlos en una mejor calidad de vida.

El dibujo que se advierte a través de estas ideas, difusas muchas de ellas porque no centran una misma línea de pensamiento, es de forma primordial tener las necesidades básicas cubiertas: el vestido, el cobijo de una vivienda y la comida. La educación, el crecimiento personal, las relaciones personales, las habilidades sociales u otras necesidades, adscritas a otros niveles (teoría de las Necesidades de Abraham Maslow), y que todo individuo tiene derecho a desarrollar al ser intrínsecas a su crecimiento integral como ser social (Boltvinik, 2003; Sen, 2000) se ven lejanas cuando se habla de desarrollo en la esfera de la migración. No se omiten ni se niegan, sólo se mantienen distantes en espera de poder alcanzar espacios de crecimiento más próximos a la realidad.

La violencia, particularmente extrema contra grupos vulnerables, se puede tildar de despiadada en cuanto a lo que sufre la población migrante. En este texto se da cuenta del miedo y la confrontación continua que estos soñadores deben enfrentar para alcanzar un sueño, que no es más que obtener un trabajo “para ganarse la vida”, como decía Víctor. Lo que Rita Segato (2006) ha conceptualizado como una “pedagogía de la crueldad” es propia del momento actual. No es de extrañar que en el ámbito de la migración, la violencia constituya una regla más que una excepción. “Entre las adversidades sociales que se topan en el camino [la población migrante] están la discriminación, la persecución, las extorsiones, los asesinatos y los secuestros. [Todo]... para alcanzar el ansiado sueño americano” (Ramos, 2017: 40), aquel que aún es idealizado por los más pobres con la ilusión de encontrar trabajo y una mejor calidad de vida.

La intervención es apremiante dado el terrorífico panorama que se dibuja y que se ha vuelto cotidiano en las rutas migratorias desde Centroamérica hasta la frontera norte de México. Mientras en noviembre del año 2015, el Secretario de Gobierno, Miguel Ángel Oso-

rio Chong, en la XX Conferencia Regional sobre Migraciones decía las siguientes palabras: “Ha dejado de ser México esa visión que se tenía cotidiana de migrantes arriesgando su vida, atravesando nuestro territorio encima de un tren en donde eran asaltados, secuestrados, donde se cometía cualquier cantidad de delitos” (Ortiz, 12 noviembre 2015), lo más seguro es que miles de hombres, mujeres y niños, niñas y adolescentes estuvieran cruzando fronteras en las condiciones descritas en los relatos. Lo que muestra este estudio es que casi tres años después de este discurso la realidad es otra. Y no porque se hayan dado las condiciones propicias para que no haya oleadas masivas hacia el norte y los flujos de migrantes viajen en paz, sino porque no se ha modificado. La prueba de ello son los discursos que esta investigación ha recogido.

Ante ello la población crea resistencias tales que algunas veces deben comprenderse desde el mismo imaginario de las personas afectadas. Asimismo, el desdibujamiento de la construcción de expectativas en la población migrante masculina está en ciernes. Se está generando un cambio en la generación de conocimientos sobre los relatos migratorios, llegando las historias de fracaso y riesgo a los lugares de origen, porque es una de las estrategias que esta población, de entre las más pobres, tiene para sobrevivir. En una Sociedad globalizada, que se caracteriza por cambios acuciantes, constantes y desafiantes, vividos en la modernidad (Bauman, 2008), la población migrante ya está inmersa en un proceso de de-construcción del imaginario que se tenía sobre la “tierra prometida”.

Es necesario recuperar el imaginario sobre qué es migrar para comprender las estrategias a las que recurre la población y sus particularidades, con el fin de enfrentar la urgencia del momento actual. Hay un cambio en el pensar sobre la migración hacia el norte, sobre lo que conlleva y lo que ofrece, que se está presentando también en los flujos migratorios contemporáneos.

Si se tuviesen que advertir nuevos sentidos direccionales al país vecino, ubicaciones de asentamiento y expectativas, la idea conjugaría varios aspectos: no es fácil cruzar, cada vez hay más historias de regreso, deportaciones, estancamientos, riesgos y obstáculos en el camino. Esto desencadena irremediamente la búsqueda activa de alternativas locales y nacionales para cumplir el cambio esperado de acuerdo a la igualdad y la mejor calidad de vida posible para las personas, familias y comunidades.

El proceso migratorio fue para los hombres migrantes entrevistados una oportunidad de conseguir mejores condiciones de vida para él y sus familias, y el motor de arranque para salir de su hogar en busca de esperanzas. Este proceso ha resultado ser, para algunos, todo lo contrario de lo que ellos pensaban o soñaban, puesto que se han enfrentado a situaciones peligrosas cuyo desenlace les ha dificultado lograr llegar hasta lo que para ellos es el fin del viaje: la frontera norte; para otros, está siendo un camino complicado, aunque aún no pierden la luz que les guía a conseguir su propósito.

Los obstáculos del viaje han permitido despertar en los migrantes sentimientos contrarios a los que traían cuando iniciaron este proceso: deseos de regresar a casa, arrepentimiento de haber abandonado a sus familias y sus lugares de origen, desilusión y desesperanza. Pero, por otra parte, cabe destacar que muchos de ellos no pierden la esperanza, la fe y la ilusión por seguir intentando ese encuentro con una oportunidad en la vida; tanto es así que muchos de los hombres ya han cruzado la frontera más de una vez y lo siguen haciendo. “Los deseos, ambiciones y esperanzas de cientos y miles de migrantes se ven

condicionadas y regidas por sus relaciones sociales, sus redes, contactos y vínculos pero también, en muchos de los casos, con la suerte; de esta forma, la migración y la frontera son fenómenos donde la vida humana adquiere nuevos significados y en muchos casos es puesta en juego o arriesgada” (Morales, 2010: 238-239).

En general, los resultados de este estudio fueron llamativos en algunos aspectos, ya que permitieron conocer desde otra perspectiva más humanista lo que viven los hombres que deciden migrar: experiencias violentas a lo largo del trayecto, sentimientos encontrados como la soledad o la impotencia, compañeros y compañeras en quienes apoyarse y renovar la energía para seguir adelante, la búsqueda incansable por encontrar sentido al camino y a la vida, repensar a la familia y el lugar de origen desde un enfoque simbólicamente más personal, entre otros aspectos.

Desde el Trabajo Social la migración está siendo un tema que gana mayor influencia y consistencia para su estudio y posterior intervención social. La migración como tal no se enmarca como problema; éste viene considerándose a partir de la desigualdad que las ocasiona masivamente, de los riesgos en el proceso migratorio, tanto nacional como internacionalmente, y del desarrollo de personas desarraigadas de sus lugares de origen sin una oportunidad de vida con condiciones dignas. Siguiendo a O’Connell y Farrow (2007), que puntualizan la necesidad de acercarse a los “auto-posicionamientos” de las personas protagonistas de determinadas problemáticas sociales, se propone (desde esta disciplina en particular y desde las Ciencias Sociales en general) que indagar en dimensiones como sus sueños, sus temores, sus frustraciones y sus ilusiones constituye un aporte sustancial para la construcción de políticas y proyectos de intervención que lleguen a incidir en un desarrollo social de la población de menos recursos (migrantes potenciales).

Las condiciones y el maltrato que contextualiza a la población migrante deben tratarse como problema de urgencia y considerarse como uno de los puntos a tratar sin dilación en las agendas nacionales de Gobiernos y de Organismos internacionales por el desarrollo de las Sociedades, con el fin de encontrar alternativas y estrategias a las prácticas migratorias que cada vez más develan un carácter forzado ante la creciente desigualdad socio-económica.

Este estudio se quiere sumar a los breves relatos de las personas “sin voz” esperando generar un punto de inflexión y conciencia en el resto de la sociedad, con un único trampolín enfocado hacia la justicia social.

Bibliografía

- Amnistía Internacional (2016). Informe 2015-2016. La situación de los Derechos Humanos en el mundo. Reino Unido: Amnistía Internacional;
- Bauman, Z. (2008). Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbre. México: Tusquets;
- Boltvinik, J. (2003). Conceptos y medición de la pobreza. La necesidad de ampliar la mirada. Papeles de población, IX (38), 9-25;
- Creswell, J. W. y Plano, V. L. (2006). Designing and conducting mixed methods research. California: Editorial SAGE;

- Dietrich, S. (2016). Migración de jóvenes guatemaltecos: nociones de masculinidad y el poder de la imaginación. *Anuario de Estudios centroamericanos*, 42, 181-212;
- Eguiluz, I. (2013). Métodos cualitativos y su aplicación empírica: por los caminos de la investigación sobre la migración internacional. *Revista Migración internacional*, 7 (2), pp. 255-259;
- González, E. (2008). Naco, Sonora. El último brinco. *Revista Culturales*, IV (8), pp. 141-152;
- López, R. (2015). Pobreza y migración mexicana en Estados Unidos de América. Algunos elementos para la comprensión. *Centro de estudios sociales y de opinión pública*, N° 187. México: CESOP;
- Marina, J. A. y Válgoma, T. (2006). *La lucha por la dignidad*. Barcelona: Editorial Anagrama;
- Martínez, M. F. (2005). *La migración mexicana a Estados Unidos: visiones y retrovisiones*. Tesis de Maestría inédita. Universidad Iberoamericana: Ciudad de México;
- Micolta, A. (2005) Teorías y conceptos asociados al estudio de las migraciones internacionales. *Revista Trabajo Social de la Universidad Nacional de Colombia*, 7, pp. 59-76;
- Morales, J. (2010). Violencia y derechos humanos de centroamericanos en México: la paradoja entre ser un país de migrantes y un país de tránsito. *Revista Boletín americanista*, 60, 227-246;
- O' Connell, J. y Farrow, C. (2007). *Child migration and the construction of vulnerability*. London: Save the Children;
- Ortiz, S. (12 de noviembre de 2015). Respeto a derechos de migrantes: SEGOB. Diario digital El puntero. Recuperado de: <http://elpuntero.com.mx/n/3573>;
- Prat, J. (2007) En busca del paraíso: historias de vida y migración. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, LXII (2), pp. 21-61;
- Ramos, D. N. (2017). Estrategias interculturales de las personas migrantes que viajan en tren hacia Estados Unidos. *Iberofórum, revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, XII (24), 39-55;
- Rosas, C. (2008). Experiencias de varones en la migración. Contrastes inducidos por la etapa familiar y el status socioeconómico. *Revista Latinoamericana de Población*, I (2), 3-28;
- Sánchez, M. C. (2015). La dicotomía cualitativo-cuantitativo: posibilidades de integración y diseños mixtos. *Campo abierto (volumen monográfico)*, 11-30;
- Segato, R. (2010). *Las estructuras elementales de la violencia*. Buenos Aires: Prometeo;
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Madrid: Editorial Planeta;
- Slack, J. y Scott, W. (2010) Viajes violentos: la transformación de la migración clandestina hacia Sonora y Arizona. *Norteamérica Revista Académica del CISAN-UNAM*, 5 (2), pp. 79-107;

ANEXO

Documento 1

Guía de entrevista

Proyecto “Rasgos masculinos: experiencias migratorias ancladas a Sonora”

Responsable:

Fecha:

N°:

DATOS PERSONALES Y GENERALES

Nombre (Opcional)	
¿Qué edad tiene?	
¿Profesa alguna creencia religiosa?	
¿Qué nacionalidad tiene?	
¿Qué idioma habla?	
¿Cuál es su estado civil?	
¿Tiene hijos/as? ¿Cuántos/as?	a) Sí b) No
¿Con quién viaja?	
¿Cuánto tiempo ha pasado desde que salió de su hogar para cruzar a EUA?	
¿Cuántas veces ha intentado cruzar la frontera?	

CONDICIONES DE VIDA Y NECESIDADES

¿Cuántas veces come al día? ¿Dónde?	
¿Dónde se asea?	
¿Dónde hace sus necesidades fisiológicas?	
¿Tiene contacto con su familia o amigos?	a) Sí b) No
¿Con quién charla de su día a día? ¿Con quién comparte sus experiencias del viaje?	
¿Qué necesidades cree que tiene actualmente? ¿Qué le hace falta?	

EDUCACIÓN Y EMPLEO

¿Hasta qué grado estudió?	
¿Le hubiera gustado continuar con los estudios?	a) Sí b) No
¿En qué labores u oficios se ha desempeñado desde que comenzó a trabajar?	
¿Le hubiera gustado trabajar en otra profesión? ¿En qué?	a) Sí b) No
¿Se visualiza volviendo a estudiar?	a) Sí b) No

IMAGINARIO DE LA MIGRACIÓN

¿Alguien le ha contado su experiencia como migrante?	a) Sí b) No
¿De dónde le ha llegado información para conocer sobre el proceso migratorio?	
¿Qué le han contado sobre las experiencias migrantes hacia EUA?	
¿Consideró, al tomar la decisión, que sería difícil el viaje?	a) Sí b) No
¿La decisión de migrar fue meditada?	a) Sí b) No
¿Hubo alguien que le intentara persuadir para que desistiera y buscara alternativas de mejora en su comunidad de origen o en lugares más cercanos?	a) Sí b) No
¿En algún momento sintió miedo o incertidumbre al decidir migrar hacia EUA? ¿Cuándo?	a) Sí b) No
¿Qué es lo positivo que ha vivido en este trayecto?	
¿Qué es lo negativo que ha vivenciado?	
¿Cuál ha sido la situación más difícil a la que se has tenido que enfrentar?	

IDEAS, EMOCIONES Y POSICIONAMIENTO COMO MIGRANTE

¿Ha conocido a alguien relevante en este proceso migratorio?	a) Sí b) No
¿Ha sentido rechazo (discriminación) por parte de alguien? ¿Por qué?	a) Sí b) No
¿Considera que su nacionalidad influye en su suerte?	a) Sí b) No
¿Qué extraña de su hogar?	
¿Qué le ayuda a sobrellevar lo duro de este proceso migratorio?	
¿Cuál es el sentimiento más recurrente a lo largo del viaje?	
¿Cuál es su estado de ánimo diario?	
¿Qué cambiaría ahora mismo de su vida?	

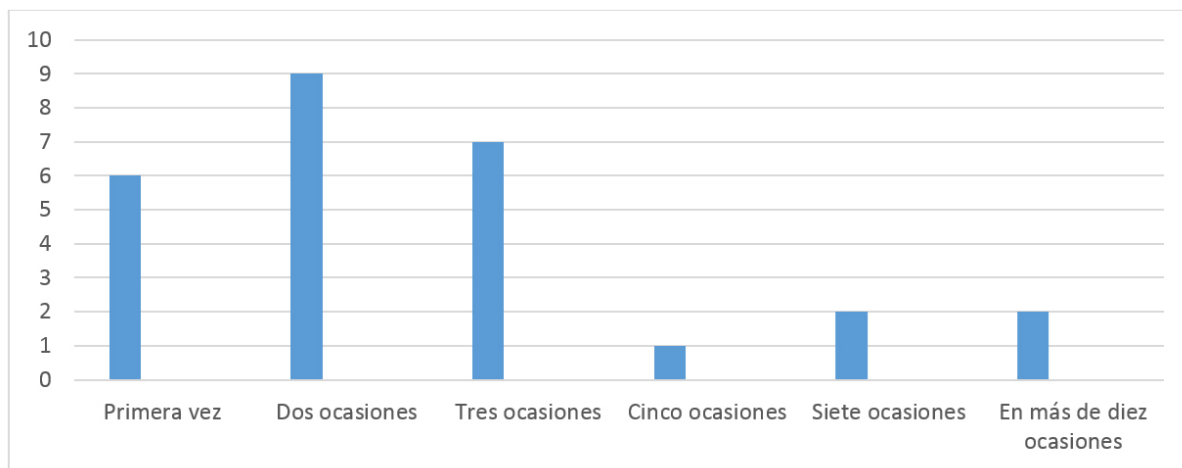
PERCEPCIÓN Y EXPECTATIVAS COMO MIGRANTES HOMBRES

¿Se han cubierto las expectativas que tenía de este viaje?	a) Sí b) No
La situación en la que se encuentra actualmente (condiciones de vida), ¿considera que es mejor, igual o peor que cuando decidió migrar?	a) Mejor b) Igual c) Peor
Si le ofrecieran un trabajo en Hermosillo, ¿querría quedarse?	a) Sí b) No
¿En algún momento se ha arrepentido de haber salido de su comunidad de origen? ¿Cuáles han sido los obstáculos a los que se ha enfrentado para regresar a su hogar?	a) Sí b) No
Si tuviera la posibilidad de regresar a su comunidad de origen en la situación en la que está ahora, ¿lo haría?	a) Sí b) No
¿Volvería a migrar si le dieran la opción?	a) Sí b) No
¿Cómo se visualiza en un mes?	
¿Cuál es su expectativa de vida? ¿Cómo se ve en 4 años?	
¿Qué quiere que la vida te regale?	

OBSERVACIÓN y COMENTARIOS:

Documento 2

Gráfico 1: Intentos para cruzar la frontera



Fuente: Elaboración propia.

Documento 3

Tabla 1: Lo positivo y lo negativo del proceso migratorio

Lo positivo	Lo negativo
Conocer gente buena por el camino	Violencia
Valorar la vida y las cosas	Discriminación
Pensar en tener un trabajo	Hambre y sed
Conocer México	Caminar bajo el sol
Emoción por ver el tren (la adrenalina de la propia aventura)	Los accidentes
Casi nada	Intranquilidad constante
Tener varios trabajos	Vicios
Aprendizaje de las experiencias	Enfermedades
Libertad para vivir como se quiera	Deportación
Convivencia con la gente	

Fuente: Elaboración propia.

La intervención social comunitaria desde el Ámbito Hospitalario: opinión de los Trabajadores Sociales Sanitarios y análisis de experiencias

(Modalidad: Investigación)

Agustina Hervás de la Torre

Trabajadora Social. Jefa de la Unidad de Trabajo Social del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.
Presidenta de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud

Resumen

El objetivo de este trabajo ha sido conocer como se enmarcan las actividades de participación comunitaria realizadas en los hospitales andaluces, a través de las opiniones de profesionales del Trabajo Social Sanitario sobre su desempeño profesional en la intervención comunitaria y desde el trabajo social comunitario, así como mediante el análisis de las experiencias que el Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha definido como buenas practicas de participación en hospitales en 2015.

Para ello se ha preguntado a las trabajadoras sociales sanitarias (TSS) sobre las intervenciones comunitarias que realizan desde el hospital y sobre las actividades de participación que se realizan en el mismo en función del plan de participación que se establece en el contrato programa con el SAS. Además mediante el análisis de las experiencias de buenas practicas de participación en 2015, se ha podido saber también el encuadre dentro de la intervención comunitaria, de la participación que fomenta el SAS en los hospitales.

Palabras clave

Trabajo social sanitario. Trabajo social comunitario en hospital. Participación comunitaria hospitalaria. Participación ciudadana. Intervención social comunitaria.

Abstract

The objective of this work has been to know how the community participation activities carried out in the hospitals are framed, through the opinions of professionals of the Social Health Work about their professional performance in the community intervention and from the community social work, as well as through the analysis of the experiences that the Andalusian Health Service (SAS) has defined as good practices of participation in hospitals in 2015.

To this end, the social health workers (TSS) have been asked about the community interventions that they carry out from the hospital and about the participation activities that take place in the same according to the participation plan that is established in the contract program with the SAS. In addition, through the analysis of the

experiences of good participation practices in 2015, it has also been possible to know the framework within the community intervention, of the participation that SAS promotes in hospitals.

Key words

Social health work. Community social work in hospital. Community hospital participation. Citizen participation. Community social intervention.

Introducción

En un estudio de 2011 (Hervás de la Torre 2011) sobre la implicación del Trabajo Social Sanitario en los planes de participación ciudadana, que el Servicio Andaluz de Salud (SAS) comenzaba a incorporar entre sus objetivos, se analizaban diferentes proyectos de participación comunitaria que fueron presentados en la Escuela Andaluza de Salud Pública en las “Jornadas de Participación en el Sistema Sanitario Público Andaluz”, celebradas en noviembre de 2008 en Granada. El trabajo pretendía definir si realmente se hacía una verdadera participación comunitaria o por el contrario, lo que se planteaba desde el SAS, eran actividades realizadas por los profesionales del sistema sanitario en la comunidad. Esta hipótesis fue confirmada mediante el análisis de aquellos proyectos en función del cumplimiento de las características, que para Participación Comunitaria, definía la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Ruiz –Giménez 2005).

En el estudio se veía que las necesidades que se planteaban como necesidades de la comunidad no eran sentidas por esta, sino que más bien eran necesidades del sistema sanitario, por tanto los objetivos de los proyectos eran propuestos por el sistema de salud y las actividades para cumplir estos objetivos eran lideradas por los profesionales de dicho sistema. Esas actividades se centraban principalmente en información para la educación y promoción de la salud, y el grado en que la comunidad participaba era de mera información y consulta, no había negociación ni toma de decisiones por parte de la misma.

Una de las cuestiones que se observó durante el análisis, fue que en los programas realizados había poca participación de los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as (TTSSSS) en general, con una diferencia entre los programas desarrollados en atención primaria y los desarrollados en hospitales. En los primeros sí existía en buena medida participación de los TTSSSS, mientras que en los últimos no había participación de dichos profesionales, de esta manera se vislumbraba otro posible estudio que pudiera responder o explicar esta situación.

A lo largo de estos años el SAS continúa potenciando los programas de participación comunitaria y los ha incluido en los objetivos a conseguir por los diferentes centros sanitarios, e incluso ha decretado normativas sobre cómo debe hacerse efectiva la participación de los ciudadanos.

La participación de la población en las cuestiones que atañen a su bienestar, no es cuestión novedosa para el Trabajo Social, como veremos en la justificación del estudio. La par-

ticipación social es un elemento básico de nuestra profesión y necesario para el desarrollo del método de Trabajo Social Comunitario (TSC) en el contexto de la intervención social comunitaria, intervención que también se aplica desde el ámbito sanitario.

En este estudio se reflexiona sobre esta cuestión, nos hemos planteado tres hipótesis que podrían ser confirmadas mediante el análisis de las opiniones de los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as de hospital, obtenidas estas tras la contestación de un cuestionario elaborado para tal fin. Y mediante el análisis de las experiencias de participación que en el año 2015 el SAS definió como buenas prácticas de participación en hospitales.

En los resultados se podrán observar los niveles de acción en participación que alcanzan las experiencias y las actividades consideradas por los TTSSSS como actividades propias del TSC, así como la diferencia entre este TSC y la participación definida por la institución sanitaria.

A continuación veremos el marco teórico que sustenta la intervención comunitaria desde la disciplina del TSC, que mediante la participación de la población pretende lograr el desarrollo de la comunidad donde se interviene. También podremos ver las recomendaciones de los organismos internacionales sobre la importancia de la participación de la población en todos los aspectos relativos a su salud y las normativas que a este respecto define el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

1. Justificación y marco teórico referencial

Es bien conocida la importancia de la gobernanza como un elemento en la construcción de salud colectiva, potenciando con ello el protagonismo de la sociedad en el desarrollo y definición de políticas de salud (Sánchez Bursón 2012). El IV Plan Andaluz de Salud de la Junta de Andalucía 2013 propone además de una “gobernanza vertical”, una “gobernanza horizontal” coordinando las acciones intersectoriales con objetivos compartidos de salud con otros sectores y aquí es donde se incluyen los ciudadanos y las organizaciones que los representan. Además este mismo Plan afirma que la transparencia en las actuaciones de la Administración Pública es una exigencia de una sociedad en continuo desarrollo. La transparencia es un valor que facilita el avance democrático, por su parte la participación de la ciudadanía persigue, entre otros objetivos, facilitar la evaluación de las políticas públicas. La mayor participación ciudadana y el reconocimiento de sus derechos es un elemento de calidad para el Sistema Sanitario.

Por tanto la participación de los ciudadanos en todo aquello que afecta a la salud es de plena actualidad y de ahí la pertinencia del estudio que se presenta, teniendo en cuenta además que los/as Trabajadores/as Sociales Sanitarios/as somos profesionales expertos en el trabajo con las comunidades y la movilización de las mismas mediante la participación comunitaria.

El SAS está haciendo una gran apuesta por la participación de la población, pero consideramos que no se tiene en cuenta que la participación de la población, la participación comunitaria, debe formar parte de una estrategia de intervención comunitaria integrada en la comunidad, cuestión indiscutible cuando se aplica e impulsa dicha participación desde la metodología del Trabajo Social Comunitario.

En los comienzos de esta estrategia de participación en el sistema de salud andaluz, veíamos que la participación se circunscribía a actividades de información para promoción de la salud, donde la participación de TTSSSS de hospital era escasa. Consideramos pertinente estudiar la situación actual, conocer cómo se implanta la estrategia a nivel hospitalario y qué participación tienen los/as TTSSSS de este nivel de atención, puesto que el sistema sanitario andaluz continua considerando la participación como un tema de prioridad. Pero para ello es preciso conocer la intervención comunitaria y la participación comunitaria desde los inicios del Trabajo Social y el Trabajo Social Comunitario en Salud, así como la situación de la participación comunitaria en salud en Andalucía.

1.1. Trabajo Social Comunitario: método de intervención comunitaria desde el trabajo social sanitario.

Como afirman Rocabayera y Rodríguez (2016) los conceptos de comunidad y trabajo comunitario son previos al Trabajo Social como disciplina profesional. Pero no debemos dudar de que los/as trabajadores/as sociales hemos sido los profesionales pioneros en realizar intervenciones comunitarias, datarlas y sistematizarlas, y sobre ellas se ha creado un cuerpo teórico. Un cuerpo teórico aplicable desde todos los ámbitos de la intervención social.

Es interesante realizar un breve recorrido histórico de la intervención social comunitaria, para entender el método de TSC como un todo. Las personas enfermas y sanas viven en la comunidad y la participación en todo aquello que atañe a sus vidas y bienestar puede venir apoyado desde los diferentes ámbitos de la intervención social, que tiene como fin el desarrollo de esa comunidad.

Lo que las pioneras del Trabajo Social denominaban “Organización de la Comunidad” y en la actualidad es el TSC, es una metodología de trabajo de nuestra profesión donde la intervención comunitaria, a través de la participación comunitaria, lleva al desarrollo de la comunidad. Con este recorrido podremos entender como este método de intervención requiere de la participación de la comunidad y es un método aplicable a los diferentes ámbitos de intervención en los que se sitúa el trabajador/a social, por tanto también en el Trabajo Social realizado en los sistemas de salud.

Con la industrialización a lo largo del S.XIX surge un proceso acelerado de urbanización en las ciudades y una proliferación de barrios que concentran todas las características de la marginalidad. Para mejorar las condiciones sociales de estos vecinos surgen los centros sociales que tienen como objetivo la integración social y en los que comienzan a intervenir las trabajadoras sociales de la época.

En Inglaterra, uno de los primeros países en sufrir los efectos de la industrialización, se crea en 1840 la Sociedad de organización de la Caridad, (COS) que aglutina las diferentes organizaciones de filántropos del momento y surgen los Settlement House (Miranda Aranda 2004) donde realizan sus intervenciones las trabajadoras sociales que propagan el sentido de la responsabilidad colectiva.

Desde Europa estas experiencias pasan a EEUU donde se crea la primera COS en 1877 y el Trabajo Social se estructura como disciplina profesional, trabajando desde lo individual a lo comunitario. Jame Addams (2014), trabajadora social, fundadora de la Escuela de So-

ciología de Chicago y Premio Nobel de la Paz en 1931, tras su viaje por Europa funda los Hull House en 1889 en Chicago, a semejanza de los Settlement londinenses, establece una línea de trabajo por la que es considerada pionera en la intervención social grupal y comunitaria. Entendía que los problemas sociales eran consecuencia de las condiciones sociales y que las desigualdades sociales eran responsabilidad del Estado. Las actividades de Hull House formaban parte de un gran plan de desarrollo comunitario, basado en el conocimiento previo y la investigación de las condiciones sociales de la comunidad.

Estos fueron los comienzos de la **intervención comunitaria**, (en aquellos días “organización de la comunidad”) desde la disciplina del Trabajo Social. Este método de acción de las trabajadoras sociales dio como resultado la creación de los “Consejos locales para el bienestar de la comunidad” en Norteamérica, para la cooperación entre los grupos de la comunidad y la coordinación entre diferentes agencias de ayuda (Aguilar Idañez 2001).

El **Trabajo Social Comunitario** fue reconocido como método propio de la profesión de Trabajo Social en la Conferencia Nacional de Servicio Social de EEUU en 1947 (Hervás 2011) y en 1962 la NASW (Asociación Nacional de Trabajo Social, EEUU) sintetizó los objetivos específicos del método de organización de la comunidad o TSC en tres grandes cuestiones (Lillo y Roselló 2004):

1. Proporcionar a la comunidad o sectores de la misma, la oportunidad de movilizar sus recursos para resolver o prevenir problemas sociales.
2. Proporcionar medios de interacción entre diferentes sectores de la comunidad.
3. Proporcionar a la comunidad un servicio de planificación del bienestar mediante el desarrollo y realización de planes de bienestar, influjo en las políticas de bienestar y otras políticas públicas y financiación adecuada.

La intervención social en el ámbito comunitario desde el Trabajo Social, o sea el Trabajo Social Comunitario, tiene como fin el **desarrollo comunitario**. En 1955 Naciones Unidas publica el primer documento sobre desarrollo de la comunidad, definiendo este como “*un proceso destinado a crear condiciones de progreso económico y social para toda la comunidad, con participación activa de esta, y la mayor confianza posible en su iniciativa.*” (Aguilar Idañez 2001)

En 1956 un grupo de expertos de Naciones Unidas elaboró un documento titulado Desarrollo de la Comunidad y Servicios Conexos (entre servicios conexos están los servicios de salud), que ha sido considerado como la Carta Magna del Desarrollo de la Comunidad. En él aparece la primera definición oficial de desarrollo de la comunidad como: “*los procesos en los que se unen los esfuerzos de una población con los de su gobierno para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de las comunidades, integrando éstas en la vida del país y permitiéndoles contribuir plenamente al progreso nacional*”.

Si analizamos estas dos definiciones sobre desarrollo comunitario, en ambas encontramos inmersas los objetivos que la NASW en 1962 definió para el TSC. En el primer objetivo la NASW habla de proporcionar a la comunidad oportunidad de movilizar sus propios recursos, esto solo se consigue con la participación de la comunidad como dice la definición de la ONU sobre desarrollo comunitario. En cuanto al objetivo de proporcionar a la comunidad la realización de planes de bienestar de influencia en la políticas publicas, está en perfecta

concordancia con la propuesta de la Carta Magna del Desarrollo de la Comunidad de dicho Organismo. Por tanto el desarrollo comunitario es el fin último de la intervención comunitaria desde el TSC.

Marco Marchioni, trabajador social, experto en TSC e impulsor del mismo en nuestro país a partir de la década de los 60 del siglo pasado, plantea como postulados básicos del Trabajo Social Comunitario:

1. que nunca se podrá hacer un verdadero cambio si no es a través de las personas interesadas
2. el ritmo del desarrollo no puede ser impuesto desde el exterior (en Lillo y Roselló 2004).

Esto nos lleva a entender la **participación social** como un elemento básico del TSC, que como hemos mencionado tiene como principio el desarrollo comunitario.

Con respecto a la participación, Marchioni considera que el proceso comunitario no consiste en ofertar actividades, prestaciones o programas a la población para que los consuman, sino en ofertar a la población oportunidades reales de participar (en función de su realidad) en las decisiones, ofertar medidas organizativas y programas que ellos mismos consideren importantes, útiles y necesarios. La función de los técnicos no es otra que ayudar a la población a organizarse, utilizando los recursos existentes y valorando la creación y búsqueda de otros nuevos. El proceso participativo tiene que fomentar, crear o reforzar la organización social (en Hervás 2011).

Enrique Pastor y M^a Paz Alonso (2012) afirman que la participación es un valor estratégico y transversal en las competencias del Trabajo Social y que la forma de gestionar la oferta de oportunidades de participación es inherente a esta actividad profesional.

Podemos afirmar entonces que el TSC es un método de intervención de la disciplina de Trabajo Social y que la participación social es un elemento básico de este modelo de intervención, que tiene como finalidad el desarrollo de la comunidad. Pero el desarrollo comunitario es un proceso que implica todas las áreas de la vida del ser humano y de la comunidad donde se asienta, también el área de la salud. A continuación veremos las recomendaciones de los organismos internacionales sobre la participación en salud para el desarrollo de la comunidad.

1.2. La intervención comunitaria y la participación social desde el ámbito sanitario.

Como venimos diciendo la participación social es el elemento básico de la intervención comunitaria para el Trabajo Social, pero ¿por qué hemos de fomentar la participación desde el ámbito sanitario? Para responder a esta pregunta vamos a fijarnos en dos definiciones de salud.

La primera es de Gol (1977, en Aguilar 2015) y dice que salud es aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa. La segunda es de Amartya Sen y dice que la salud es una vía de promoción de la libertad y la equidad de las personas y los grupos sociales que viven en una sociedad dada. Aguilar (2015) afirma que de estas definiciones se desprende una actitud participativa y una responsabilidad en el propio proceso de salud y en su orga-

nización comunitaria. De manera que podemos hablar de un nexo de unión entre salud y participación comunitaria.

Por otra parte diferentes organismos internacionales recomiendan el fomento de la participación comunitaria, así la Organización de Naciones Unidas (ONU) en 1981 definió la participación comunitaria como “la creación de oportunidades accesibles a todos los miembros de una comunidad y a toda la sociedad, para contribuir activamente e influenciar en el proceso de desarrollo y compartir equitativamente los frutos de este desarrollo” (en Hervás 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se hace eco de las recomendaciones de Naciones Unidas y comienza a desarrollar el concepto de participación comunitaria en salud a partir de los años setenta del siglo pasado. Con la estrategia de “Salud para todos” la OMS en 1987 (en Aguilar 2001) consolida dicho concepto. Con esta estrategia se pretendía reducir las desigualdades, mejorar la salud y la calidad de vida de las poblaciones, para hacer frente así a la crisis económica y del sistema sanitario tradicional. Esta estrategia se basaba en:

- a) la orientación hacia la promoción de la salud
- b) el desarrollo de la atención primaria y
- c) la participación comunitaria.

La OMS (1987) definía la promoción de la salud como el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla. Definía la participación comunitaria como el proceso por el que los individuos y las familias asumen la responsabilidad de su salud y bienestar particular o colectivo, contribuyen a su desarrollo económico y comunitario, conocen mejor sus problemas y necesidades de salud y pueden ser agentes activos de su desarrollo social y sanitario. Y define la atención primaria como el espacio adecuado para el desarrollo de la promoción de la salud y la participación comunitaria dentro de una concepción integral de esta.

Los expertos de la OMS consideraron que el modelo centrado en la enfermedad y hospitalocentrico, no era capaz de intervenir eficazmente en los determinantes de salud que vienen dados por el envejecimiento de la población, la degradación del medio ambiente, los cambios en el estilo de vida o el incremento de la pobreza y la exclusión social y centraron la estrategia de participación en el desarrollo de la atención primaria de salud.

Está claro que la intervención sobre las causas sociales de la desigualdad no corresponde al sistema sanitario, pero este si puede identificar esas desigualdades así como los problemas de salud que causan, establecer prioridades y motivar a la comunidad para que se movilice en la exigencia de soluciones mediante actuaciones gubernamentales. Para ello se necesitan actuaciones integrales e integradas, de naturaleza política, económica, sanitaria, educativa y medioambiental, además del compromiso y colaboración de la comunidad y los grupos afectados (Hervás 2011).

En nuestro país la atención primaria se implanta con la publicación del Real Decreto 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud (1984), su desarrollo se ha visto plagado de obstáculos, podríamos hablar de resistencias profesionales pero sobre todo de falta de interés político. En estos mas de treinta años han existido muchos vaivenes, la dotación de pro-

fesionales es variopinta pero las líneas de actuación no han cambiado, la promoción de la salud y la participación comunitaria continúan siendo prioritarias.

En la actualidad en el ámbito sanitario se habla de participación comunitaria y participación ciudadana de manera indistinta, aunque creemos que ambas acciones implican agentes y objetivos diferentes. En cuanto a la participación ciudadana es necesario definirla en función del concepto de ciudadano, que como nos dice el Consejo de Europa es aquella persona que tiene derechos y obligaciones en una sociedad democrática. Por tanto la participación ciudadana es una participación en actividades públicas que tiene por objeto proteger y conseguir derechos. Por ello Aguilar (2015) afirma que la participación ciudadana en el gobierno de la salud tiene que ser un derecho fundamental. Consideramos entonces que la participación ciudadana en salud está orientada a conseguir derechos en salud y a proteger los existentes.

La misma autora define la participación comunitaria en función de la consideración de comunidad como "agregación social o conjunto de personas que habitan un espacio geográfico delimitado, operan en redes de comunicación dentro de la misma, pueden compartir equipamientos y servicios y desarrollan un sentimiento de pertenencia". Por tanto la participación comunitaria es el proceso social por el cual esos grupos específicos de población, que comparten alguna necesidad, problema o centro de interés y viven en una misma comunidad, tratan activamente de identificar esas necesidades, problemas o centros de interés, toman decisiones y establecen mecanismos para atenderlos. Estas necesidades, problemas o centros de interés pueden estar relacionados con la salud, por lo que la participación comunitaria también puede y debe darse en el ámbito sanitario.

Podríamos entender entonces que la participación social que lleva implícita la intervención comunitaria en salud puede tener dos líneas, participación ciudadana y participación comunitaria. La primera para conseguir derechos en salud y la segunda para tomar decisiones y establecer mecanismos que solucionen problemas o necesidades de salud.

Aguilar en el XII Congreso Estatal de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud, celebrado en Madrid en mayo de 2015, preguntaba ¿es posible realizar un Trabajo Social Sanitario si no se promueve la participación comunitaria y la co-responsabilización en la toma de decisiones que afectan a la salud de las personas? Ella lanzaba la pregunta al auditorio y consideramos que la respuesta debe ser negativa, no es posible realizar Trabajo Social Sanitario sin hacer participación comunitaria, sin implementar el método de TSC por tanto.

Asumimos entonces que la participación social, en las dos vertientes descritas, participación ciudadana y participación comunitaria, es un elemento del TSC y que este método de intervención se realiza también desde el Trabajo Social Sanitario, por tanto el trabajador/a social sanitario/a tiene que fomentar y activar la participación social desde el sistema sanitario.

Dado que los expertos de la OMS pretendían cambiar el modelo centrado en la enfermedad y hospitalocéntrico, por su incapacidad de intervenir eficazmente en los determinantes de salud, no consideran la posibilidad de fomentar la participación comunitaria desde los centros hospitalarios, aunque si existen profesionales de Trabajo Social Sanitario en los hospitales y los métodos de intervención de estos no se diferencian de los realizados en otros ámbitos de atención a la salud, por ello pensamos que estos profesionales también fomentan o pueden fomentar la participación social desde el ámbito hospitalario.

Para Rocabayera y Rodríguez (2016) la intervención social en salud que conlleva la participación social, debe tener una visión trasversal, una mirada sistémica/ ecológica y entender que los tres métodos de Trabajo Social, individual, grupal y comunitario se retroalimentan y la atención social de los pacientes y usuarios del sistema sanitario puede ir de lo individual a lo comunitario, pasando por el grupo, del grupo a la comunidad o a la atención individual, o también solo una de ellas.

Todo depende de los objetivos de la intervención, de las potencialidades favorecedoras para ello y de las necesidades identificadas.

Las autoras continúan diciendo que la intervención comunitaria desde el Trabajo Social Sanitario debe tener en cuenta tres visiones:

- Visión estratégica ecológica de las circunstancias y los procesos de actuación.
- Visión estratégica participativa de todos los implicados.
- Visión estratégica trasversal en el desarrollo de los procesos.

Con la aplicación de estas tres visiones a la hora de aplicar el método, se podrán desarrollar las funciones de prevención, rehabilitación y promoción de la salud.

Por todo lo expuesto afianzamos que la participación social es un elemento básico del TSC también en salud, de manera que uno de los objetivos de la intervención comunitaria en salud debe ser potenciar la participación activa de la comunidad de referencia, con la finalidad de conseguir mayores niveles de salud en la misma. Mediante la participación comunitaria, el trabajador/a social sanitario/a implica a la comunidad en la resolución y potenciación de todos los aspectos que tengan que ver con la salud y la enfermedad de la población.

Veamos a continuación como se contempla la participación de la población en el Sistema Sanitario Público de Andalucía

1.3. La situación de la participación comunitaria en salud en Andalucía.

En Andalucía hace 18 años comenzó a implantarse el modelo de Gestión Clínica como estrategia para mejorar la calidad asistencial y la sostenibilidad del sistema. Según este modelo las Unidades de Gestión Clínica (UGC) desarrollan sus actividades de acuerdo con un modelo de práctica clínica integrado, orientado a la obtención de resultados, de la eficacia, efectividad y la eficiencia de la asistencia sanitaria, con criterios de buena práctica clínica, desarrollando la participación de los profesionales a través de una mayor autonomía y responsabilidad en la gestión. Este modelo de gestión implica un proceso de cesión de poder, de autonomía, de desempeño profesional mediante el control de resultados, y con ello se mejora la accesibilidad a los servicios, las demoras, los indicadores de actividad asistencial, la eficiencia en la prestación sanitaria y la continuidad asistencial. Pero este modelo debe ser mejorable entre otros aspectos, en la participación ciudadana, así lo consideran los informes técnicos del SAS de 2015 (SAS 2015).

Consideramos que es un modelo totalmente clínico asistencial y que no tiene para nada en cuenta las indicaciones comunitarias de los organismos internacionales que venimos

comentando, ni las actividades comunitarias que desde la implementación de la atención primaria, allá por 1986, venían desarrollándose. Aun así este modelo se ha desarrollado ampliamente en el sistema sanitario andaluz, inicialmente en el ámbito hospitalario y posteriormente en atención primaria, con la publicación del Decreto 197/2007, de 3 de julio de organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria en el ámbito del SAS (2007).

Mediante este decreto los profesionales de Trabajo Social Sanitario de la Atención Primaria dejan de formar parte de la UGC de atención primaria y se adscriben a ella como dispositivos de apoyo. Estas unidades de gestión clínica desarrollan sus actividades como decíamos en el párrafo inicial, aunque el decreto anterior les otorga en un apéndice funciones de promoción y prevención.

Paralelamente a la implantación de la gestión clínica, desde el año 2008 en el Contrato Programa del SAS con todos sus centros (atención primaria y hospitalaria), uno de los objetivos que marca es la participación ciudadana y cada centro debe tener un Plan de Participación, sin obedecer a directrices específicas en cuanto a contenido. A partir de 2009 además del plan de participación, debe formarse una Comisión de Participación por centro. En los primeros momentos no se definen bien esas comisiones, solo se estructura que debe constituirse una comisión por centro y estará formada por representantes de las asociaciones de pacientes, de las asociaciones de consumidores, el responsable de participación ciudadana del centro y miembros del equipo directivo. Su objetivo es la transparencia y la corresponsabilidad para el ciudadano y el servicio sanitario, con la función de incorporar la perspectiva del ciudadano a las decisiones que se toman en el centro.

Estos contratos programas se sustentan en el Contrato Programa entre la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud 2010-2013 (Consejería de Salud) y a partir de 2010 deben crearse comisiones de participación en cada unidad de gestión clínica con sus asociaciones de pacientes de referencia. O sea, que en los distritos sanitarios, como forman una UGC, deben tener una comisión de participación y como estas unidades son generalistas, las asociaciones de pacientes pueden ser diversas. Pero en los hospitales donde existen diversidad de UGC, por ejemplo, de cirugía torácica, de obstetricia, de cardiología, de traumatología, de pediatría... cada una de ellas debe tener una comisión de participación en la que esté representada la asociación de pacientes que le corresponda por especialidad.

En el año 2012 mediante una resolución de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud (SAS 2012), se regula la participación ciudadana en las unidades de gestión clínica del SAS, de aplicación en hospitales, distritos de atención primaria y áreas de gestión sanitaria. De esta manera se normativiza e instrumentaliza la participación en todo el sistema sanitario andaluz. Tal vez esta es la forma de paliar el fracaso de los consejos de salud y el aspecto deficitario que tiene la gestión clínica en dicho tema.

El objetivo de la resolución es la participación real y efectiva de los ciudadanos en el sistema sanitario, donde puedan trasladar a los profesionales sus problemas de salud, se detecten áreas de mejora y se diseñen actuaciones conjuntas. Para ello cada unidad de gestión clínica constituirá una Comisión de Participación Ciudadana que se reunirá tres veces al año, al menos, realizarán el plan de participación y en diciembre de cada año evaluarán dicho plan y los objetivos de gestión de la UGC.

La comisión estará compuesta por un presidente, que será el director de la UGC, los vocales serán los cargos intermedios de la UGC y habrá dos vocalías de pleno derecho desempeñadas por dos personas (hombre y mujer), seleccionadas de manera aleatoria mediante sorteo público, de entre las personas mayores de edad de la población asignada a cada centro sanitario. Esto significa que en los hospitales, cuya población es la de varios distritos sanitarios, podría darse el caso que una persona fuera elegida a la vez para formar parte de la comisión de su distrito y de una de las comisiones del hospital. El sorteo de selección de los ciudadanos se realizó mediante las indicaciones de la Instrucción 0118/12 de 14 de mayo de 2012 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS.

Pero de esta forma se impone la participación y los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as, como profesionales expertos en la intervención comunitaria sabemos que así no se consigue la participación. Todas estas maniobras orquestadas para hacer visible la participación de las personas y de las organizaciones que las representan han fracasado. La participación no se impone por decreto ni se toca por sorteo.

La resolución SA 0149/14 de 6 de octubre de 2014 (SAS 2014) derogó la anterior resolución de 2012 sobre participación y en febrero de 2015, mediante la resolución SA 0015/15 de 4 de febrero, se publica otra normativa sobre participación en el SAS, con base en el IV Plan Andaluz de Salud (Junta de Andalucía 2013). Esta nueva resolución establece los siguientes objetivos para la participación ciudadana: evaluación de los resultados asistenciales, diseño de la organización de los servicios, asistencia por parte de pacientes expertos, formación de pacientes, participación en actividades de promoción y prevención y apoyo a las actividades del centro a través del voluntariado.

Además se define la creación de una Comisión de Participación de Centro que desarrollara el Plan de Participación. Las diferentes asociaciones de pacientes se relacionaran con las UGC y las acciones de voluntariado se realizan mediante la firma de acuerdos.

Esta es la normativa que debe cumplir todo centro sanitario del sistema de salud en Andalucía, la población tiene que participar porque está recogido en los objetivos del contrato programa de cada centro sanitario. Y ¿quién es el responsable de cumplir este objetivo? El SAS marca que serán los departamentos de Atención a la Ciudadanía.

En el año 2013 el SAS edita una Guía metodológica para elaboración de planes de participación. En esta guía se toma como referencia el modelo de participación que propone la OCDE y que identifica tres modelos de participación:

- **Modelo de Información.** Por el que las instituciones públicas difunden, por iniciativa propia, informaciones sobre elaboración de las políticas, o bien los ciudadanos/as obtienen información a partir de su propia demanda. En ambos casos, el flujo de informaciones está orientado esencialmente en una sola dirección que va de las instituciones públicas hacia los ciudadanos/as. Se trata de una relación unidireccional. Ejemplo, información colgada en webs institucionales.
- **Modelo de Consulta.** En el que las instituciones públicas demandan y reciben respuestas de la ciudadanía sobre la elaboración de políticas públicas. Para obtenerlas, las instituciones públicas definen de qué interlocutores desean recibir una opinión, así como los puntos precisos sobre los cuales opinar. Para que esto sea posible, tam-

bién es necesario informar previamente a la ciudadanía sobre estos puntos. En esas condiciones, la consulta crea una relación bidireccional limitada entre instituciones públicas y ciudadanía. Ejemplo, las encuestas de opinión pública y satisfacción.

- **Modelo de Participación Activa.** Modelo en el que la ciudadanía participa activa y directamente en la toma de decisiones y en la elaboración de políticas públicas. La participación activa se refiere a que los mismos ciudadanos/as jueguen un rol en la elaboración de políticas públicas; por ejemplo, proponiendo alternativas. Sin embargo, tanto la de definición de una política como la decisión final sigue siendo responsabilidad del gobierno o del ente público competente. Se crea una relación bidireccional entre las instituciones públicas y la ciudadanía, que se fundamenta en el principio de coparticipación.

En función de estos modelos propuestos por la OCDE, el Servicio Andaluz de Salud establece dos modelos propios. El primero está vinculado a la **promoción de la salud**, en el sentido de reforzar la acción comunitaria y potenciar la participación de la comunidad en la fijación de prioridades, en la toma de decisiones y en la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. Siempre entendiendo la participación de la ciudadanía desde una óptica activa y no pasiva como mera receptora de actividades de promoción y decisiones tomadas por otros/as. En esta afirmación coincide con la afirmación de M. Marchioni sobre la participación: “el proceso comunitario no consiste en ofertar actividades, prestaciones o programas a la población para que los consuman” (en Hervás 2011).

El segundo modelo está ligado a la **gobernanza, la transparencia y la rendición de cuentas**. Un marco donde la ciudadanía es primer referente del gobierno, copártcipe y responsable del mismo. Significa que la toma de decisiones, la organización y prestación de servicios, las normas, leyes y reglamentos que se dicten, deben de llevarse a cabo pensando en la ciudadanía y dándole participación, voz, capacidad de interlocución, así como de censura y voto.

En función de estos dos modelos, esta guía concluye el abordaje de la participación en el SAS desde una doble perspectiva:

1. La participación basada en un **modelo comunitario** a través de actividades de promoción y educación para la salud.
2. La **participación individual**, yo diría **participación ciudadana** (Hervás 2011), directa basada en los principios de Gobierno Abierto y en la transparencia, la gobernanza y la rendición de cuentas.

Estos dos modelos propuestos por el SAS pueden tener cierto paralelismo con la idea de participación social que lleva implícita la intervención comunitaria en salud desde el TSC, que como se decía anteriormente, tiene dos líneas: la participación ciudadana y participación comunitaria. La primera para conseguir derechos en salud, que desde el SAS se basa en la transparencia, la gobernanza y la rendición de cuentas. Y la segunda para tomar decisiones y establecer mecanismos que solucionen problemas o necesidades de salud, que corresponde al modelo comunitario con actividades de promoción y educación que define el SAS.

Podemos afirmar entonces que la participación social es el elemento básico del TSC, que la participación comunitaria es el valor estratégico y transversal en las competencias del Trabajo Social y por tanto del Trabajo Social Sanitario.

Esta participación es impuesta por la gerencia sanitaria desde los departamentos de atención a la ciudadanía a los que, en algunos casos, están adscritas las Unidades de Trabajo Social.

En los centros de atención primaria, por lo general, son los profesionales de Trabajo Social Sanitario los que dentro de su intervención social comunitaria fomentan la participación de la comunidad e incluyen a todo el equipo sanitario en dichas actividades. Pero ¿que ocurre en los hospitales?

Esta pregunta nos ha llevado a plantear las siguientes hipótesis y objetivos de este estudio.

2. Hipótesis y objetivos

En esta investigación esperamos conocer qué ocurre con la participación social en los hospitales, qué ocurre con el TSC y como es su relación con la participación comunitaria que ha normativizado la institución sanitaria en Andalucía. Esperamos conocerlo con la respuesta a las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Realizan los/as trabajadores/as sociales sanitario/as en los hospitales Trabajo Social Comunitario y no lo consideran como tal?
2. ¿Se realizan en los hospitales actividades de participación comunitaria que tienen marco en el Trabajo Social Comunitario, pero que al no ser lideradas por los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as, no se consideran como Trabajo Social Comunitario?
3. ¿Se realizan en los hospitales actividades que se enmarcan dentro de participación ciudadana pero que no cumplen con las características de la participación, y deberían considerarse en tal caso actividades para realizar con colectivos ciudadanos al no ser demandadas ni diseñadas por ellos?

El objetivo general es conocer como se enmarcan las actividades de participación realizadas en los hospitales, a través de las opiniones de profesionales del TSS sobre su desempeño profesional ante la intervención comunitaria y el análisis de las experiencias que el SAS ha definido como buenas practicas de participación en hospitales en 2015.

Los objetivos específicos son:

1. Conocer las intervenciones comunitarias que realizan los TSS desde el ámbito hospitalario.
2. Identificar y caracterizar las actividades de participación ciudadana llevadas a cabo en los hospitales y si están enmarcadas en relación al Trabajo Social Comunitario.
3. Conocer si las actividades realizadas desde la participación ciudadana y calificadas como buenas practicas responden a las necesidades de los grupos comunitarios.

Para dar respuesta a estas hipótesis hemos planteado la siguiente metodológica en el estudio.

3. Metodología

Se realiza una investigación cualitativa con un diseño de estudio descriptivo y un enfoque teórico fenomenológico.

3.1. Población de estudio

La población de estudio está compuesta por dos grupos de sujetos. El primer grupo son 10 unidades de Trabajo Social Sanitario de 10 hospitales andaluces. Esta población ha sido seleccionada mediante un muestreo intencionado opinático por el que se eligieron las ocho unidades de Trabajo Social Sanitario de los ocho hospitales cabecera de provincia de Andalucía y las dos unidades de los hospitales provinciales de Sevilla capital, debido a que esas unidades son las más numerosas en cuanto a profesionales de Trabajo Social y existen más probabilidades de realizar intervención social comunitaria.

El segundo grupo está formado por 13 experiencias de participación calificadas por el SAS como “Buenas prácticas de participación en hospitales en 2015”.

3.2. Procedimiento de recogida de datos

Tenemos dos fuentes de datos, los obtenidos de las 10 unidades de Trabajo Social Sanitario, que constituyen datos de fuentes primarias, y datos de fuentes secundarias que corresponden al análisis de las experiencias de participación definidas como buenas prácticas por el SAS.

El procedimiento para la recogida de datos obtenidos de las fuentes primarias se ha realizado mediante el análisis de un cuestionario (Anexo 1), de elaboración propia, que se ha enviado vía correo electrónico a las Unidades de Trabajo Social de los hospitales de Andalucía seleccionados. En cada unidad se ha identificado una profesional de referencia que ha contestado el cuestionario en nombre de toda la unidad y ha remitido la contestación también por correo electrónico. Previamente al envío del cuestionario se hizo un contacto telefónico con la Unidad de Trabajo Social, se explicó la finalidad del estudio y se definió la trabajadora social sanitaria de referencia para aportar los datos y enviar la respuesta, aunque las respuestas corresponden al trabajo en equipo de cada unidad.

En la recogida de datos no ha habido respuesta por parte de una de las unidades de un hospital cabecera de provincia y se ha incluido otro hospital provincial de otra provincia andaluza con las mismas características. Contamos por tanto con la información de 10 unidades de Trabajo Social Sanitario, siendo 7 de ellos hospitales cabecera de provincia situados en la capital y tres hospitales provinciales situados dos de ellos en la capital y uno en un municipio de provincia.

Es importante señalar que en la presentación del cuestionario se insistió expresamente que el TSC es diferente a la utilización de las organizaciones comunitarias como recursos en sí mismas, que forman parte del plan de intervención social diseñado para la atención del paciente y la familia.

En cuanto a los datos obtenidos de fuentes secundarias, el procedimiento se ha realizado mediante la revisión y análisis de las experiencias de participación que se realizan en

diferentes hospitales de la comunidad autónoma y que han sido definidas por el SAS como “Buenas Prácticas de Participación Ciudadana en Atención Hospitalaria” en el año 2015, contando con un total de 13 experiencias.

3.3. Proceso de elaboración y análisis del cuestionario.

El cuestionario es de elaboración propia (ver anexo 1), consta de 13 preguntas sobre la investigación y tres preguntas sobre datos demográficos de la persona referente de la Unidad de Trabajo Social que responde en nombre de dicha unidad, además de una introducción explicativa sobre la investigación y el objetivo de la misma.

Doce de las preguntas son cerradas y dos de ellas llevan una segunda parte abierta. Una pregunta tiene respuesta mediante escala de 1 a 5.

Las preguntas se han estructurado en 3 bloques que dan respuesta a dos de los tres objetivos de investigación planteados. El primer bloque tiene 4 preguntas relacionadas con la implementación del método de TSC en el hospital, que cumple con el objetivo de conocer las intervenciones comunitarias que realizan los TTSSSS. El segundo bloque está referido a las actividades de participación que se realizan en el hospital y si estas están referidas al TSC, consta de 5 preguntas y con ellas se consigue cumplir el objetivo que pretende identificar y caracterizar las actividades de participación ciudadana llevadas a cabo en el hospital en relación con el TSC. El tercer bloque tiene otras 4 preguntas y está referido a las características que tienen las actividades de participación que se realizan en el hospital, en función de la normativa vigente, y quien las lidera, también esta en relación con el segundo objetivo.

Las respuestas a los cuestionarios han sido analizadas mediante una tabla de Excel.

3.4. Proceso de análisis de las Experiencias de Buenas Prácticas de Participación Ciudadana en Atención Hospitalaria.

En el año 2015 el SAS ha seleccionado 13 experiencias de participación a las que ha denominado “Buenas prácticas de participación ciudadana en atención hospitalaria”. El análisis de estas experiencias pretende dar respuesta al tercer objetivo planteado en esta investigación, que hace referencia al conocimiento de las actividades realizadas desde la participación ciudadana y su relación con las necesidades de los grupos de la comunidad. Para el análisis de estas experiencias nos hemos centrado en las recomendaciones que realiza el SAS sobre la participación ciudadana en la Guía metodológica para elaboración de planes de participación 2013 (SAS 2013).

La mencionada guía define los contenidos que deben tener los planes de participación y sus actividades deben estar ligadas a los cuatro niveles de acción que establece:

1. Acciones de información a la ciudadanía.
2. Acciones de consulta/ colaboración ciudadana, participación activa
3. Acciones de promoción de la salud/ educación para la salud

4. Acciones de mejora de la accesibilidad y la satisfacción del ciudadano/a.

Con respecto a las primeras actividades, *acciones de información*, considera que la información no es participación propiamente dicha, pero es un requisito para hacer efectivos los procesos de participación ciudadana. La información se relaciona tanto con resultados asistenciales, derechos y deberes de la ciudadanía en el SSPA (Sistema Sanitario Público de Andalucía), procedimientos, visión integral de la salud, procesos participativos, coste de los servicios sanitarios, etc. La información, asimismo, se encuentra muy relacionada con la transparencia y la rendición de cuentas, pues un sistema que no ofrece una información veraz y dinámica no puede ser transparente. Como ejemplos acción cita: celebrar día de puertas abiertas, emitir comunicados de prensa, organizar eventos y exposiciones, editar publicaciones y folletos, informar a través de Tics...

El segundo nivel de actividades, *consulta/ colaboración, participación activa*, implica capacidad de permeabilidad hacia las opiniones, necesidades y expectativas de la ciudadanía a través de los diversos medios disponibles y los que se puedan crear a través de las nuevas tecnologías. Implica, asimismo, un hacer conjunto tanto con la ciudadanía individual, como con la organizada, con los diferentes movimientos sociales y otras instituciones ajenas al sistema sanitario. Se trata de buscar sinergias y promover un trabajo en red con los diferentes actores del territorio. Como ejemplos de acciones propone: realización de las encuestas de satisfacción sobre temas concretos, sondeos de opinión, asambleas, talleres y conferencias consultivas, comisiones tripartitas...

En el tercer nivel, *promoción y educación para la salud*, es donde el sistema tiene una participación activa de la ciudadanía y de la comunidad como elemento estratégico fundamental. Las actuaciones en esta línea permiten promocionar un estilo de vida saludable, reforzar la salud pública, incidir en determinantes en salud, promover la alfabetización en salud de la población más vulnerable y fomentar la responsabilidad personal en salud. En este nivel se debe garantizar la participación de la comunidad en la organización y puesta en marcha de las actividades y va mas allá de la mera información. Con ello se refuerza la idea de M. Marchioni, “el proceso comunitario no consiste en ofertar actividades, prestaciones o programas a la población para que los consuman” (en Hervás 2011).

Por ultimo el cuarto nivel de actividades, *mejora de la satisfacción de la ciudadanía*, trata de mejorar la calidad de forma participada respecto a las siguientes dimensiones: satisfacción general, infraestructura, sistema organizativo, trato, respeto y personalización en la atención, así como otras áreas que puedan determinarse. Esta dimensión incorpora ahora los planes de mejora que antes se trabajaban de forma independiente a pesar de ser aspectos íntimamente relacionados.

El análisis que se realiza de las 13 experiencias definidas como buenas practicas de participación en 2015, se basa en estos cuatro niveles para poder identificar que experiencias pertenecen a cada uno.

Además se contabiliza también el tipo de hospital donde se realiza la práctica, diferenciándolos para este estudio en cuatro tipos: hospital denominado cabecera de provincia, esto son, hospitales situados en las capitales de provincia. Hospitales provinciales, situados en grandes municipios de la provincia. Hospitales de alta resolución, son hospitales de proximidad, ubicados en zonas geográficas alejadas de grandes núcleos urbanos, o si-

tuados en áreas con gran crecimiento poblacional que potencian la consulta en acto único y la cirugía sin ingreso. Y por último hospitales concertados, son hospitales de titularidad particular con los que el SAS concierta servicios.

Se ha tenido en cuenta también el año en que comienza la práctica, quien es el responsable de la misma, colectivo al que va dirigida la actividad, colectivos que intervienen en el desarrollo de las mismas y si ha habido consenso con la ciudadanía para su diseño e implementación.

Se realiza un análisis descriptivo de cada experiencia. (Ver anexo 3)

4. Análisis de resultados

4.1. Análisis de resultados de las fuentes primarias (Cuestionario) (Ver anexo 2)

De las 10 unidades de Trabajo Social Sanitario que forman la población de este estudio, 7 pertenecen a hospitales cabecera de provincia y 3 a hospitales provinciales. Todas las responsables del cuestionario son mujeres. Sus características sobre edad y años de experiencia laboral se detallan en la tabla nº 1.

La mayoría de las referentes tienen entre 40 y 60 años, solo hay una que es menor de 30 años y en cuanto a la experiencia laboral la mayoría tiene una dilatada experiencia siendo esta superior a los 25 años.

La primera pregunta del cuestionario se refiere a si desde el ámbito de atención hospitalaria se puede hacer intervención comunitaria (IC). Solo ha habido una respuesta negativa y el por qué de ello lo justifica con el argumento de que: “la actividad asistencial es pesada y no pueden realizar este tipo de intervención”. El resto de unidades de TS hospitalario (9) responden afirmativamente, considerando que es una actividad importante, que los/as pacientes viven en la comunidad y por tanto la UTS no pueden estar al margen de lo que ocurre en ella, además el hospital forma parte de la comunidad y no puede estar aislado. También opinan que con la IC se corresponsabiliza al/la paciente de su salud y desde el Trabajo Social Individual se llega al TSC y se detectan necesidades de la comunidad.

La segunda pregunta interroga sobre cuáles de las intervenciones comunitarias que se enumeran están enmarcadas dentro del TSC en salud. Por unanimidad responden que todas lo están. Las respuestas: conocer el mapa de activos comunitarios de salud de influencia en el hospital (el estudio y conocimiento de la comunidad del que hablaba Jame Addams), trabajar con asociaciones y/o organizaciones comunitarias para promover programas de aplicación en el ámbito hospitalario, promover grupos de voluntariado para planificar programas de actuación hospitalaria y trabajar con organizaciones comunitarias en actividades donde el hospital sale a la comunidad, son consideradas como actividades que forman parte del TSC en salud desde un hospital.

En la tercera pregunta, y hablando de las mismas intervenciones comunitarias que se definían para la pregunta número 2, se les pide que señalen cuáles de ellas realizan en su hospital (Ver tabla nº 2, anexo 2). El resultado total suma más de 10 porque se pueden hacer varias intervenciones a la vez. Hay 2 hospitales que realizan todas las intervenciones y 3 que no realiza ninguna de ellas. El trabajo con asociaciones para promover programas

de aplicación al ámbito hospitalario es la intervención que realizan más de la mitad de los encuestados (7 en total), seguida del conocimiento del mapa de activos comunitarios de salud, la promoción de grupos de voluntariado para la realización de programas hospitalarios y el trabajo con organizaciones donde el hospital sale a la comunidad.

En relación al tiempo que llevan realizando esas actividades (pregunta 4), podemos ver en la tabla nº 3 que de los 7 hospitales que realizan intervenciones comunitarias, 4 lo hacen desde hace más de diez años. Solo hay uno que lleva haciéndolo entre dos y cinco años y ninguno lleva menos de 2 años haciéndolas. La normativa del SAS que regula la participación ciudadana se fecha en 2012 (Consejería de Salud. Contrato programa Consejería de Salud SAS 2010-2013) y la puesta en marcha se comenzó eficazmente a partir de 2013, de manera que las actividades de TSC son anteriores a esta resolución.

En la pregunta 5 del cuestionario se preguntaba si conocían la línea de participación ciudadana propuesta por el SAS para los centros sanitarios. Todos los encuestados han respondido afirmativamente.

Respecto a la pregunta 6 (Ver tabla nº 4), se pedía que señalaran qué acciones de participación ciudadana se están llevando a cabo en su hospital. Las respuestas a esta pregunta suman más de 10 porque pueden realizar más de una acción a la vez. Ocho de los hospitales realizan las tres acciones, uno solo realiza comisiones de participación en las UGC y otro solo realiza la comisión de participación de centro y el plan de participación. Los hospitales realizan las tres actividades que marca la normativa del SAS para la participación: comisiones de participación de centro, comisiones de participación de UGC y planes de participación.

También se les pedía, en la pregunta 7, que enumeraran tres de las actividades de participación que promueven las comisiones de participación de su hospital. (Ver tabla nº 5)

Las respuestas que se han dado se han agrupado de la siguiente manera: Información, actividades para la mejora de la accesibilidad y la satisfacción, grupos de voluntariado y asociación de jubilados, fomentar la participación en programas institucionales, organización cesión de salas y celebración de días mundiales y escuela de pacientes.

Las actividades mayoritarias son las de información para asociaciones y pacientes mediante la organización de charlas o edición de dípticos. Seguidas de actividades de mejora tanto de la satisfacción de los usuarios, como mejora de la accesibilidad al centro (plan de discapacidad). Participación en programas institucionales como el fomento del “centro libre de humos”, el programa de teletraducción, o el de “red local de salud”.

En tres de los hospitales se ha fomentado un grupo de voluntarios y una asociación de profesionales jubilados. En dos de los casos las actividades de participación están relacionadas con la celebración de días mundiales de enfermedades (día de ELA, día de Parkinson...) y la cesión de salas para reuniones de asociaciones. Un hospital tiene una escuela de pacientes (esta directriz se introdujo en la última normativa de 2015) y solo una de las Unidades de Trabajo Social no sabe que actividades de participación se realizan en el hospital, puesto que dichas actividades las realiza un departamento específico (atención a la ciudadanía).

Sobre si trabajan en la línea de Participación Ciudadana de su hospital como unidad de Trabajo Social (pregunta 8), la respuesta más numerosa es el SI (6 centros).

En los 4 centros en los que la unidad de Trabajo Social Sanitaria no se incluye en la línea de participación establecida por el SAS afirman que es debido a que esa línea de actividad ha sido asignada a otro departamento y no las dejan participar, habiendo determinado profesionales únicamente para esta actividad.

En la pregunta 9 se les pedía que señalaran cuales de las intervenciones comunitarias que señalaron en la pregunta 3 forman parte de las actividades del plan de participación de su hospital (Ver tabla nº 6). El total suma mas de 10 porque pueden realizar varias actividades a la vez. Hay 5 Unidades de Trabajo Social Sanitario en las que las actividades de TSC que realizan no se incluyen dentro de las actividades de participación del SAS, esto puede estar en relación con la pregunta anterior, en las que hay unidades que no trabajan ni colaboran con el departamento que lleva la participación por expreso deseo de este último. En tres unidades el trabajo con las asociaciones y los programas de voluntariado si se incluyen dentro de las actividades de participación y en 2 todas las actividades de TSC forman parte de la línea de participación del centro.

Se les interrogaba (pregunta 10) sobre si las actividades de participación de su hospital corresponden a las necesidades expresadas por los colectivos y organizaciones comunitarios (tabla nº 7). En la mayoría de las actividades de participación que se realizan, la intervención de las organizaciones comunitarias es poca. En 6 de los casos pocas o ninguna de las actividades de participación han sido diseñadas por las organizaciones comunitarias en función de sus necesidades. En 4 hospitales si consideran que la mayoría de las actividades han sido diseñadas por ellos.

En la pregunta 11 se les aborda sobre si las líneas de participación ciudadana forman parte de la intervención comunitaria de la UTS. La mayoría (6 casos) responde negativamente, de manera que las actividades definidas de participación no forman parte de lo que la UTS considera intervención comunitaria. Esta respuesta está en relación con la respuesta de la pregunta nº 9, donde la mitad de los encuestados decían que las actividades que realizan en el marco del TSC no forman parte de la línea de participación.

En relación a la figura profesional responsable de la Participación Ciudadana de su hospital (pregunta 12), vemos las respuesta en la tabla nº 8.

Médicos/as y enfermeras/os son los profesionales responsables de los departamentos donde se planifica la línea de participación ciudadana. Solo en un caso la responsable es una trabajadora social.

Sobre los profesionales que trabajan en las actividades de Participación Ciudadana del hospital, que se preguntaba en la pregunta 13, son los profesionales de enfermería y trabajo social los que principalmente realizan actividades dentro de la línea de participación (tabla nº 9). Las trabajadoras sociales refieren que su participación es por su propia iniciativa e insistencia.

4.2. Análisis de resultados de las fuentes secundarias (Experiencias de “buenas practicas”) (Ver Anexo 3)

Las fuentes secundarias corresponden a las “Buenas practicas de participación ciudadana en atención hospitalaria” de 2015, donde el SAS ha seleccionado 13 experiencias de

las enviadas por los diferentes hospitales. En el análisis de cada experiencia se ha tenido en cuenta el año de comienzo, el profesional responsable de la misma, a quien va dirigida, quien desarrolla la actividad presentada, si la puesta en marcha ha sido consensuada con la comunidad y a que nivel de participación pertenece, en función de los cuatro niveles que define el SAS y que se explican en el apartado de metodología.

4.2.2. Descripción de las fuentes

A continuación se realiza una breve descripción de cada una de las experiencias seleccionadas por el SAS, para presentar posteriormente los resultados del análisis. (Todas las tablas sobre descripción de las fuentes secundarias, se encuentran en el Anexo 3)

Experiencia 1. (tabla nº 10)

Título: “Información y consejos de salud a través de códigos QR”.

Donde se realiza: Hospital cabecera provincia

Descripción: La ciudadanía cada vez requiere mas información sobre salud y la busca en las redes sociales, pero en muchas ocasiones se duda de la fiabilidad de dicha información. Desde la UCI pediátrica se ha elaborado un marca páginas con código QR que da acceso a páginas web con información adecuada y fiable relacionada con las patologías mas frecuentes como: fiebre, procesos respiratorios, digestivos, accidentes infantiles, vacunas, alimentación, etc. Este marca páginas se facilita a los padres al registrar sus datos en admisión. Además se ha instalado carcería informativa en las salas de espera de pediatría.

Nivel de participación- 1. Información

Es una actividad interesante como información, con ello se garantiza que la información sobre algunos procesos de salud sea adecuada y veraz. No hay participación de la población, es una actividad que se diseña para la población y no con ella.

Experiencia 2. (tabla nº 11)

Título: “Bookcrossing”

Donde se realiza: Hospital provincial

Descripción: El objetivo es acercar la lectura a los pacientes hospitalizados. Bookcrossing promueve la liberación desinteresada de libros en lugares accesibles, en este caso se hace en diferentes lugares del recinto hospitalario. Surge de un grupo de profesionales que ayudados por algunos voluntarios de dos asociaciones hacen circular los libros por todo el hospital

Nivel de participación. 4. Mejora de la satisfacción

La actividad es interesante como mejora de la estancia de pacientes y familias en el hospital. La participación de voluntarios se realiza para llevar a cabo la actividad, pero no se ha tenido en cuenta a la organización comunitaria como consultante de necesidades y expectativas.

Experiencia 3. (tabla nº 12)

Título: “Implicación de la ciudadanía en la mejora de la percepción de los tiempos de espera”

Donde se realiza: Hospital de Alta Resolución

Descripción: Tras la evaluación de las reclamaciones dirigidas al hospital, se consideró necesario trabajar sobre las reclamaciones efectuadas por los tiempos de espera en urgencias, con el grupo de profesionales y organizaciones comunitarias. Conjuntamente decidieron realizar una serie de acciones con el objetivo de informar a la población sobre la importancia del buen uso de las urgencias, los estados de enfermedad que se pueden presentar y la priorización de los mismos en urgencias y mejorar así el tiempo de espera y la disminución de las urgencias. Elaboraron un cartel informativo para poner en la sala de espera, en las pantallas de llamada de pacientes informaban sobre las diferentes prioridades y el tiempo de espera de cada una. Con los menores de una asociación hicieron charlas de información y los menores hicieron dibujos sobre ello, exponiendo los dibujos en los pasillos del hospital. Desde 2011 a 2014 han disminuido las reclamaciones por este tema un 34%.

Nivel de participación. 2. Colaboración y participación activa.

Es una actividad muy interesante que ha tenido en cuenta a las organizaciones comunitarias desde el primer momento. Los profesionales han detectado un problema a través del análisis de las reclamaciones, lo han puesto en conocimiento de la comisión de participación en la que están las organizaciones comunitarias, han identificado el problema como un problema de la comunidad y han diseñado una estrategia para solucionarlo. En la estrategia cada organización ha propuesto su implicación en función de su ámbito de acción.

Verdaderamente es una acción de participación comunitaria.

Experiencia 4. (Tabla nº 13)

Título: “El hospital orienta”

Donde se realiza: Hospital cabecera de provincia

Descripción: Actividad dirigida a los centros educativos de secundaria con objetivo de servir de orientación profesional para los alumnos. Durante una mañana se realiza una visita de distintos grupos de alumnos a diferentes unidades hospitalarias. En un primer momento los profesionales dan una conferencia sobre su actividad y después los alumnos visitan la unidad hospitalaria.

Nivel de participación. 1. Información

Esta experiencia tiene como punto de partida las diferentes visitas que se solicitan cada año a los hospitales, para que alumnos de diferentes grados conozcan las distintas áreas de actividad. La novedad es que han protocolizado las visitas y les han dado una uniformidad. Pero es una actividad donde no participa la comunidad.

Experiencia 5. (Tabla nº 14)

Título: “Plan acogida a pacientes hospitalizados”.

Donde se realiza: Hospital cabecera de provincia.

Descripción: Atención al paciente y su familia cuando ingresa en el centro y seguimiento en relación a su bienestar y confort durante su estancia. Informar a los padres de menores recién nacidos sobre los tramites de inscripción en el registro civil y la tramitación de la tarjeta sanitaria. El objetivo ultimo es conseguir un hospital mas humano.

Nivel de participación. 4. Mejora de la accesibilidad

Es una buena actividad para ayudar a pacientes y familias a ubicarse en un centro desconocido y que se sientan acompañados en el ingreso. El programa surge de una necesidad del centro hospitalario para reubicación a profesionales con informes de la unidad de riesgos laborales.

Experiencia 6. (tabla nº 15)

Título: “Voluntariado en Unidad de Medicina Intensiva”

Donde se realiza: Hospital cabecera de provincia.

Descripción: Actividad de voluntariado para acompañamiento a pacientes ingresados en medicina intensiva, realizada por voluntarios expacientes de dicha unidad. Los voluntarios son formados por los profesionales para realizar la actividad y ofrecer apoyo a los pacientes y a sus familiares y servir de nexo de unión entre ellos. El programa cuenta además de con los profesionales de la unidad, con una psicóloga clínica y una trabajadora social que dan soporte a los familiares en casos de pacientes de larga estancia o fallecimiento.

Nivel de participación. 2. Colaboración

Esta actividad de acompañamiento en UCI proporciona apoyo a pacientes y familias. Deriva de una necesidad sentida por población que ha vivido esa experiencia y quiere colaborar para que otros no sufran esa situación.

Experiencia 7. (Tabla nº 16)

Título: “Entorno mas amable: Cuidamos de ti, tu cuida de ellos”.

Donde se realiza: Hospital cabecera provincia.

Descripción: En la línea del SAS de apoyar a las personas cuidadoras, cuando un paciente ingresa en el hospital y se identifica a una cuidadora, se solicita tarjeta de cuidadora en el hospital y lo que ello conlleva: acceso a zona de descanso de cuidadoras, acceso a talleres y, al nuevo programa de actividades físicas acordado con una entidad para la realización de dichas actividades durante dos horas diarias con un precio acordado.

Nivel de participación. 4 Mejora de la atención.

Esta experiencia se enmarca dentro de las actividades que el sistema sanitario pone en marcha para mejorar la atención de las cuidadoras en general y durante el ingreso del pa-

ciente en particular. La posible dificultad en esta actividad es que la cuidadora tiene que salir fuera del centro hospitalario para realizarla, no sabemos a qué distancia está la entidad que proporciona las actividades deportivas y el tiempo que se tiene que invertir en el trayecto, por lo general los/as cuidadores/as no quieren separarse del paciente. Por otra parte, aunque se haya acordado un precio módico, a esto hay que añadirle los gastos que ya de por sí acarrea a la familia el hecho de una hospitalización. Son dificultades que habrá que valorar cuando se evalúe el programa, pues aún no han comenzado. No ha participado la población en su diseño, por lo que según la propuesta del sistema sanitario no puede considerarse como nivel 3 de participación, es una actividad de mejora en la atención a los cuidadores.

Experiencia 8. (Tabla nº 17)

Título: “Sistematización de quejas verbales como fuente de información y mejora continua”.

Donde se realiza: Hospital provincial

Descripción: Las reclamaciones realizadas por la vía reglamentaria son una pequeña parte de situaciones de mejora, pero es importante recoger aquellas quejas verbales que no se vehiculizan oficialmente. Por ello se propone la sistematización de la recogida de estas quejas verbales, implicando a los profesionales del servicio de atención a la ciudadanía y utilizando un aplicativo informático para el análisis, para posteriormente darles el mismo tratamiento resolutivo que a las efectuadas por vía habitual.

Nivel de participación. 4. Mejora

Buena actividad para recoger todas las reclamaciones y quejas. Existe un cauce oficial para ello, pero hay mucha población que no lo sigue, verbalmente si expresan su queja, pero cuando informas que debe hacerlo por escrito en un lugar determinado desisten de la acción, por tanto la sistematización de las quejas verbales es muy oportuno.

Experiencia 9. (Tabla nº 18)

Título: “ Cambiando hábitos de vida para mejorar nuestra salud”.

Donde se realiza: Hospital concertado

Descripción: Actividades enfocadas a la promoción de hábitos saludables en colaboración con asociaciones de la zona y alumnos del grado de Educación Física de la Universidad San Pablo CEU. Los facultativos han realizado actividades en los medios de comunicación locales, radio y TV. Junto con los alumnos de Educación Física han diseñado una ruta saludable en la comarca.

Nivel de participación. 3 Educación para la salud

Es un programa de educación para la salud llevado desde un centro sanitario en coordinación con organizaciones comunitarias. Lo novedoso es la implicación de los alumnos de educación física para promover y diseñar rutas saludables en la zona.

Experiencia 10. (Tabla nº 19)

Título: “Taller de apoyo psicosocial a cuidadoras de Unidad de Lesionados Medulares”.

Donde se realiza: Hospital concertado.

Descripción: La estancia media de los pacientes en esta unidad es de cinco meses, la labor de cuidar es solitaria y los cuidadores tienen que autocuidarse. La trabajadora social y la psicóloga del centro ponen en marcha el taller para apoyo de estas cuidadoras para disminuir la sobrecarga.

Nivel de participación. 4. Mejora de la atención

Es una experiencia de apoyo para cuidadoras/es. En este contexto es importante dado el largo periodo de hospitalización y las especiales características de los pacientes, pues son lesionados medulares, que pueden hacer más fácil una claudicación familiar. Es una actividad diseñada por los profesionales para la población y teniendo en cuenta las características anteriores, considero que es una actividad de mejora que el centro pone al servicio de los familiares cuidadores.

Experiencia 11. (Tabla nº 20)

Título: “Educación para la salud con mensajes saludables en cartas de citación de pacientes”.

Donde se realiza: Hospital provincial

Descripción: Incorporación de un texto con información sobre campañas de educación para la salud en las cartas de citación de los pacientes. Estos textos se hacen coincidir con la celebración de días sobre enfermedades, día mundial sin tabaco, día mundial lavado de manos, día mundial de la diabetes... El área de comunicación elabora los textos a incorporar y el servicio de atención ciudadana se encarga de incorporar el texto a las citaciones.

Nivel de participación. 1. Información

Una buena iniciativa aprovechando una actividad que ya se realiza, las citaciones. Es una iniciativa de los profesionales.

Experiencia 12. (Tabla nº 21)

Título: “Programa formativo, informativo para personas cuidadoras”.

Donde se realiza: Hospital alta resolución

Descripción: La experiencia pretende formar y hacer participe de la realización de los cuidados a la persona cuidadora, mediante un aprendizaje personalizado durante la estancia hospitalaria. Se pretende fomentar la autonomía de la persona cuidadora en la prestación de cuidados domiciliarios, aumentar los conocimientos, e incrementar el grado de satisfacción del cuidador.

Nivel de participación. 1. Información.

Es una actividad que debería realizarse siempre, los familiares no tienen que dejar la habitación cuando se le hacen curas o movilizaciones a los pacientes, si ellos están presentes

pueden aprender y continuar los cuidados en el domicilio con mas seguridad para ellos y el paciente. Es una actividad definida por los profesionales y teniendo en cuenta que para las actividades de educación para la salud “*se debe garantizar la participación de la comunidad en la organización y puesta en marcha de las actividades, va mas allá de la mera información*”, esta actividad está en el nivel 1 de participación.

Experiencia 13. (Tabla nº 22)

Titulo: “II Jornada de divulgación médica ciudadana en cáncer de mama. El lenguaje de la mama. Doctor tengo un bulto en el pecho.”

Donde se realiza: Hospital alta resolución.

Descripción: Mesa redonda impartida por profesionales de la unidad de patología mamaria del hospital, para la información ciudadana. Difusión en los medios de comunicación locales.

Nivel de participación. 1. Información.

Es una actividad puntual de información sobre una patología, con difusión en medios de comunicación, pero sin participación de la población.

Teniendo en cuenta que para el nivel 3 de educación para la salud, el sistema afirma que “*se debe garantizar la participación de la comunidad en la organización y puesta en marcha de las actividades, va mas allá de la mera información*”, considero que esta experiencia tendría el nivel 1 de participación.

4.2.3. Comparación de experiencias (Ver Anexo 4)

En función del tipo de hospital donde se realizan las experiencias, podemos ver (tabla nº 23) que de las 13 experiencias estudiadas, 5 se realizan en hospitales cabecera de provincia, esto son hospitales situados en las capitales de provincia. Tres de ellas se realizan en hospitales provinciales, situados en grandes municipios de la provincia. Otras 3 son llevadas a cabo en hospitales de alta resolución, son hospitales de proximidad, ubicados en zonas geográficas alejadas de grandes núcleos urbanos, o situados en áreas con gran crecimiento poblacional, potencian la consulta en acto único y la cirugía sin ingreso. Dos son experiencias de un hospital concertado.

Con respecto al año de comienzo de las 13 actividades (tabla nº24) la mitad de las mismas comenzaron en 2014. Las experiencias números 7, 9 y 10 han comenzado en el mismo año de la publicación de las buenas practicas (2015). Dos de ellas comenzaron en el año 2013 y una en 2011. Solo hay una experiencia que tiene una larga trayectoria de casi 20 años, la referida al acompañamiento de los pacientes de UCI.

Prácticamente todas las experiencias presentadas, 11 concretamente, las números 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, y 13, tienen su comienzo a partir de la publicación de las normativas de participación y su inclusión en el contrato programa de los centros. Podríamos pensar que las actividades se realizan para cumplir los objetivos del contrato programa pactado.

Los profesionales responsables de las actividades de participación (tabla nº 25), en casi la mitad de las experiencias, corresponden a profesionales responsables de los servicios

de atención a la ciudadanía. Solo 2 actividades, la de apoyo a cuidadoras de lesionados medulares y la de mejora en la percepción de los tiempos de espera, son llevadas a cabo por trabajadoras sociales sanitarias. Cuatro son llevadas por enfermeros que desempeñan diferentes puestos. Las otras son dirigidas por un facultativo director de la unidad y por la responsable de comunicación que es periodista.

El que la mayoría de experiencias estén lideradas por el servicio de atención a la ciudadanía es entendible puesto que la institución es a este servicio a quien responsabiliza de la implementación y seguimiento de los objetivos de participación del centro.

En referencia al colectivo de población al que va dirigida la experiencia (tabla nº26), observamos que hay experiencias que van dirigidas a más de un colectivo, por ello la suma total es mayor de 13. Hay 3 experiencias que van dirigidas a la población general, 3 que van dirigidas a cuidadores/as, 5 dirigidas a pacientes, 5 dirigidas a familias, 1 dirigida a profesionales y otra a alumnos de secundaria.

En la tabla nº 25 veíamos qué profesional era responsable de las actividades, ahora veremos qué profesionales participan en la realización de las mismas. Las trece actividades (tabla nº 27) son realizadas por los diferentes profesionales del sistema sanitario, pero en 2 de ellas además intervienen voluntarios, en otras 2 intervienen asociaciones y en otra intervienen alumnos de la facultad.

El modelo comunitario al que hace referencia el SAS, basado en una participación a través de actividades de promoción y educación para la salud, lleva implícito que las actividades propuestas sean realizadas por los diferentes agentes que las han diseñado, cuestión que no ocurre en la mayoría de estas trece experiencias analizadas.

Otra de las cuestiones que lleva implícita el modelo comunitario que define el SAS, es que para la realización de las actividades de participación, es preciso que estas se diseñen en consenso con la población. De las 13 experiencias analizadas solo tres han sido consensuadas con la población de referencia, las diez restantes no lo han sido. En los 3 casos en los que sí se ha contado con la población, hay que señalar que en uno de ellos la población se refiere a los pacientes afectados, y otro es liderado por una trabajadora social sanitaria. Recordemos que M. Marchioni dice que la participación no es ofertar actividades para que la población las consuma y esto es lo que parece que ocurre en estas prácticas. (tabla nº 28)

Pasamos a ver en qué nivel de acción, de los cuatro definidos por el SAS, están las experiencias del estudio. (Tabla nº 29). Los niveles de acción alcanzados mayoritariamente son el 1, correspondiente a la información y el 4, correspondiente a actividades de mejora, tanto de la accesibilidad, como de la atención.

Solo en dos experiencias se realiza colaboración y participación activa entre el sistema sanitario y la comunidad, siendo la experiencia donde se realiza la participación activa la liderada por la trabajadora social sanitaria. Solamente hay una experiencia que cumple los requisitos del nivel definido para Educación y Promoción de la salud como modelo comunitario, en el que se garantiza la participación de la comunidad en la organización y puesta en marcha de la actividad y por tanto no es una mera información.

Las experiencias analizadas para este estudio por haber sido definidas como buenas prácticas de participación en el año 2015, han sido dirigidas a diferentes colectivos como se

muestra en la tabla nº 26. Es importante relacionar el nivel de acción asignada a la experiencia y los colectivos a quien se dirigen (Tabla nº 30).

Las experiencias del nivel 1, información, se dirigen a todos los colectivos, excepto al colectivo de profesionales. Esto es normal puesto que se trata de actividades de información propiamente dichas. De igual manera ocurre con las actividades de nivel 4, mejora, que van dirigidas también a todos los colectivos excepto a la población general, se trata de actividades de mejora en el centro hospitalario de las que pueden beneficiarse los colectivos que por allí pasan, no la población en general.

Con respecto a las actividades de colaboración y participación activa van dirigidas a pacientes, familiares y población general, y las actividades de promoción y educación para la salud lo hacen a la población general.

También parece oportuno ver si hay alguna diferencia entre el nivel de acción de la experiencia y quienes desarrollan la actividad, teniendo en cuenta que en todas participan los profesionales de la institución. En la tabla nº 31 podemos ver que solo las actividades de nivel 1 (información) son realizadas exclusivamente por los profesionales, esto es lógico puesto que en estas actividades la información tienen que ver con consejos sobre la salud e información sobre actividades que realizan los profesionales. Las actividades de mejora de la accesibilidad y la atención, también son realizadas por profesionales y en una de ellas participan voluntarios. Solo en las actividades de colaboración (nivel 2) y educación y promoción (nivel 3) participan otros agentes comunitarios. Para la realización de las actividades de colaboración el SAS habla de un hacer conjunto que propicie la búsqueda de sinergias y para las segundas, las de educación y promoción (nivel 3), afirma que para su realización se debe garantizar la participación de la comunidad tanto en la organización como en la puesta en marcha. En la realización de estas experiencias parece cumplirse esta directriz marcada.

5. Discusión y conclusiones

Nuestro primer objetivo de trabajo era conocer las intervenciones comunitarias que realizan los TSS desde el ámbito hospitalario, y con ello poder dar respuesta a la primera pregunta de investigación sobre si los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as realizan en el hospital Trabajo Social Comunitario y no lo consideran como tal.

Todas las UTS consideran que conocer el mapa de activos comunitarios de salud de influencia en el hospital, trabajar con asociaciones y/o organizaciones comunitarias para promover programas de aplicación en el ámbito hospitalario, promover grupos de voluntariado para planificar programas de actuación hospitalaria y trabajar con organizaciones comunitarias en actividades donde el hospital sale a la comunidad, son actividades que forman parte del método de TSC en salud desde un hospital. Estas actividades tienen la característica de ser realizadas con y por organizaciones comunitarias, de manera que pueden ser calificadas como participación comunitaria, tal y como la define Aguilar (2001) .

La mayoría de las trabajadoras sociales preguntadas realizan alguna o varias de estas actividades, las cuales caben dentro de la línea de participación comunitaria, que es una de las líneas de participación social en salud que se han definido en nuestro encuadre. Esta

línea tiene por objeto la toma de decisiones y el establecimiento de mecanismos que solucionen problemas o necesidades de salud de la población. Se podría también decir que son actividades con encuadre en el segundo nivel de acción que define el SAS, nivel de consulta/colaboración, participación activa, que implica un hacer conjunto, buscar sinergias para alcanzar un mejor nivel de salud de la población. Sin embargo tan solo una de las experiencias analizadas (experiencia nº 3) cumple estos requisitos y puede incluirse en el nivel de colaboración y participación activa, curiosamente la responsable de esta actividad es una trabajadora social y realiza la actividad con anterioridad a la normativa de participación.

De estas actividades de participación comunitaria que forman parte del modelo de TSC, la más realizada entre las Unidades de Trabajo Social consultadas, es la que corresponde al trabajo con asociaciones para promover programas de aplicación al ámbito hospitalario. En general las actividades de participación comunitaria realizadas propician que la comunidad “entre en el hospital” y no tanto en realizar actividades donde el hospital se introduce en las redes comunitarias. El hospital abre sus puertas a la comunidad y puede ser importante hacer esta distinción, observando como las organizaciones comunitarias diseñan programas para realizar en el hospital y no lo contrario. Podríamos pensar que en el hospital cabe todo, ¿tiene esto relación con la idea de hospitalocentrismo que aún planea sobre la sanidad?

Es interesante en este punto, diferenciar esta idea que se está exponiendo sobre el TSC, de lo que es el trabajo en red entre el entramado institucional comunitario. Este trabajo en red es un trabajo diseñado por los profesionales (generalmente de TS) y tiene por objetivo el desarrollo de programas específicos para trabajar con colectivos de población definidos. En este tipo de trabajo participan profesionales de trabajo social del hospital en representación de la institución y sí es un trabajo extrahospitalario, de puertas afuera.

La gran mayoría de las TTSSSS consultadas consideran que se puede y debe hacer TSC desde el ámbito hospitalario y de las respuestas se desprende la visión transversal de la intervención social en salud de la que hablan Rocabayera y Rodríguez (2016), entendiendo que los tres métodos de trabajo social, individual, grupal y comunitario se retroalimentan y la atención social puede ir desde lo individual a lo comunitario, pasando por el grupo, del grupo a la comunidad o a la atención individual.

Las profesionales de Trabajo Social Sanitario consultadas tienen más de 15 años de experiencia profesional y realizan este tipo de actividades de TSC con anterioridad a la implantación de los objetivos de participación del SAS. Por todo lo que se ha expuesto se puede considerar que la primera hipótesis de este estudio no se cumple para las unidades de trabajo social entrevistadas. Podríamos afirmar que las trabajadoras sociales de hospital consideran importante el TSC y lo realizan como tal desde hace años, aunque el SAS no lo considere así y sin tenerlo en cuenta ha implementado una línea específica de participación ciudadana.

Nuestro segundo objetivo era identificar y caracterizar las actividades de participación ciudadana llevadas a cabo en el hospital y ver si están enmarcadas en relación al trabajo social comunitario.

A este respecto, de las experiencias de buenas prácticas analizadas solo dos son anteriores a la publicación de la normativa de participación en el SAS, precisamente son las únicas experiencias en las que participan TTSSSS y que tienen un nivel de acción 2, esto es,

nivel de colaboración, donde hay una participación activa de la comunidad. Tras el análisis de dichas experiencias vemos que ambas actividades son parte del método de TSC, una es una actividad de promoción de un grupo de voluntariado para implementar un programa en el hospital y otra es una actividad realizada con la comunidad para mejorar las urgencias en beneficio de la población.

A pesar de que las TTSSSS conocen la normativa sobre participación y las actividades que se están implantando al respecto, no participan de lleno en el diseño e implementación de las mismas, dado que el sistema sanitario no las hace responsables de ellas, sino que dependen de otro servicio y en algunos centros se han creado equipos específicos para tal fin. Por tanto las actividades que ellas realizan dentro de la intervención de TSC tampoco las incluyen en el programa de participación del centro, quedando claramente separadas los dos tipos de intervenciones.

Aún así, en algunos centros consultados la UTS trabaja en la línea de participación por pura insistencia de las profesionales, así ocurre con las dos experiencias mencionadas anteriormente y que forman parte de las buenas prácticas, y algunas otras actividades de TSC que han sido incluidas en los programas de participación del centro. De esta manera la segunda hipótesis donde se consideraba que desde el hospital se realizan actividades de participación comunitaria que tienen marco en el trabajo social comunitario pero no las lideran los trabajadores sociales sanitarios y por tanto no se consideran como trabajo social comunitario, tampoco se cumple tal y como está planteada. Parece ser que hay diferencia entre las actividades de TSC y las actividades de participación impuesta para cumplir los objetivos del contrato programa, tal vez se podría decir que el sistema sanitario invisibiliza el TSC realizado por los TTSSSS y en solo en ocasiones lo enmarca dentro de la línea de participación que él ha definido.

El tercer objetivo ha sido conocer si las actividades realizadas desde la participación ciudadana y calificadas como buenas prácticas responden a las necesidades de los grupos comunitarios.

Todas las profesionales encuestadas conocen la línea de participación implantada por la institución y afirman que en sus centros se realizan las comisiones que indica la normativa, aunque las actividades que programan están principalmente en los niveles de acción 1, de información y 4 de mejora de la accesibilidad, existiendo en la mayoría de ellas poca o nula participación por parte de la comunidad en su diseño. Esta opinión de los profesionales de TSS está en concordancia con el resultado del análisis realizado de las experiencias de buenas prácticas, donde hemos visto que la mayoría de las actividades tampoco han sido consensuadas con la ciudadanía, ni en la planificación ni en la implementación y también en su mayoría pertenecen a los niveles de información y mejora de la accesibilidad y de la atención.

Aunque una de las recomendaciones que el SAS hace sobre el diseño de actividades, es que se debe garantizar la participación de la comunidad en la organización y puesta en marcha de las mismas, lo que está en concordancia con la idea de M. Marchioni, “el proceso comunitario no consiste en ofertar actividades, prestaciones o programas a la población para que los consuman”. También considera que los niveles de información y mejora no son niveles de participación efectiva y entiende que la información sirve de instrumento para la participación y que con la mejora de la satisfacción se impulsa una mejora de la calidad participada.

Como observamos en los resultados de las actividades de participación de las que nos informan las TTSSSS y los resultados de las experiencias de buenas practicas analizadas, el nivel de acción alcanzado mayoritariamente es el de información y mejora de la accesibilidad y atención. No son actividades situadas en un nivel de participación y colaboración, son actividades desarrolladas por los profesionales, dirigidas a la población en general pero sin tener en cuenta sus necesidades, ni estar consensuadas con ellos. Por ello se puede considerar que sí se cumple la tercera hipótesis en la que se presumía que desde el hospital se realizan actividades que se enmarcan dentro la participación ciudadana pero que no cumplen con las características de la participación, realmente son actividades diseñadas para realizar con colectivos ciudadanos pero no demandadas y diseñadas con ellos.

El objetivo general de este trabajo ha sido conocer como se enmarcan las actividades de participación realizadas en los hospitales, a través de las opiniones de profesionales del Trabajo Social Sanitario sobre su desempeño profesional en la intervención comunitaria y el análisis de las experiencias que el SAS ha definido como buenas practicas de participación en hospitales en 2015 y podemos considerar que se ha cumplido.

A modo de conclusión

Han transcurrido seis años desde el anterior estudio sobre participación comunitaria en el sistema sanitario y el SAS continúa apostando por la participación de la comunidad, incluso ha normativizado como ha de realizarse esta participación y lo ha incluido en los objetivos de los contratos programa de los centros, pero la situación realmente no ha cambiado en estos años, continuamos en el mismo nivel de participación. Las actividades planteadas no tienen en cuenta las necesidades de la población, los proyectos son propuestos por el sistema y realizados por sus profesionales con escasa implicación y colaboración de las personas y continúa existiendo poca participación de los/as TTSSSS en esas actividades de participación, evidenciándose una clara brecha entre el TSC que se realiza en los centros hospitalarios y la participación definida por el sistema sanitario.

El Sistema Sanitario Andaluz aborda la participación desde una doble perspectiva: 1. La participación basada en un **modelo comunitario** a través de actividades de promoción y educación para la salud, con la participación de todos los agentes y consenso de los mismos. Y 2. La **participación individual** directa basada en los principios de Gobierno Abierto y en la transparencia, la gobernanza y la rendición de cuentas. Mediante las experiencias presentadas y las informaciones de las TTSSSS acerca de las actividades de participación, parece que esta doble perspectiva no se está consiguiendo.

Se impone la participación desde los departamentos de atención a la ciudadanía y probablemente sea preciso recordar a Marco Marchioni cuando dice que “el ritmo del desarrollo no puede ser impuesto desde el exterior”, no olvidemos que la participación comunitaria tiene como fin el desarrollo, por tanto el ritmo de la participación social en sus dos vertientes, comunitaria e individual, tampoco puede ser impuesto.

Seria bueno que el sistema sanitario volviera la mirada al Trabajo Social Comunitario que desde el ámbito hospitalario están realizando los TTSSSS, para potenciarlo y promover así una verdadera participación social en salud, puesto que las actividades que realizan se encuadran perfectamente en el nivel de participación que la institución propone y puesto que

pueden y están haciendo participación comunitaria desde el ámbito hospitalario, aunque la OMS no lo consideraba como espacio adecuado.

El sistema sanitario andaluz parece definir bien la participación de los ciudadanos, pero ¿Qué tipo de participación realmente quiere?

Bibliografía

- Addams, J.L. Hull House: (2014). *El valor de un centro social. Serie Clásicos*. Consejo General del Trabajo Social. Paraninfo. Madrid.
- Aguilar Idañez, M.J. (2001) *La participación comunitaria en salud: ¿Mito o realidad?*. Díaz de Santos. Madrid.
- Aguilar Idañez, M.J. (2015). Trabajo Social Sanitario: Potenciar la participación ciudadana y comunitaria. Comunidades saludables. *Rev. Trabajo Social y Salud* nº 81, 91-108. Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Zaragoza.
- Consejería de Salud. Contrato programa Consejería de Salud SAS 2010-2013. Junta de Andalucía. www.juntadeandalucia.es/salud/contratoprogramacssas
- Hervas de la Torre, A. (2011). La participación comunitaria en salud y el trabajo social sanitario. *Rev. Documentos de Trabajo Social* nº 49-50. Colegio Diplomados en Trabajo Social de Málaga. ISSN 2173-8246. 2011
- Junta de Andalucía. (2013). Consejería de Igualdad, Salud y políticas Sociales. IV Plan Andaluz de salud 2013. Recurso electrónico. Disponible en www.andaluciasana.es/PAS/links/IV_PAS_v9.pdf
- Lillo Herranz, N., Roselló Nadal, E. (2004). *Manual para el Trabajo Social Comunitario*. Narcea S.A. Editores. Madrid.
- Miranda Aranda, .M. (2004) *De la caridad a la ciencia. Pragmatismo, Interaccionismo simbólico y Trabajo Social*. Colección Trabajo Social Hoy. Mira editores. Zaragoza.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1987). *Los Objetivos de la Salud para Todos*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Pastor Seller, E. Alonso, M.P. (2012). *Presentación Revista Cuadernos de Trabajo Social*, Vol.25-2, 289-296. Universidad Complutense. Madrid. 2012
- Real decreto 137/84 de 11 de enero sobre estructuras básicas de salud. BOE nº 27 de 1 de febrero 1984. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Rocabayera Andreu, M.A.; Rodríguez Reyes, A.M. (2016). *Método de Intervención Comunitario en el Trabajo Social Sanitario*. Master Trabajo Social Sanitario, Universidad Oberta de Cataluña. Barcelona.
- Ruiz-Gimenez, J.L. (2005). “Participación Comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado Español”. *Revista Comunidad* nº 8. PACAP. SEMFyC.

- Sánchez Bursón, J.M. (2012). La Gobernanza en la nueva Ley de Salud Pública de Andalucía. *Revista eSalud.com*, vol 8, nº 30. ISSN: 1698- 7969.
- SAS (2007). Decreto 197/2007, de 3 de julio de organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria en el ámbito del SAS. www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?
- SAS (2012). Resolución: SA 0077/12 de 20 de marzo de 2012. Dirección Gerencia SAS. www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/.../R_SA0077_12
- SAS (2013). Guía metodológica para la elaboración /actualización del Plan de Participación de Hospitales, Distritos y Áreas Sanitarias. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2013. www.juntadeandalucia.es › ... › Guías metodológicas
- SAS (2014). Resolución SA 0149/14 de 6 de octubre de 2014. Dirección Gerencia SAS. www.juntadeandalucia.es › principal › La organización
- SAS (2015). Marco actual de Desarrollo de la Gestión Clínica en el Servicio Andaluz de Salud. Informe Técnico Gestión Clínica 2. www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud, acceso 26 de mayo de 2016.

Anexo 1

CUESTIONARIO INVESTIGACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA Y LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA DESDE UNA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO

El Trabajo Social Comunitario (TSC) es un modelo de intervención del Trabajo Social desde sus diferentes ámbitos, servicios sociales, salud, etc.

Implica la participación de la comunidad para conseguir un desarrollo comunitario entre otros aspectos. Desde el ámbito sanitario, en concreto, la participación comunitaria pretende que las personas asuman responsabilidades sobre su salud y bienestar, así como responsabilidades en la gestión de lo que atañe a la salud.

El TSC y su intervención desde salud tiene un marco propicio de desarrollo en la atención primaria, pero esto no significa que no se pueda desarrollar también desde la atención hospitalaria.

Mediante esta intervención comunitaria el hospital se abre a la comunidad a la que sirve y se crea una red colaborativa a favor de los pacientes hospitalizados y sus familias. Así como las organizaciones comunitarias interactúan con el centro hospitalario y participan en los beneficios de salud.

El TSC es diferente a la utilización de las organizaciones comunitarias como recursos en sí mismos, que forman parte del plan de intervención social diseñado para la atención del paciente y la familia.

Con esta investigación pretendemos conocer qué intervenciones comunitarias se están desarrollando desde las Unidades de Trabajo Social Sanitario en los hospitales de Andalucía y si la participación ciudadana forma parte de esta intervención.

Agradecemos tu colaboración en la respuesta a este cuestionario.

PREGUNTA 1.

¿Consideras que desde el ámbito de atención hospitalaria puedes hacer intervención comunitaria?

SI NO Por qué?

PREGUNTA 2

Cuales de las siguientes intervenciones comunitarias crees que se enmarcan dentro del TSC en salud?

- Conocer mapa de activos comunitarios de salud de influencia en el hospital
- Trabajar con asociaciones y/o organizaciones comunitarias para promover programas de aplicación en el ámbito hospitalario.
- Promover grupos de voluntariado para planificar programas de actuación hospitalaria.
- Trabajar con organizaciones comunitarias en actividades donde el hospital sale a la comunidad.
- TODAS
- NINGUNA

PREGUNTA 3

De las siguientes intervenciones comunitarias señala cuales realizas en tu hospital.

- Conocer mapa de activos comunitarios de salud de influencia en el hospital
- Trabajar con asociaciones y/o organizaciones comunitarias para promover programas de aplicación en el ámbito hospitalario.
- Promover grupos de voluntariado para planificar programas de actuación hospitalaria.
- Trabajar con organizaciones comunitarias en actividades donde el hospital sale a la comunidad.
- TODAS
- NINGUNA

PREGUNTA 4

Cuanto tiempo llevas realizando estas actividades? Señala la respuesta.

Menos de 2 años Entre 2 y 5 años Entre 5 y 10 años Mas de 10 años.

PREGUNTA 5

Conoces la línea de participación ciudadana propuesta por el SAS para los centros sanitarios?

SI NO

PREGUNTA 6

Que acciones de participación ciudadana se están llevando a cabo en tu hospital? (señala cuales)

- Comisión de participación de centro
- Comisiones de participación de unidades de gestión
- Plan de participación

PREGUNTA 7

Qué actividades de participación promueven las comisiones de participación de tu hospital? (Enumera tres)

PREGUNTA 8

Trabajas en la línea de Participación Ciudadana de tu hospital? SI NO

Si la respuesta es negativa señala brevemente porque.

PREGUNTA 9

De las intervenciones comunitarias que señalaste en la pregunta 3 y que tu realizas en tu hospital, di cuales forman parte de las actividades del plan de participación de tu hospital.

- Conocer mapa de activos comunitarios de salud de influencia en el hospital

- Trabajar con asociaciones y/o organizaciones comunitarias para promover programas de aplicación en el ámbito hospitalario.
- Promover grupos de voluntariado para planificar programas de actuación hospitalaria.
- Trabajar con organizaciones comunitarias en actividades donde el hospital sale a la comunidad.
- TODAS
- NINGUNA

PREGUNTA 10

En que medida consideras que las actividades de participación de tu hospital corresponden a las necesidades expresadas por los colectivos y organizaciones comunitarios? (señala la casilla que consideres)

1. Todas las actividades diseñadas por ciudadanos	2. La mayoría han sido diseñadas por ciudadanos	3. Algunas (la mitad aprox.)	4. Pocas han sido diseñadas por ellos	5. Ninguna. Todas las actividades se les han ofrecido

PREGUNTA 11

Consideras que las líneas de participación ciudadana forman parte de la intervención comunitaria de tu Unidad de Trabajo Social?

SI NO

PREGUNTA 12

Que figura profesional es la responsable de la Participación Ciudadana de tu hospital?

- Trabajador Social Enfermero Médico Técnico OTROS

PREGUNTA 13

Que figuras profesionales realizan las actividades de participación ciudadana de tu hospital.

- Trabajador Social Enfermero Médico Técnico OTROS

Y para terminar algunas preguntas sobre la persona que responde. (Marca la respuesta)

SEXO Hombre Mujer

EDAD < 30 años 31- 40 años 41- 50 años 51-60 años > 60 años.

AÑOS TRABAJANDO EN SALUD. < 5 años 5 a 15 años 15 a 25 años > 25 años

Gracias por tu ayuda.

Las personas responsables de esta investigación, garantizamos que en todo momento se mantendrá la confidencialidad de la información recogida con arreglo a lo estipulado en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de carácter personal. Los resultados del cuestionario se presentarán siempre de manera anónima y agregada. Para ello se han evitado preguntas que puedan permitir tu identificación.

Anexo 2

TABLAS ANÁLISIS CUESTIONARIO. FUENTES PRIMARIAS.

Tabla n°1. Edad y experiencia laboral de las referentes.

Unidad TSS	EDAD	Años experiencia								
		<30a	30-40	40-50	50-60	>60a	<5 a	5-15	15-25	>25a
1				X					X	
2				X						X
3					X					X
4					X					X
5					X				X	
6					X					X
7	X						X			
8					X					X
9				X						X
10				X						X
TOTAL	1			4	5		1		2	7

Elaboración propia

Tabla n° 2. Intervenciones comunitarias que realizas en tu hospital. (pregunta 3 cuestionario)

Conocer mapa de activos comunitarios de salud de influencia en el hospital	3
Trabajar con asociaciones y/o organizaciones comunitarias para promover programas de aplicación en el ámbito hospitalario.	5
Promover grupos de voluntariado para planificar programas de actuación hospitalaria.	2
Trabajar con organizaciones comunitarias en actividades donde el hospital sale a la comunidad.	2
Todas	2
Ninguna	3
TOTAL	17

Elaboración propia

Tabla n° 3. Tiempo que llevan realizando las actividades de IC. (pregunta 4)

Menos de 2 años	0
Entre 2 y 5 años	1
Entre 5 y 10 años	2
Mas de 10 años	4
TOTAL	7

Elaboración propia

Tabla nº 4. Actividades e participación ciudadana. (pregunta 6)

Comisión de participación de centro	9
Comisiones participación UGC	9
Plan de Participación	9
TOTAL	27

Elaboración propia

Tabla nº 5. Actividades de participación de las comisiones de participación. (pregunta 7)

Actividad	Nº Hospitales
Información	4
Actividades para la mejora de la accesibilidad y la satisfacción	3
Grupos de voluntariado y asociación de jubilados.	3
Fomentar la participación en programas institucionales (centro libre humos, red local salud, teletraducción)	3
Organización cesión de salas y celebración días mundiales	2
Escuela de pacientes.	1
No sabe que actividades se realizan	1

Elaboración propia

Tabla nº 6. Intervenciones de TSC que forman parte de participación ciudadana. (Pregunta 9)

Conocer mapa de activos comunitarios de salud de influencia en el hospital	1
Trabajar con asociaciones y/o organizaciones comunitarias para promover programas de aplicación en el ámbito hospitalario.	3
Promover grupos de voluntariado para planificar programas de actuación hospitalaria.	3
Trabajar con organizaciones comunitarias en actividades donde el hospital sale a la comunidad.	1
Todas	2
Ninguna	5
TOTAL	15

Elaboración propia

Tabla nº 7. Actividades de participación diseñadas por ciudadanos (Pregunta 10)

1. Todas las actividades diseñadas por ciudadanos	2. La mayoría han sido diseñadas por ciudadanos	3. Algunas (la mitad aprox.)	4. Pocas han sido diseñadas por ellos	5. Ninguna. Todas las actividades se les han ofrecido
0	3	1	3	3

Elaboración propia

Tabla nº 8. Profesional responsable de participación. (Pregunta 12)

Trabajador/a social	1
Enfermero/a	3
Médico/a	4
Técnico	2
Otros	0
TOTAL	10

Elaboración propia

Tabla nº 9. Profesionales que realizan actividades de participación. (Pregunta 13)

Trabajador/a social	5
Enfermero/a	7
Médico/a	4
Técnico	4
Otros	0
TOTAL	18

Elaboración propia

Anexo 3

TABLAS DE ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS. FUENTES SECUNDARIAS

Tabla nº 10. Experiencia 1. Título: “Información y consejos de salud a través de códigos QR”.

Año comienzo	P. Responsable	Dirigida a	Quien desarrolla la actividad	Consensuada con ciudadanía	Nivel de Participación
2014	Enfermero supervisor	Padres de menores, hospi	Profesionales	NO	1. INFORMACIÓN

Elaboración propia

Tabla nº 11. Experiencia 2. Título: “Bookcrossing”

Año comienzo	P. Responsable	Dirigida a	Quien desarrolla la actividad	Consensuada con ciudadanía	Nivel de Participación
Jun.2014	Respon. atención ciudadano	Pacientes, familias profesionales	Profesionales Voluntarios	NO	4. MEJORA SATISFACCIÓN

Elaboración propia

Tabla n° 12. Experiencia 3. Título: “Implicación de la ciudadanía en la mejora de la percepción de los tiempos de espera”

Año comienzo	P. Responsable	Dirigida a	Quien desarrolla la actividad	Consensuada con ciudadanía	Nivel de Participación
2011	TSS Responsable atención ciudadano	Toda la población	Profesionales asociaciones	SI	2. COLABORACIÓN

Elaboración propia

Tabla n° 13. Experiencia 4. Título: “El hospital orienta”

Año comienzo	P. Responsable	Dirigida a	Quien desarrolla la actividad	Consensuada con ciudadanía	Nivel de Participación
2014	Coord Partc. Ciudadana	Alumnos de secundaria	Profesionales	NO	1. INFORMACION

Elaboración propia

Tabla n° 14. Experiencia 5. Título: “Plan acogida a pacientes hospitalizados”.

Año comienzo	P. Responsable	Dirigida a	Quien desarrolla la actividad	Consensuada con ciudadanía	Nivel de Participación
2013	Coord Partc. Ciudadana	Pacientes y familias	Profesionales	NO	4. MEJORA ACCESIBILIDAD

Elaboración propia

Tabla n° 15. Experiencia 6. Título: “Voluntariado en Unidad de Medicina Intensiva”

Año comienzo	P. Responsable	Dirigida a	Quien desarrolla la actividad	Consensuada con ciudadanía	Nivel de Participación
1996	Superv. Enfermería, Directora UGC	Pacientes y familias	Profesionales y voluntarios	Ciudadanos afectados	2. COLABORACIÓN

Elaboración propia

Tabla n° 16. Experiencia 7. Título: “Entorno mas amable: Cuidamos de ti, tu cuida de ellos”.

Año comienzo	P. Responsable	Dirigida a	Quien desarrolla la actividad	Consensuada con ciudadanía	Nivel de Participación
2015	Enfermera GC	Personas cuidadoras	Profesionales	NO	4. MEJORA DE LA ATENCIÓN

Elaboración propia

Tabla n° 17. Experiencia 8. Título: “Sistematización de quejas verbales como fuente de información y mejora continua”.

Año comienzo	P. Responsable	Dirigida a	Quien desarrolla la actividad	Consensuada con ciudadanía	Nivel de Participación
2014	Coord. Atención ciudadana	Pacientes y familias	Profesionales	NO	4. MEJORA

Elaboración propia

Tabla n° 18. Experiencia 9. Título: “ Cambiando hábitos de vida para mejorar nuestra salud”.

Año comienzo	P. Responsable	Dirigida a	Quien desarrolla la actividad	Consensuada con ciudadanía	Nivel de Participación
2015	Responsable comunicación	Población general	Profesionales Alumnos universidad, Asociaciones	SI	3. EDUCACIÓN SALUD

Elaboración propia

Tabla n° 19. Experiencia 10. Título: “Taller de apoyo psicosocial a cuidadoras de Unidad de Lesionados Medulares”.

Año comienzo	P. Responsable	Dirigida a	Quien desarrolla la actividad	Consensuada con ciudadanía	Nivel de Participación
2015	TSS y Psicóloga	Cuidadoras, lesionados medulares	Profesionales	NO	4. MEJORA DE LA ATENCIÓN

Elaboración propia

Tabla n° 20. Experiencia 11. Título: “Educación para la salud con mensajes saludables en cartas de citación de pacientes”.

Año comienzo	P. Responsable	Dirigida a	Quien desarrolla la actividad	Consensuada con ciudadanía	Nivel de Participación
2014	Responsable atención, ciudadana	Pacientes	Profesionales	NO	1. INFORMACION

Elaboración propia

Tabla n° 21. Experiencia 12. Título: “Programa formativo, informativo para personas cuidadoras”.

Año comienzo	P. Responsable	Dirigida a	Quien desarrolla la actividad	Consensuada con ciudadanía	Nivel de Participación
2013	Responsable cuidados	Cuidadores	Profesionales	NO	1. INFORMACIÓN

Elaboración propia

Tabla n° 22. Experiencia 13. Título: “II Jornada de divulgación médica ciudadana en cáncer de mama. El lenguaje de la mama. Doctor tengo un bulto en el pecho.”

Año comienzo	P. Responsable	Dirigida a	Quien desarrolla la actividad	Consensuada con ciudadanía	Nivel de Participación
2014	Coordinador cirugía	Población en general	Profesionales	NO	1. INFORMACIÓN

Elaboración propia

Anexo 4

TABLAS DE RESULTADOS COMPARATIVOS DE LAS EXPERIENCIAS

Tabla n° 23. Tipo de hospital.

Tipo de hospital	N° de experiencias
H. Cabecera Provincia	5
H. Provincial	3
H. alta resolución	3
H. Concertado	2
TOTAL	13

Elaboración propia

Tabla n° 24. Año de comienzo.

Año de comienzo	N° de experiencias
2015	3
2014	6
2013	2
2011	1
1996	1
TOTAL	13

Elaboración propia

Tabla n° 25. Profesional responsable de la actividad.

Profesional responsable	N° de experiencias
Facultativo director unidad	1
Responsable de cuidados	1
Responsable SAC	5
TSS	2
Responsable de comunicación	1
Enfermera GC	1
Enfermero supervisor	2
TOTAL	13

Elaboración propia

Tabla n° 26. Población a quien se dirige.

A quien va dirigida	N° de experiencias
Población general	3
Cuidadores	3
Pacientes	5
Familias	5
Alumnos	1
Profesionales	1
TOTAL	18

Elaboración propia

Tabla n° 27. Quienes desarrollan la actividad.

Quienes desarrollan la experiencia	N° de experiencias
Profesionales	13
Voluntarios	2
Asociaciones	2
Alumnos facultad	1
TOTAL	17

Elaboración propia

Tabla n° 28. Actividad consensuada con ciudadanía en la planificación e implementación.

Actividad consensuada	N° de experiencias
SI	3
NO	10
TOTAL	13

Elaboración propia

Tabla n° 29. Nivel de acción definido en las experiencias presentadas.

Nivel de participación	N° de experiencias
Nivel 1. Información	5
Nivel 2. Consulta, colaboración, part. activa	2
Nivel 3. Educación y promoción	1
Nivel 4. Mejora accesibilidad	5
TOTAL	13

Elaboración propia

Tabla n° 30. Población a quien se dirige la actividad en función del nivel de acción.

Niveles Part.	Población general	Paciente	Familiares	Cuidadores	Alumnos	Profesion.
Nivel 1. Informa	X	X	X	X	X	
Nivel 2 Col. Part. Activa	X	X	X			
Nivel 3 Edu. Prom.	X					
Nivel 4 Mejora		X	X	X		X

Elaboración propia

Tabla n° 31. Personas que desarrollan la actividad en función del nivel de acción.

Niveles Part.	Profesionales	Voluntarios	Asociaciones	Alumnos
Nivel 1. Información	X			
Nivel 2 Colab. Partic. Activa	X		X	X
Nivel 3 Educación. Promoción	X	X		X
Nivel 4 Mejora accesibilidad y atención	X	X		

Elaboración propia

Evolución de los programas de intervención grupal con familias cuidadoras de personas mayores dependientes

(Modalidad: Investigación en el ámbito de trabajo social)

María José Conejo Camino

Trabajadora Social. Centro de Día y Centro Social de Personas Mayores Pumarín

Resumen

Esta investigación tiene como objetivo analizar los distintos programas de intervención grupal que desde el trabajo social venimos realizando con familias cuidadoras de personas mayores dependientes.

El estudio profundiza en los tipos de programas de intervención, describiendo su metodología y estudiando el papel de los profesionales del trabajo social en los mismos, con el objetivo final de observar si se han producido cambios en nuestra intervención.

Durante la investigación se ha tenido en cuenta el modelo de atención centrado en la persona y se ha establecido como uno de los objetivos de este estudio observar si este modelo ha tenido alguna influencia en la intervención con familias cuidadoras.

Palabras clave

Programas de intervención grupal, familias cuidadoras, personas mayores dependientes, modelo de atención centrado en la persona.

Abstract

The objective of this research is to analyze the different group intervention programmes that we have been carrying out from social work with families taking care of dependent elderly people.

The study goes deeper into the different types of intervention programmes, describing their methodology and studying the role that social work professionals have in them, with the ultimate goal of observing if there have been changes in our intervention.

During this research, the model that has been taken into account is that of attention focused on the person and to observe if this model has had some influence in the intervention with the families has been selected as one of the objectives of the study.

Key Words

Group intervention programmes, taking care families, dependent elderly people, model of attention focused on the person.

1. Introducción

El modelo de atención que guiaba nuestra intervención en los servicios gerontológicos hasta hace unos años era un modelo asistencialista que priorizaba los cuidados sanitarios y donde la atención se planificaba desde el sistema, priorizando la organización y controlado por los profesionales que centraban su intervención en los déficits de la persona mayor.

A partir del 2009 se empieza a introducir en España un modelo que ya tiene un amplio recorrido en otros países. Es el modelo de Atención Centrada en la Persona (en adelante ACP). Este modelo planifica desde la persona, está centrado en sus capacidades, deseos y preferencias y controlado por la propia persona mayor y/o quienes los representen, que en la mayoría de los casos son sus familias. Y para este modelo de atención, las familias son un elemento imprescindible para el bienestar de la persona mayor, dado que además de aportar los cuidados necesarios, son un apoyo emocional insustituible y el nexo de unión con su proyecto vital.

A raíz de estos cambios que se han experimentado directamente desde los servicios gerontológicos, nos planteamos a nivel profesional, si nuestra propia intervención con familias cuidadoras de personas mayores ha sufrido o está sufriendo algún tipo de cambio y en caso afirmativo, valorar si es acorde a este nuevo enfoque. La investigación se centra en analizar posibles variaciones, más específicamente, en la intervención a nivel grupal con familias cuidadoras.

Tal y como se describe en el marco teórico, son varias las clasificaciones que podemos encontrar en relación a los programas de intervención grupal con las cuidadoras y cuidadores informales. Las más comunes son aquellas de tipo educativo, socioterapéuticos, grupos de apoyo o de ayuda mutua. Con esta investigación, nos acercamos a los distintos programas de intervención grupal a través de experiencias publicadas por trabajadoras y trabajadores sociales, y conoceremos a través de los mismos, si se evidencia algún tipo de cambio o evolución en dichos programas de intervención.

Ésta es una investigación de naturaleza documental que se basa en el análisis de artículos publicados en España entre los años 2001 y 2016. La muestra final la forman 15 artículos, que reflejan y desarrollan distintos programas de intervención grupal.

2. Problema

Partiendo de la base como ya hemos reflejado anteriormente, que la intervención con la propia persona mayor dependiente, está sufriendo un cambio a raíz de la introducción del modelo ACP, nos planteamos si hay un cambio en la intervención con familias cuidadoras, y en caso afirmativo, que tipo de cambios se han experimentado.

Para analizar y reflexionar sobre estos aspectos, la investigación se centró en artículos publicados por profesionales del trabajo social, desde cualquier ámbito de publicación y aplicación, siempre que recogieran experiencias de programas de intervención con familias cuidadoras.

Analiza variables relacionadas con las autoras, los perfiles de las personas cuidadoras y las personas mayores, la propia metodología empleada en el desarrollo del programa y observa el papel del trabajador o la trabajadora social dentro de las experiencias que se estudien. Por último, también analiza que experiencias recogen características identificables con el modelo ACP.

Por tanto, planteamos el problema de estudio de la siguiente manera; ¿han variado los programas de intervención grupal realizados desde el trabajo social con familias cuidadoras de personas mayores dependientes entre el 2001 y el 2016, según los artículos analizados en las 15 revistas estudiadas?

3. Objetivos

- ✓ Conocer la frecuencia de los distintos programas de intervención grupal por años y su tendencia hacia alguna tipología en concreto en los 15 años estudiados.
- ✓ Analizar el número de autores que escriben por artículo y si son autorías individuales o coautorías
- ✓ Indagar en que ámbitos han aplicado dichos artículos sus experiencias
- ✓ Diferenciar los tipos de programas de intervención grupal con familias cuidadoras
- ✓ Identificar el perfil de las personas cuidadoras y personas cuidadas a quien se dirigen
- ✓ Determinar si hay diferencias en el desarrollo, los contenidos y la duración de los distintos programas estudiados
- ✓ Detectar si hay alguna influencia del modelo de ACP en dichos programas de intervención
- ✓ Conocer las funciones del profesional del trabajo social en los programas de intervención grupal a nivel general y en las experiencias estudiadas a nivel más específico.

4. Marco teórico

4.1. El envejecimiento de la población en España

El envejecimiento de la población es consecuencia de cambios socioeconómicos que permiten a las personas vivir más años, como es tener una mejor alimentación, mejoras higiénicas y sanitarias, mejores atenciones y cuidados, en consecuencia, una mejora de la calidad de vida de las personas.

En España, al igual que en otros países europeos, el proceso de envejecimiento de la población se inició más tarde, pero con una intensidad superior que en el resto de países de su entorno. Según los datos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (en adelante IMSERSO, 2014) la proporción de población de 65 y más años ha pasado de representar un

11,2% en 1981, a representar según los datos a 1 de enero de 2016 del Instituto Nacional de Estadística (en adelante INE, 2016), un 18,7%.

Por otro lado debemos tener en cuenta el denominado “**envejecimiento de la población mayor**” previsto en los próximos años, que tal como refleja el Informe 2014 sobre personas mayores en España del IMSERSO (2014), lo que significará un incremento de la población más anciana, es decir, la que supere los 80 años, y se espera que ascienda al 19 % de la población, en 2050, es decir, tres veces más que en la actualidad.

En cuanto al perfil de las personas en situación de dependencia, el XVII Dictamen del Observatorio (2017) que anualmente publica la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales destaca que el 2,6% de la población española presentaba algún tipo de dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, y concretan que de todas las personas que tenían reconocida la situación de dependencia, dos tercios son mujeres, y que más del 70% de los dependientes reconocidos son mayores de 65 años y mayores de 80 años más del 50%.

4.1.1. La atención a la dependencia

A día de hoy, no existe una definición homogénea de dependencia, son varios los autores y autoras que plantean su definición y que varía de unos a otros, aunque tal y como reflejan Carretero, Garcés, Rodenas y Sanjosé (2006) en su publicación “*La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes*” todas ellas recogen “**cuatro aspectos comunes**:

1. No existe una causa concreta generadora de dependencia
2. La necesidad de ayuda de otros
3. La ayuda durante un periodo prolongado de tiempo
4. La ayuda o supervisión en las actividades de la vida diaria”¹ (Carretero et al., 2006, p.14)

La dependencia podemos entenderla como una situación grave de discapacidad, pero debemos tener en cuenta y no confundir, que no todas las personas con discapacidad están en situación de dependencia.

La Recomendación del Consejo de Europa de 1998, (la más aceptada y citada), define la **dependencia** como «*la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana*», o, de manera más precisa, como «*un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal*». (Libro Blanco, 2004, p 21)

Queremos destacar a Rodríguez (2013), para quien no debe confundirse dependencia con autonomía, deben desvincularse totalmente. La primera es funcional, implica la **dependencia** de algo o de alguien, está relacionada con algún deterioro de salud que se traduce

.....

1 “Aquellas que ejecuta una persona con frecuencia habitual, las cuales le permiten vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social” (Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia. Capítulo IX. Título 4)

en una dificultad o imposibilidad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. En cambio, el término **autonomía** hace referencia a la capacidad de decisión de una persona sobre su vida, y si tiene una discapacidad mental, a la protección de sus derechos fundamentales de libertad y dignidad.

Siguiendo con las definiciones de Rodríguez (2013), en su libro “*Atención Integral y Centrada en la Persona*” añade el concepto **heteronomía**, como el antónimo a autonomía, es decir cuando la persona no tiene capacidad para decidir por sí misma sobre su propia vida y son otras personas las que toman esas decisiones. Y frente al concepto de dependencia tenemos el de **independencia**, como la capacidad funcional para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria.

El Libro Blanco de la Dependencia (2004), recoge que a finales de la década de los ochenta cambian los planteamientos de atención a las personas mayores y se deja en un segundo plano la institucionalización de las personas de más edad, para dar prioridad y peso a planteamientos que defendían el mantenimiento de las personas mayores en su propio domicilio y dirigía todas las políticas sociales a la consecución de ese objetivo. En la actualidad, las políticas públicas continúan apostando por extender al máximo, el tiempo que los mayores permanecen en el hogar (propio o ajeno). Pero la oferta pública de Servicios Sociales no se ha correspondido con el notable incremento de las necesidades, y una de las mayores demandas actualmente es la cobertura de servicios sociales para la atención a las personas en situación de dependencia.

Nuestro **modelo de atención a personas en situación de dependencia** comienza con la elaboración del Libro Blanco de la Dependencia y posteriormente la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (en adelante LAPAD). A través de estas herramientas se ha configurado un sistema al que se denomina Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (en adelante SAAD). Esta ley suponía el establecimiento de un nuevo **derecho universal y subjetivo** que derivaba del reconocimiento de un derecho de ciudadanía que proclamaba la atención a personas dependientes.

La LAPAD se aprueba fundamentalmente por dos motivos principales, tal y como refleja Vázquez (2010), por un lado, el envejecimiento galopante de la población descrito anteriormente y en especial de la población mayor de 80 años y por otro, los cambios sufridos en los modelos de familia, caracterizados principalmente por la progresiva incorporación de la mujer al mercado laboral. Ambas realidades vienen a señalarnos la actual “Crisis de los cuidados”.

Pese a que la atención a las dependencias se realiza desde diferentes niveles asistenciales, sigue siendo en el ámbito doméstico donde se desarrolla el cuidado básico de la persona dependiente. Y concretamente la mujer, seguirá siendo la cuidadora principal y por tanto el principal sistema de atención.

4.2. Las transformaciones en el modelo de familia y la crisis de los cuidados.

El Libro Blanco de la Dependencia (2004) o las trabajadoras sociales, Arriola y Beloki (2006) son algunas de las fuentes que recuerdan que los cambios y transformaciones en el

modelo de familia han influido de manera directa en el modelo de apoyo informal. Y es que llevamos, desde la segunda mitad del siglo XX, presenciando cambios como:

- La **desaparición de la familia extensa**, (que proporcionaba asistencia y proveía de recursos a todos sus miembros) y sustitución por núcleos familiares más reducidos
- **El desdibujamiento de la familia como institución permanente**, que se traduce en un incremento del número de separaciones, divorcios y nuevos matrimonios
- La **creciente movilidad geográfica** de los distintos miembros de la familia, que aleja a los familiares directos y debilita las redes de solidaridad familiar
- La **variedad de modelos familiares coexistentes**
- La **democratización en las relaciones intergeneracionales** y entre los miembros de la pareja; la permanencia de los hijos en la casa familiar hasta edades que llegan a superar los 30 años.
- Y **los cambios profundos en la posición social de las mujeres** y, por tanto, en su rol dentro de la familia, que son quienes asumían y asumen la función de cuidado dentro de la familia.

En los últimos años se ha producido una **incorporación** progresiva de las mujeres al **mercado laboral**. Sin embargo, siguen siendo quienes se ocupan de las tareas domésticas y de las responsabilidades familiares, bien como actividad exclusiva, o bien como una continuación de su jornada laboral, y el hecho de ser quienes generalmente se responsabilizan de la prestación de cuidados de sus familiares ha supuesto para ellas un obstáculo para su integración en el sistema productivo. Por otra parte, la **difícil conciliación entre la vida familiar y el trabajo remunerado** ha originado el retraso de la maternidad y una continuada reducción de la fecundidad, influyendo en el proceso de envejecimiento poblacional.

Por tanto, todos estos cambios en el modelo de familia y en concreto en la función que la mujer venía asumiendo dentro de la misma, han derivado en la denominada “**crisis de cuidados**”, la cual significa una disminución de la capacidad de los cuidados informales. Ezquerro (2011), destaca los principales factores que influyen en esta crisis y que divide en tres categorías:

- Categoría **socio-demográfico** (factores como el aumento del envejecimiento de la población y de la esperanza de vida, derivaron en un aumento de la demanda de cuidado)
- Categoría **socio-laboral** (incorporación de la mujer al mundo laboral es un factor que ha influido en una menor disponibilidad para la prestación de cuidados en el hogar)
- Categoría **político-económico** (factores como la propia crisis económica sufrida en nuestro país, y caracterizada por una expansión de políticas neoliberales de recortes sociales que han limitado los recursos públicos para cubrir el aumento de la demanda de cuidados y el vacío dejado por la disminución de personas y en concreto de mujeres, para dar respuesta a la misma)

4.2.1 El perfil de las personas cuidadoras y características del cuidado

“En nuestra vida son muy importantes las personas que nos rodean, en especial aquellas que nos quieren y a las que más queremos. Nos referimos a nuestras familias, amistades, vecinos y vecinas... es decir, nuestras redes sociales de proximidad. La consecuencia más importante que generan estas redes es el **apoyo social**, que podemos concebir como la satisfacción de nuestras necesidades emocionales mediante la interacción con otras personas. Cuando cuidamos de alguien que lo necesita de manera desinteresada, es decir, sin ser profesionales, este tipo de apoyo se conoce como **apoyo informal**. El **apoyo formal** por tanto es aquel prestado por profesionales” (Rodríguez, Díaz, Martínez y García. 2014. P.13 y14)

Como ya explica Julve (2006) otras **características** del apoyo informal además de por quién es prestado, son su tamaño (que es reducido); que existe una relación y una afectividad en el cuidado; además se realiza con una permanencia, duración y compromiso en el tiempo; hay una ausencia de contrato formalizado o de salario; se caracteriza por una larga jornada de cuidados y horarios irregulares y por ser es una actividad extensa y duradera en el tiempo.

“El cuidado informal suele distinguir tres categorías de ayuda: apoyo material o instrumental, apoyo informativo o estratégico y apoyo emocional:

- ✓ El **apoyo material o instrumental** consiste en la ayuda en la realización de aquellas actividades que la persona no puede desarrollar por sí misma
- ✓ El **apoyo informativo o estratégico** consiste en la ayuda en la resolución de problemas concretos y en la conexión del receptor del cuidado con recursos externos de todo tipo
- ✓ El **apoyo emocional**, el cuidado es fundamentalmente una actividad mental que implica un grado variable de preocupación. En la relación de cuidado se establece una interdependencia emocional, por lo que es necesario prestar atención a la historia de la relación entre el cuidador y la persona dependiente.” (Roguero, 2009. Pg39)

La Web Ser Cuidador “*El portal de los cuidadores y los cuidadores*”, (iniciativa de Cruz Roja y del IMSERSO) en su “*Guía de Cuidados-Quiero cuidarme mejor*” (2010) y Navarro (2016) en su artículo “*Perfil de los cuidadores informales y ámbito de actuación desde el Trabajo Social*”, nos aportan la siguiente información para elaborar un perfil de la persona cuidadora destacando los siguientes aspectos:

- En un 83% las personas que se encargan de ejercer los cuidados informales son **mujeres**.
- Navarro (2016) refiere que la mayoría de los estudios revisados establecen un tramo de edad de **45 a 65 años**. Los datos de Cruz Roja (2010) establece la media de edad en 52 años.
- En cuanto al **vínculo familiar**, en la gran mayoría de los casos, los cuidadores de personas dependientes suelen ser hijas (43%), esposas (22%) y nueras (7,5%)
- Los artículos analizados por Navarro (2016), reflejan que el **estado civil** de las cuidadoras son mayoritariamente mujeres casadas.

- Por otro lado, a **nivel educativo**, la situación predominante son los estudios primarios y en menor medida los estudios universitarios
- Y en relación a **la situación laboral**, la tendencia de los cuidadores principales es no tener una actividad remunerada.
- En cuanto a la propia **actividad de cuidado**, la mayoría de los casos (60%) prestan cuidados y apoyos diarios a la persona dependiente. No suelen recibir ayuda de otras personas y además comparten el rol de cuidador con otros roles familiares.

Tener en cuenta los **motivos** por lo que una persona decide cuidar, aunque no podemos obviar la voluntariedad en los cuidados, y que algunas personas decidan no cuidar. Hay que respetar el derecho a cuidar pero también el derecho a no cuidar. Como bien expresan Rodríguez, Díaz, Martínez y García (2014), *“la voluntariedad es esencial para lograr cuidados de calidad, establecer una buena relación de ayuda y experimentar bienestar con la función de cuidar”*.

4.2.2. Los efectos de cuidar y sus consecuencias

Para cada uno de los cuidadores, la experiencia de cuidar es distinta, en ella inciden muchos factores como: a quién se cuida, los motivos de cuidar, cuál era la relación anterior con la persona cuidada, qué grado de dependencia tiene o con cuántos apoyos cuenta la persona.

La decisión de ser cuidador/a principal conlleva una serie de **consecuencias y cambios** en la vida de aquellas personas que atienden a una persona dependiente. Como se recoge tanto la Guía para personas cuidadoras de Zaintzea² (2007) como en la guía de la Web Ser Cuidador (2010) es frecuente que experimenten cambios en las siguientes áreas:

- ✓ **Cambios en las relaciones familiares:** Es uno de los cambios que los cuidadores y cuidadoras manifiesta más claramente, dado que suelen aparecer conflictos familiares derivados del desacuerdo entre la persona que cuida y otros familiares, o malestar en la persona que ejerce de cuidadora principal por sentir que no se aprecia el esfuerzo que realiza. Otro cambio muy evidente es la inversión de papeles, cuando una hija se convierte en cuidadora de su padre o madre invirtiendo los roles habituales, supone un esfuerzo de adaptación.
- ✓ **Cambios en el trabajo y situación económica:** Cuidar a un familiar exige una enorme inversión de tiempo y esfuerzo por este motivo, muchos cuidadores se ven obligados a reducir su jornada laboral o abandonar el puesto de trabajo y en consecuencia esto implica una disminución de ingresos a la vez que aumentan los gastos derivados del cuidado.
- ✓ **Cambios en el tiempo libre:** Cuidar a una persona dependiente exige mucho tiempo y dedicación. Una parte sustancial del tiempo que antes se dedicaba al ocio, a las amistades, hay que dedicarlo ahora a afrontar esta tarea.
- ✓ **Cambios en la salud:** Algo muy frecuente en los y las cuidadoras, es el cansancio físico y la sensación de que su salud ha empeorado desde que cuidan de su familiar.

.....

2 Centro Municipal de apoyo a familiares cuidadores, integrado en el Área de Acción Social del Ayuntamiento de Bilbao

- ✓ **Cambios en el estado de ánimo:** La experiencia de cuidar, puede generar tanto sentimientos positivos como negativos. Positivos por el simple hecho de que la persona a la que cuida y a la que quiere se encuentre bien. Aunque también son varias las consecuencias psicológicas negativas: Sentimientos de tristeza, desesperación, indefensión y desesperanza; Sentimientos de enfado e irritabilidad; Sentimientos de preocupación y ansiedad; Sentimientos de culpa.

Destacar así mismo que algunas personas cuidadoras hacen referencia a la experiencia de cuidar como una experiencia conmovedora. “Cuidar a un familiar permite estrechar la relación con él o ella, permite descubrir cosas de nosotros mismos que desconocíamos (actitudes, aptitudes, habilidades), nos hace sentirnos queridos y útiles para nuestro familiar y así hasta un largo etcétera” (SerCuidador. Consultado 24 de junio de 2017)

Volviendo a las consecuencias negativas, Martínez (2010) recoge que existen múltiples investigaciones que tienen como objetivo indagar los efectos negativos en los cuidadores o cuidadoras principales y que pueden aparecer asociados a la labor de cuidar; alteraciones de tipo emocional o empeoramiento en el estado físico de salud, estas alteraciones es lo que se denomina **Síndrome del cuidador**. Y las consecuencias negativas (físicas, emocionales y económicas) que el cuidado de una persona mayor en situación de dependencia puede tener en su cuidador o cuidadora es lo que se conoce como “**carga**”.

“Inicialmente el concepto de carga hacía referencia la malestar percibido por las propias personas cuidadoras, procedente del hecho de prestar cuidados. Posteriormente **a esta dimensión subjetiva se une el concepto de carga objetiva**, que hace referencia a otro tipo de consecuencias externas que también pueden incidir negativamente en el cuidador o cuidadora (repercusión económicas, restricción en el tiempo libre etc.)” (Martínez, 2010, Pg. 120)

La carga del cuidador engloba múltiples dimensiones y como refiere Martínez (2010), analizar la carga desde esta perspectiva multifactorial es importante para orientar la intervención de las persona cuidadoras.

4.3. La intervención grupal con familias cuidadoras

“Los y las trabajadoras sociales realizamos nuestra labor profesional comprometiéndonos a buscar y garantizar a toda persona, grupo o comunidad la igualdad de oportunidades, el acceso a recursos y el apoyo para cubrir sus necesidades”. (Código Deontológico. 2012. Art. 17).

Rosell (2014) en su artículo “El método y modalidades del trabajo social de grupo” publicado en la Revista Treball Social, vuelve a citar la definición de Konopka en 1963 que definió el trabajo social de grupo como “un método de trabajo social que ayuda a los individuos a mejorar su funcionamiento social, a través de experiencias constructivas de grupo, y a enfrentarse con sus problemas personales, de grupo o de la comunidad de una forma más efectiva”.

Las modalidades de **trabajo social de grupo** que Rossell (2014) plantea son:

- **Grupos socioterapéuticos** (ayudan a tratar las dificultades que producen sufrimiento a las personas y les impiden su desarrollo personal, lo que implica el desarrollo de capacidades emocionales y de comprensión de la persona para enfrentarse a sus propias vivencias.)
- **Grupos Socioeducativos** (Se dirigen a “la adquisición de habilidades sociales, que pueden representar un progreso personal y también evitar un proceso de deterioro y marginación social”) (Rossell, 2014, pg13)
- **Grupos de Ayuda Mutua** (Ofrece apoyo mutuo entre sus miembros para mejorar o superar situaciones que les afectan. Aunque se caracterizan por la no presencia de profesionales, Rossell lo incluye como modalidad dentro del trabajo social, dado que a menudo suelen mantener relación con trabajadores sociales quienes ejercen algún tipo de función).
- **Grupos de Acción Social** (buscan lograr objetivos sociales más allá del beneficio individual, los miembros participan para mejorar algún aspectos colectivo o de la comunidad)

Como podemos ver a través del artículo de Rossell (2014), esta autora diferencia entre aquellos grupos que buscan lograr objetivos colectivos o comunitarios (grupos de acción social) y el tipo de grupo cuya ayuda individual es a través del propio grupo (resto de modalidades).

Y estas dos modalidades influyen en la forma de conducción del grupo y por tanto en la **función de los y las trabajadoras sociales**. En el primer caso, “debemos favorecer la creación y la cohesión del grupo como un proceso dentro del cual los miembros pueden comprender las propias actitudes y relaciones, y mejorar aspectos de su situación personal; y en el segundo caso, ayudaremos al grupo a planificar sus proyectos de intervención, a tomar decisiones y evaluar resultados, en definitiva a conseguir cambios externos” (Rossell, 2014, pg12).

Rossell (2014) añade también que en el caso concreto de los grupos de ayuda mutua, el profesional del trabajo social, tiene la función de impulsar, orientar, ofrecer información y formación a las personas interesadas y en especial a los facilitadores de los grupos.

Sí nos centramos en **la intervención desde el trabajo social con las familias cuidadoras** y con la propia persona mayor dependiente, destacar, que se dirige a mejorar su calidad de vida, y a informar, atender, apoyar y asesorar a la persona mayor dependiente y/o a sus familias.

Nuestras intervenciones sociales en este ámbito en concreto, como resume Fernández (2009), se dividen en tres niveles:

- Individual (Persona mayor dependiente y cuidador/a), aquellas realizadas ante demandas individuales presentadas por los familiares y concretamente por cuidadores principales
- Grupales (Intervenciones familiares y con grupos para familiares), que debemos impulsar como profesionales con el fin de mejorar las relaciones dentro del núcleo familiar

- Comunitarias (Promoción y prevención), que se orienta hacia actividades de carácter informativo, formativo y asistencial, a una coordinación intersectorial con instituciones públicas y privadas, y a la participación comunitaria.

Los programas de apoyo a familias cuidadoras, tienen como finalidad de mejorar la calidad de vida tanto de la persona cuidadora como de su familiar. Para ello establecen objetivos que pueden dirigirse a abordar:

- Aspectos relacionados con la situación de cuidado: a través de la formación y la capacitación de los cuidadores; además de facilitarles la adquisición de habilidades para asumir el cuidado en las mejores condiciones posibles
- Aspectos relacionados con el autocuidado de la persona cuidadora: la atención de un familiar lleva en muchas ocasiones al cuidador o cuidadora a dejar en un segundo plano sus propias necesidades de autocuidado, y su descuido, da lugar algunas de las consecuencias anteriormente descritas. Este tipo de acciones buscan sensibilizar a la persona cuidadora sobre la importancia de su cuidado físico y emocional y de la necesidad de compartir los cuidados y dejarse ayudar. Así mismo buscan ayudar a los cuidadores y cuidadoras a identificar las emociones que experimentan, a comprenderlas y a manejarlas.

Son varias las clasificaciones de las modalidades de intervención con personas cuidadoras. Sí aclarar antes de continuar con la descripción de los programas, que las clasificaciones que se han encontrado tanto en los propios artículos publicados por trabajadores y trabajadoras sociales, como en el rastreo general para fundamentar este apartado, son todas las clasificaciones, propuestas y analizadas por profesionales de la psicología. Ninguno de los autores que se referencian a continuación utilizan la clasificación y nomenclatura utilizada por Rossell (2014), entendemos y deducimos que no sólo por su perfil profesional sino porque ninguno de los programas que exponen son conducidos exclusivamente por profesionales del trabajo social.

Crespo y López (2006) y en su artículo “Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión” de López y Crespo (2007), enumeran los distintos tipos de intervención desarrollados hasta el momento y lo clasifican de la siguiente manera:

- **Apoyo formal** (mediante servicios comunitarios de respiro, para suplir temporalmente las funciones de los cuidadores)
- **Programas educativos** “(proporcionan información sobre la enfermedad del mayor dependiente, sus consecuencias. En la mayoría de ellos se informa sobre las dificultades más comunes por las que atraviesan los familiares afectados así como sobre posibles soluciones, estrategias y recursos para hacer frente a estos problemas)” (Crespo y López, 2006. Pg. 60)
- **Grupos de ayuda mutua** (objetivo es facilitar el intercambio de experiencias y sentimientos, proporcionar la oportunidad de poner en común estrategias para hacer frente a los problemas, a la vez que brindan apoyo emocional entre sus miembros)
- **Intervenciones psicoterapéuticas** (El profesional trata de ayudar al cuidador a ser consciente de su situación y a reestructurar los pensamientos que mantienen conductas problemáticas y que les impiden desarrollar sus capacidades)

- **Programas multimodales o multicomponentes** (una combinación de algunas de las anteriores).

“La mayoría de estos programas pretenden mejorar el estado emocional del cuidador o cuidadora y retrasar la institucionalización del mayor” (López y Crespo, 2007. Pg. 77)

Esta última clasificación es la más coincidente con la tipología de programas que analizaremos en el estudio.

4.4. Modelo de atención centrado en la persona

Martínez (2015) en su tesis doctoral define que la Atención Centrada en la Persona entiende la calidad asistencial desde la **calidad de vida** de las personas y sitúa la atención personalizada como objetivo principal de los servicios, para que la persona mayor, además de obtener los cuidados que precise, pueda seguir viviendo de forma acorde a sus valores y preferencias. Y el objetivo de este modelo no es sólo individualizar la atención sino empoderar a la persona para que pueda seguir gestionando su vida y tomando decisiones bien sea directamente o con el apoyo de quien la represente o cuide. El modelo surge de la **visibilización de las capacidades y de la defensa de la autodeterminación** de las personas y su objetivo primordial es centrarse en mejorar la calidad de vida de los mayores y por tanto de sus familias.

Martínez (2015) refleja que este modelo tiene un escaso recorrido en nuestro país y por tanto escasa presencia en nuestros recursos gerontológicos. Aunque el número de experiencias como podemos comprobar son pocas y estamos en una fase muy inicial de la aplicación del modelo, sí es verdad que en estos años, concretamente **a partir del 2009-2010** se han producido aportaciones que han sido acogidas con gran interés y que están sirviendo de referencia teórica y metodológica para iniciar los procesos de cambio.

4.4.1 El papel de las familias desde el modelo de atención centrado en las personas

Éste es un modelo de atención integral, en el cual las familias forman parte activa y directa y donde adquieren una gran relevancia. El apoyo de la familia es primordial para el bienestar de la persona mayor, y la misma se convierte en eje fundamental de la intervención.

Dado que este, es un modelo reciente y con tan poco recorrido, es importante aclarar que la documentación en la que nos basamos está publicada principalmente desde su aplicación en centros gerontológicos (centros de día y centros residenciales), por tanto la mayor bibliografía se refiere al papel de las familias cuando la persona mayor acude a uno de estos recursos.

Martínez (2011) expone, que las formas de colaboración de las familias en los planes de intervención que se elaboran con las personas mayores en estos servicios, son muy variadas y van a depender de muchos factores: las necesidades y deseos de la persona mayor; los contextos de cuidados; la disponibilidad, características y deseos de cada grupo familiar; de la relación y experiencias previas o de la capacidad de autogobierno de la persona mayor.

Esta misma autora, destaca el papel de las familias desde este modelo. En el caso de **personas con capacidades suficientes para decidir** por sí mismo, siempre ejercen un papel de acompañantes, procurando que sean estas quienes tomen sus propias decisiones. Sin embargo cuando son **personas que tienen una grave afectación cognitiva** las familias asumen su representación en prácticamente toda la totalidad de los asuntos del día a día, al fin y al cabo, son quienes mejor conocen a sus familiares y quien mejor puede trasladar a los profesionales que trabajan con la persona mayor, sus preferencias, gustos y valores. Lo complicado en muchas ocasiones es que las familias recuerden ponerse “en la piel del otro”, cuestión que requiere del consejo y apoyo de los profesionales.

“Una buena información contribuye a que la familia no tome decisiones que puedan perjudicar al enfermo como persona o que vayan en contra de los deseos que éste mostraba cuando estaba sano mentalmente.” (Fernández, 2009, Pg. 17)

Siguiendo con Martínez (2011), desde este modelo ACP, las familias no son contempladas únicamente como un apoyo a la persona mayor, sino que son en sí mismas, objeto de atención, dado que presentan necesidades que van más allá del respiro, como son necesidades de reconocimiento social, de asesoramiento individualizado, formación, apoyo e intercambio de experiencias con otras familias.

Entre las autoras que abordan la atención centrada en la persona, Martínez (2011) destaca que las intervenciones con familias cuidadoras desde este modelo son:

- **Asesoramiento individualizado** (información precisa, ajustada y accesible, que la familia encuentre el asesoramiento en el momento que lo precise)
- **Formación grupal** (con doble objetivo, concienciar a quien cuida de la necesidad de que debe cuidarse y proporcionar conocimientos y habilidades que permitan cuidar de una forma adecuada a su familiar. La dimensión grupal cobra gran importancia en la acción formativa, especialmente cuando se realiza desde una metodología participativa)
- **Intercambio de experiencias entre familias cuidadoras** (no busca formar a la persona cuidadora sino ofrecer apoyo emocional facilitando tanto el desahogo como el intercambio de experiencias. Se valora conveniente desde este modelo que estos grupos de apoyo cuenten con el apoyo ocasional o temporal de un profesional)
- **Apoyo psicológico** (estrategias para afrontar mejor la situación y evitar o reducir las alteraciones psicológicas y emocionales)

La única fuente que hemos encontrado y que aborda el modelo de atención integral y centrada en la persona con familias cuidadoras, en su propio entorno, es la guía publicada por Rodríguez, Díaz, Martínez y García (2014), “Cuidar, Cuidarse y Sentirse Bien”. Las autoras dividen esta guía en cuatro bloques:

1. **El cuidado**, reflejan “que la guía presenta una serie de indicaciones, conocimientos y pautas a seguir para desarrollar un cuidado verdaderamente integral y centrado en la persona: en ti como cuidador/a y en la persona a la que cuidas” (Rodríguez et al., 2014. Pg. 24). Así mismo destacan los aspectos positivos y las consecuencias negativas del cuidado.

2. **Cuidar bien**, destacan que las familias son quienes mejor conocen a las personas mayores, sus gustos y preferencias, y plantean como organizar el día a día para fomentar la autonomía e independencia de su familiar. Destacan la importancia y ventajas del cuidado compartido. Pone el acento en las actividades que la persona aún puede hacer y orienta para ayudar a la persona mayor a tomar sus propias decisiones y en personas con deterioro cognitivo destacar la toma de decisiones en cosas sencillas.
3. **Cuando el día a día se complica**, en este capítulo se plantea como abordar situaciones difíciles a la vez qué cómo prevenirlas (alteraciones de conducta, conductas negativas, rechazo, agresividad, reproches y demandas excesivas, apatía y tristeza, agitación, insomnio, deambulación continua, desconfianza, ideas delirantes, alucinaciones etc...)
4. **El autocuidado**, la última parte de esta guía que aborda el cuidado de un familiar desde este modelo, resalta la importancia de cuidarse, de cuidar nuestro cuerpo (considerando las señales de alarma, manteniendo hábitos saludables y previniendo riesgos y lesiones), cuidar nuestro bienestar emocional (manejo de emociones como enfado, tristeza, culpabilidad y de pensamientos disfuncionales, buscar tiempo libre y actividades gratificantes) y por último, compartir los cuidados (pedir ayuda a la familia, o buscar apoyo en recursos comunitarios y/o virtuales)

5. Diseño metodológico

En base a la clasificación que realiza Sierra (2001), se ha llevado a cabo una investigación social **básica**, que tiene como finalidad conocer la evolución de los programas de intervención grupal con familias cuidadoras. Al centrar la investigación en un periodo concreto, como es la horquilla entre 2001 y 2016, este estudio se clasifica de tipo **longitudinal y retrospectivo**.

Según el criterio de profundidad que Sierra (2001) aplica a las investigaciones sociales, éste es un estudio **descriptivo**, dado que se lleva a cabo la medición de varias variables, en una muestra concreta, como son artículos publicados por trabajadoras y trabajadores sociales sobre programas de intervención grupal con familias cuidadoras.

Como veremos a continuación, esta investigación, de naturaleza **documental**, basa su estudio en **fuentes** de tipo secundario, es decir, realiza un análisis detallado de 15 artículos, publicados por profesionales del trabajo social, para fines distintos a esta investigación, y de carácter **cuantitativo**, que se centra en aspectos objetivos y susceptibles de cuantificación de este fenómeno social.

El universo de esta investigación lo conforman artículos publicados por trabajadores y trabajadoras sociales, bien de manera individual o en colaboración con otros profesionales, en revistas de Trabajo Social editadas en España. Concretamente el rastreo bibliográfico se realiza en estas **15 revistas**: 4 revistas de Colegios Profesionales, 9 revistas editadas por Universidades y 2 revistas editadas por otras entidades.

Tabla 5.1: Relación de revistas rastreadas

REVISTAS EDITADAS POR COLEGIOS PROFESIONALES	
Revista	Colegio
Servicios Sociales y Política Social	Consejo General de Trabajo Social
D.T.S. “Documentos de Trabajo Social”	Colegio Profesional Trabajo Social Málaga
Trabajo Social Hoy	Colegio Profesional Trabajo Social Madrid
R.T.S. “Revista de Treball Social”	Colegio Profesional Trabajo Social Cataluña

REVISTAS EDITADAS POR UNIVERSIDADES	
Revista	Universidad
Alternativas	Universidad de Alicante
Cuadernos de Trabajo Social	Universidad Complutense Madrid
Humanismo y Trabajo Social	Universidad de León
Portularia	Universidad de Huelva
Revista de acciones e investigaciones sociales	Universidad de Zaragoza
BITS Boletín Informativo de Trabajo Social	Universidad de Castilla- La Mancha
Atlántida	Universidad de La Laguna
Azarbe ³	Universidad de Murcia
Trabajo Social Global	Universidad de Granada

REVISTAS EDITADAS POR OTRAS ENTIDADES	
Revista	Entidad
Trabajo Social y Salud	Asociación Española de Trabajo Social y Salud
Zerbitzuan	Revista de Servicios Sociales promovida por el Gobierno Vasco

5.1. Fases del rastreo bibliográfico

Para el desarrollo de esta investigación, realizamos en primero lugar, un rastreo bibliográfico utilizando principalmente, el portal de difusión creado por la Universidad de la Rioja, Dialnet y se establecieron como **criterios de pre-selección**:

- Artículos publicados en algunas de las revistas anteriormente mencionadas, las cuales fueron seleccionadas tomando cómo guía a Vázquez (2010), quien recoge en su artículo “Las Revistas de Trabajo Social en España” una clasificación de publicaciones que divide según la institución promotora de la revista. A partir de aquí, priorizamos aquellas revistas de carácter científico y que tuviéramos la posibilidad de acceder a sus publicaciones, principalmente, a través de la web. Las revistas que tenían algunas de sus primeras ediciones aún sin publicar en formato digital, pudimos contar con la biblioteca del Colegio Oficial de Trabajo Social de Asturias.

Estos criterios no fueron excluyentes, dado que se encontraron artículos de interés para el desarrollo de esta investigación, en tres revistas, dos de ellas no son de carácter científico.

.....

3 Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar

co (Boletín Informativo de Trabajo Social y Atlántida) y una tercera no incluida en el listado de Vázquez (2010), nos referimos a la revista “Zerbitzuan”. Por este motivo se incluyeron y se rastrearon en su totalidad.

- Artículos Publicados por Trabajadoras y Trabajadores Sociales (autores o coautores). En la mayoría de los artículos aparece la profesión del autor/a, en casos de duda se comprobó a través de la web si cumplía con este criterio.
- Editados entre 2001 y 2016
- El rastreo bibliográfico se llevó a cabo a través de la página web de cada revista y del portal “Dialnet”. Se pre-seleccionaron aquellos artículos cuya temática fueran las familias cuidadoras de personas mayores dependientes y la intervención social con las mismas, para ello establecimos como “palabras clave” en la búsqueda, las siguientes: Persona mayor, Dependencia, cuidador/a, familia cuidadora, cuidado informal, apoyo informal, mujer cuidadora, intervención, proyecto, programas de intervención grupal, grupos psicoeducativos, grupos socioterapéuticos, grupos de apoyo, grupos de ayuda-mutua, trabajo social y mayores, trabajo social y cuidadores, trabajo social y familias cuidadoras.)

Del resultado de esta primera fase de rastreo fueron pre-seleccionados 43 documentos, de los cuales finalmente seleccionamos una **muestra definitiva**, de **15 artículos (ver tabla 5.1.1)**. Esta muestra final la conforman aquellos artículos que además de cumplir los criterios anteriormente enumerados, cumplen con los siguientes criterios de inclusión añadidos:

- Artículos cuyo objetivo fueran experiencias de programas de intervención grupal con familias cuidadoras de personas mayores dependientes.
- Que recoja la tipología de programa de intervención, la metodología y desarrollo del mismo y el rol profesional del trabajador o trabajadoras social en dicha experiencia.

Tabla 5.1.1: Listado de artículos analizados

Nº DOCUMENTO Y TITULO	AUTOR/A (T.S.)	AÑO	FUENTE	RESUMEN
Doc-1. “Educación para la salud dirigido a cuidadores informales de Enfermos encamados y semien-camados en el área de salud de Cuenca.	Carmen Escós Quílez Ana Isabel Payán Martínez Nuria Yubero Bascañana Mª Ángeles Santos Sanz Abilia Olivares Contreras	2001	TS y Salud (Nº 40)	Programa de educación para la salud en Área de Salud de Cuenca
Doc.- 2 “Programa para cuidadores de Enfermos de Alzheimer”	Rosa Garriga Blasco Irene Vicente Zuerras	2003	SS y Política Social (Nº61)	Programa de intervención que pretende ser una pequeña guía para los profesionales interesados en realizar una intervención grupal con cuidadores de persona con enfermedad de Alzheimer
Doc-3 “El Trabajo Social Sanitario con familias de los Enfermos de Alzheimer”	Emilia Fernández Fernández	2009	Documentos TS (Nº 45)	Expone las intervenciones a nivel individual, grupal y comunitario. En el nivel grupal desarrolla un proyecto grupal de apoyo

Doc.- 4 “Proyecto de trabajo grupal con mujeres cuidadoras principales informales de familias mayores dependiente”	Gloria Núñez Castillo (coautoría con una Enfermera)	2001	Cuadernos de TS (Nº 14)	Proyecto que persigue incidir en la mejora de la calidad de vida de la mujer cuidadora principal
Doc.- 5 “Taller de cuidadores/as de Personas dependientes”	Gemma Cruz Domínguez José Luis Sainz Muñoz Silvia Román Zurita	2005	TS Hoy (Nº 44)	Experiencia de carácter educativo, con cuidadores/as de personas dependientes en el ámbito de los Servicios Sociales Municipales
Doc-6 “Trabajo Social y cuidadores informales: análisis de la situación actual y propuesta intervención”	Caridad Fuentes Fernández (Coautoría con una Psicóloga)	2014	TS Hoy (Nº 71)	Propuesta de intervención educativa con cuidadores desde Servicios Sociales Municipales
Doc-7 “Intervención social en Proyecto educación para la salud a cuidadoras informales”	Mª Elena Díaz Palacios	2006	TS y Salud (Nº54)	Proyecto de Educación para la salud a cuidadoras informales
Doc-8 “Taller :Cuidando al cuidador”	Beatriz Montero De Espinosa Aldana (Coautoría con un Enfermero y una alumna TS)	2006	TS y Salud (Nº55)	Taller grupal de formación para cuidadoras principales
Doc-9 “Grupo-taller cuidar de los cuidadores”	Raquel Alonso Segura Mª Ángeles Martínez Meca	2006	TS y Salud (Nº55)	Grupo-taller para mejorar los conocimientos y la calidad de vida del cuidador y persona mayor
Doc-10 “Las familias y los cuidados a las personas mayores dependientes. Entre la reciprocidad y la ambivalencia”	Concepción Rodríguez Rodríguez	2013	Cuadernos TS (Nº 26-2)	Desarrollo de un grupo de apoyo
Doc-11 “El apoyo formal a la familia cuidadora natural”	Isabel Santana Moreno	2003	Portularia (2003)	Grupos de apoyo para cuidadores de problemáticas comunes, incluye Persona dependientes
Doc-12 “Intervención con grupos socioterapéuticos”	Ana Sánchez Fumanal	2005	Acciones e Investigación Social	Grupo socioterapéutico de atención, apoyo y ayuda al cuidador
Doc.- 13 “La intervención social en las dependencias: Programa cuidar i cuidar-se”	Josefa Rodríguez Molinet Mª Antonia Rocabayera	2005	SS.SS. y política social (nº 72)	Grupo socioterapéutico para cuidadores de enfermos de larga evolución
Doc-14 “Cuidadores de la Nova Esquerra de l’Eixample. Proyecto Compartido”	Mercedes Gil Rovira Malena Carpallo Nieto Rosa M. Pérez Franc	2014	Revista Treball Social (nº 201)	Creación y organización de grupos de apoyo a cuidadores de personas con dependencias
Doc-15 “Experiencia desde un Centro de Salud de un grupo socioterapéutico con mujeres cuidadoras de familiares dependiente”	Mª Paz Ancizu Iribarren	2003	TS y Salud (Nº45)	Expone la creación de un grupo socioterapéutico como paso previo al grupo de auto-ayuda

Sierra (2001) refiere que para llevar a cabo el análisis de datos, debemos establecer en primer lugar, una serie de **variables y categorías** para cada una de las variables cualitativas y cuantitativas, que fueron las que a continuación se exponen:

➤ *Variables de identificación:*

1. del autor o autora del escrito: autoría individual o coautoría, sexo, ámbito en el que se aplica.
2. de la persona cuidadora: sexo y características de inclusión en el programa que participa.
3. de la persona mayor: tipo o grado de dependencia

- *Variables relacionadas con los programas de intervención grupal:*
 1. tipología de programas de intervención analizados y año de publicación
 2. objetivos de cada tipo de programa.
 3. Metodología: número de sesiones y duración de las mismas, tamaño del grupo, estructura de las sesiones y temáticas abordadas.
 4. Características identificables con el modelo de ACP (Según la Guía “Cuidar, Cuidarse y Sentirse Bien” de Rodríguez et al. (2014): se consideran artículos acordes a este modelo aquellos cuyos *objetivos* sean la calidad de vida de la persona mayor y de la persona cuidadora, que promuevan la *toma de decisiones, fomenten la autonomía e independencia*, aborden *situaciones difíciles* y tengan en cuenta el *autocuidado* de la persona cuidadora, tanto a nivel de bienestar físico como emocional, así como el compartir el cuidado. Por último, también se tendrá en cuenta en esta categoría el *año* de aplicación del proyecto (tener en cuenta aquellos publicados después del 2009)

- *Variables relacionadas con los roles profesionales del trabajo social:*
 1. Funciones que desarrolla en la experiencia analizada
 2. Profesionales que participan

Para un análisis más exhaustivo, se elaboraron tres tablas (Anexo I, II y III), por cada variable propuesta, donde se recogían la información extraída en los 15 artículos en función de cada una de las categorías. A partir de estas tablas se hizo el análisis de las variables cuantitativas y cualitativas, dando como resultado los datos que a continuación se exponen.

6. Análisis descriptivo

Como hemos explicado anteriormente realizamos esta investigación en base a una muestra de 15 artículos publicados por trabajadoras y trabajadores sociales, que ponen de manifiesto su experiencia profesional en la intervención grupal con familias cuidadoras de personas dependientes. Ésta es una muestra pequeña para extraer datos generales, pero sí pueden servirnos de orientación para el fin de esta investigación. A través de las variables estudiadas destacaremos que aspectos hemos tenido en cuenta para valorar si se detecta una evolución o no de estos programas.

6.1. En relación a las variables de identificación

El objetivo con el análisis de esta variable es detectar, si en el tiempo de estudio que se ha establecido en esta investigación, y en base a la muestra seleccionada, se observa algún cambio o tendencia en relación a las categorías establecidas.

Tabla 6.1.1: En relación con el autor/a

Categorías		Nº	%
Tipo de autoría	Autoría	6	40%
	Coautoría	9	60%
Sexo	Mujer	14	93,3%
	Hombre	1	6,7%

Los datos que reflejan la Tabla 6.1.1, en relación a las características de los autores/as, muestran que *un 60%* de los artículos analizados han sido escritos por más de un profesional, es decir en tipo de *coautoría*. Destacar que de los 9 artículos publicados entre más de un profesional, 6 han sido escritos únicamente por profesionales del trabajo social y tan sólo 3 son artículos escritos por trabajador o trabajadora social y un profesional de otra disciplina. Si nos ceñimos al **sexo** de la autora, como podemos comprobar en dicha tabla, el *93,3%* son mujeres, dato que no es destacable, teniendo en cuenta que el trabajo social es una profesión muy feminizada.

En cuanto a la categoría de **ámbito de aplicación**, destaca con más de la mitad (*53,33%*) de los artículos, el *ámbito de atención primaria de salud*. Sí cruzamos varias variables encontramos como resultado, que la mayoría de los artículos de la muestra estudiada, son experiencias escritas en coautoría, de carácter educativo y aplicación en atención primaria de salud, y no se observan variaciones en este periodo de tiempo estudiado.

Seguido se encuentran los proyectos de aplicación en Servicios Sociales Municipales (*20%*) y los proyectos conjuntos entre salud y Servicios sociales que representan un *13,33%*. Destacar que las experiencias más recientes en tiempo (*2013/2014*) son estos proyectos conjuntos y que además son semejantes en tipo de programa (grupo de apoyo).

Es llamativo que no se haya encontrado ninguna experiencia publicada desde un recurso o servicio de apoyo a la familia como pueden ser los de atención diurna. Únicamente encontramos entre los artículos analizados un programa de intervención con personas cuidadoras vinculadas al servicio de ayuda a domicilio aplicado en el ámbito de los Servicios Sociales Municipales, y un artículo aplicado en la administración autonómica (Instituto Aragonés de Servicios Sociales) pero sin más detalles del ámbito de aplicación.

Tabla 6.1.2: perfil de la persona cuidadora

Sexo	Nº	%
Sólo para mujeres	4	27%
Sólo para hombres	0	0%
Indistinto	11	73%

Tabla 6.1.3: Criterios de inclusión

Criterios de inclusión	Nº	%
Un solo criterio de inclusión: Ser persona cuidadora	7	46,66%
Varios criterios de inclusión	8	53,33%

Sí observamos la tabla 6.1.2, en relación a la categoría **perfil de la persona cuidadora**, como podemos comprobar, los programas de intervención grupal mayoritariamente se diseñan *para personas cuidadoras en general*, independientemente del sexo, y es una característica que se ha mantenido en el tiempo sin detectarse ningún cambio. Sí es cierto

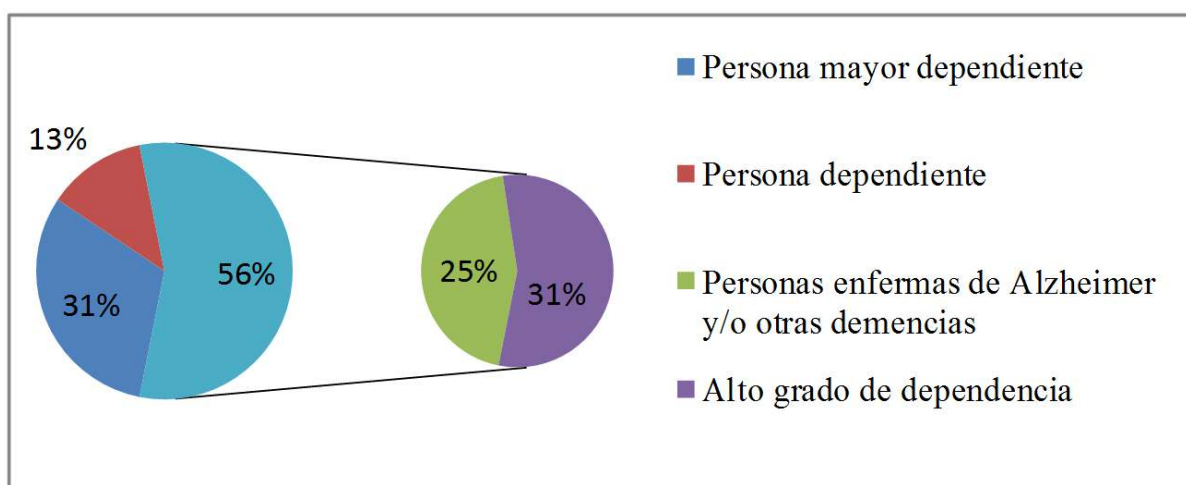
que encontramos un 27% de programas dirigidos exclusivamente mujeres, justificando sus autoras este criterio, en base a los datos estadísticos que continuamente reflejan que el papel de cuidadoras recae en mujeres.

En los artículos analizados, también hemos estudiado que **criterios de inclusión** (tabla 6.1.3) establecen los profesionales para participar en estos programas de intervención grupal con familias cuidadoras. Podemos distinguir entre aquellos programas que establecen como único criterio para acceder al mismo, el ser cuidadora o cuidador de una persona dependiente (46,66%) y aquellos programas que además del anterior añaden algún otro criterio de inclusión (53,33%), entre los que destacan principalmente:

- Sólo Carga subjetiva (nivel de estrés, carga emocional)
- Sólo Carga objetiva (cuidadores de más de un año, alto grado de dependencia de la persona cuidada, problemas de salud físicos y psicológicos en el cuidador/a)
- Ambos tipos de carga
- Estar adscritos o incluidos en algún programa, centro o entidad concreta

En cuanto a la última **categoría** estudiada dentro de las variables de identificación, la referida al **perfil de la persona mayor** a quien se dirigen los cuidados de su familiar, tal y como refleja la Figura 6.1.1 encontramos que un 31% de los artículos analizados desarrollan programas que se dirigen expresamente a cuidadores y cuidadoras de un *familiar mayor dependiente*. Unido a aquellas experiencias que generalizan la categoría de “*persona dependiente*” (13%), obtenemos que casi la mitad de las experiencias se programan para personas cuidadoras de mayores con algún tipo de dependencia, sin establecer ningún otro criterio de inclusión. El motivo por el cual determinamos que la categoría “*persona dependiente*” se asocia a una persona mayor, no es únicamente por los datos estadísticos publicados por el IMSERSO (2014) los cuales indican que el 50% de las personas dependientes son mayores de 80 años, sino que también las propias autoras de los artículos incluían dentro de su fundamentación el envejecimiento de la población y la atención a las personas mayores dependientes.

Figura 6.1.1: Perfil de la persona mayor

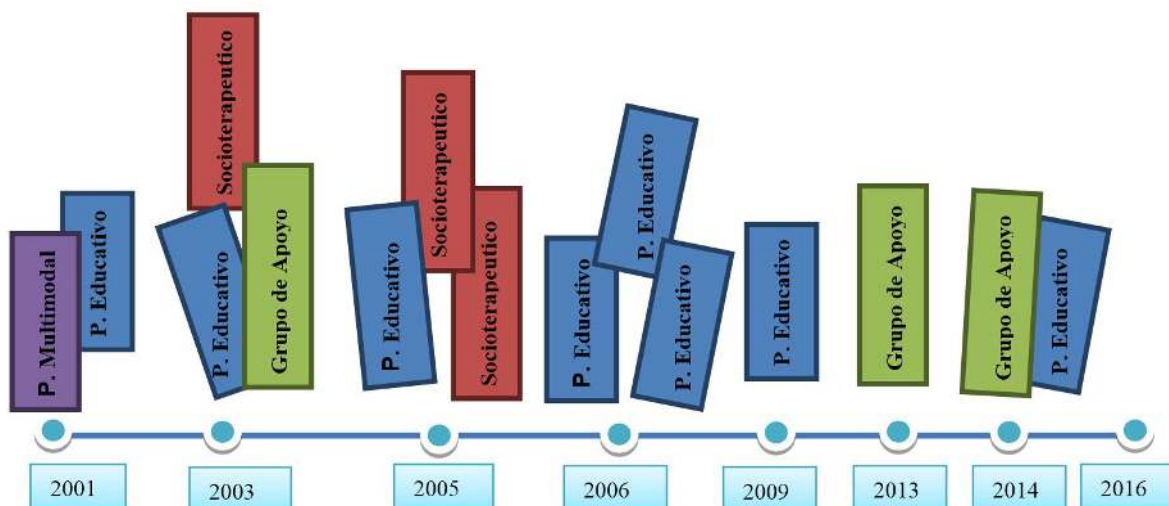


Por otro lado están aquellas experiencias que se dirigen expresamente a cuidadores y cuidadoras de un determinado tipo de dependencia como es la demencia y/o enfermedad de Alzheimer (25%), o presentar un alto nivel de dependencia (31%). Por tanto, podemos observar, que *son más de la mitad (56%)*, los programas de intervenciones grupales con personas cuidadoras de familiares con una determinada dependencia. Sí cruzamos este dato con el año que se ha desarrollado el programa observamos que no hay ninguna variación en el tiempo ni mayor incidencia de estas experiencias.

6.2. En relación a las variables según características de los programas

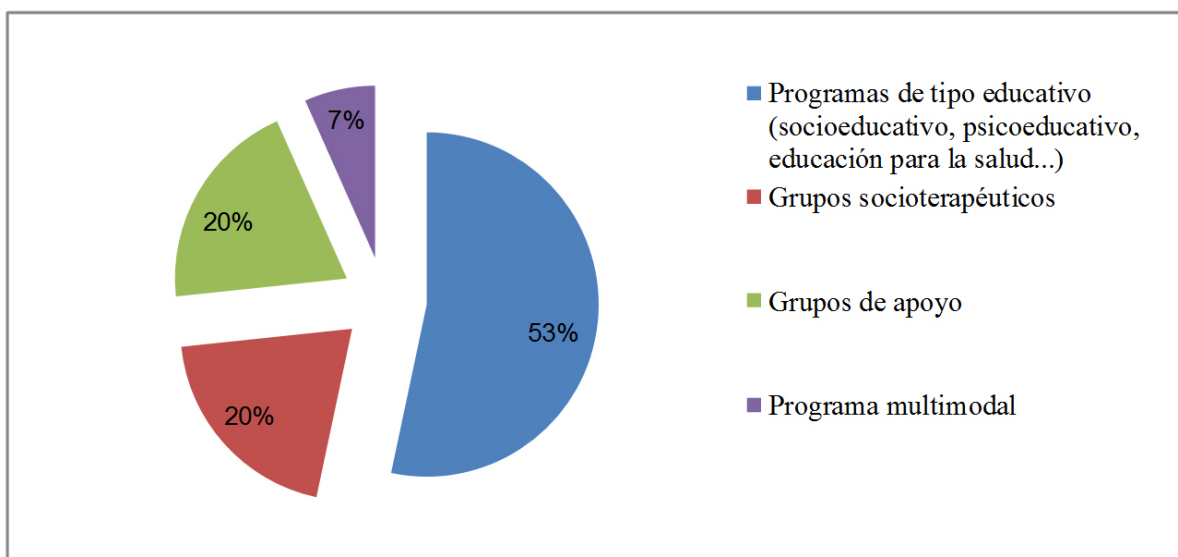
En relación a esta variable son varios los resultados que extraemos de este análisis, haciendo una valoración sobre la tipología de programas más habituales en estos años de estudio, así como de sus metodologías, la cual cómo podremos observar está muy marcada por el tipo de programa.

Figura: 6.2.1: Tipos de programas de intervención realizados según el año



En relación al **año de publicación**, solo reflejamos en la figura 6.2.1 los años con publicaciones. Tal y como podemos comprobar se observa que en los primeros seis años, **hasta 2006**, se publicó el mayor número de artículos, un total de 11 de los 15 estudiados, es decir, un 73,3%. Sin embargo en los siguientes 10 años, sólo se han publicado 4 artículos en relación a este tema. El tipo de programas que más se ha mantenido en el tiempo ha sido el de carácter educativo, que refleja ocho experiencias a lo largo de los 15 años de estudio, este hecho hace que sea más factible detectar leves cambios en este tipo de programa. En el caso de los grupos de apoyo sí tener en cuenta que son las únicas experiencias, junto con un programa educativo, realizadas en el segundo mitad del tiempo estudiado, y los más recientes en cuanto al año de aplicación.

Figura 6.2.2: Tipología de Programas de intervención grupal



Tal y como pudimos observar en la *figura 6.2.1*, a lo largo de estos quince años, hemos analizado ocho programas educativos, que abarcan desde 2001 hasta 2014. En cuanto a los grupos socioterapéuticos y grupos de apoyo hemos estudiado tres experiencias de cada tipo. En estos dos últimos casos, como hemos reflejado anteriormente, dos de los grupos de apoyo son experiencias más recientes en el tiempo, y los tres grupos socioterapéuticos fueron experiencias llevadas a cabo antes de 2006. Por lo tanto **la tendencia en los programas analizados ha sido hacia grupos de apoyo y los de carácter educativo** son los únicos que se han mantenido en el tiempo.

Tabla 6.2.1: Características de programas educativos

Programas educativos	8 (53%)
Objetivos	Formación para el cuidado y Autocuidado
Abordaje directivo	7
Estructura Sesiones	Se forma sobre temas decididos por los profesionales. Parte final de la sesión para dudas y reflexiones
Media de sesiones	6 u 8
Media de Participantes	8 y 10
Modelo de ACP (nº de aspectos coincidentes con el modelo)	El artículo de 2014 coincide en todos los aspectos seleccionados con el modelo de ACP

Los **Programas de tipo educativo**, son más de la mitad de los artículos analizados (53%). En esta categoría encontramos dos programas que claramente sus autoras los describen como programas socioeducativos⁴, y que cumplen las características de los mismos, tal y

.....

4 Alonso Segura, R. (2006), Doc nº 9 y Fernández Fernández, E. (2009), Doc. Nº 3

como los describe Roseell (2014). Por otro lado encontramos dos artículos, cuyas autoras⁵ no especifican el tipo de programa. Se desprende, por el carácter educativo de su metodología y por el rol de la trabajadora social (coordinadora/conductora del programa) que se podrían considerar de tipo socioeducativo. Por otro lado, dentro de esta tipo de programas, hemos estudiado dos artículos descritos como programas de “Educación para la salud”⁶ y dos artículos cuyas autoras no especifican su tipología, pero que podrían enmarcarse en los que autores como Martínez (2010) o López y Crespo (2007) denominan Programas Psicoeducativos⁷, es decir, “acciones formativas con doble objetivo, dotar a las personas cuidadoras de conocimientos y habilidades” y “desarrollar en la persona cuidadora, habilidades relacionadas con su autocuidado”. (Martínez, 2010, p. 129). En el análisis de los artículos observamos que en esta modalidad Psicoeducativa, las sesiones son impartidas por profesionales de distintas disciplinas en función de la temática a tratar. Es destacable el hecho, que de ocho artículos, en la mitad de ellos las autoras no definan expresamente que tipo de programa están desarrollando y debamos deducirlo por sus características.

Siguiendo con el análisis, los programas educativos no sólo son el tipo de programa más utilizado, sino que se ha mantenido en el tiempo. El ámbito en el que más se han aplicado, según esta muestra, es en *atención primaria de salud*, (62,5%).

Otras características de los programas de carácter formativo son **el tipo de abordaje técnico** en la conducción del grupo. Rosell (2014), distingue entre *Abordaje Directivo* (el profesional tiene un papel central y activo en el grupo); *Abordaje no directivo* (el profesional conduce el grupo a partir de fenómenos y contenidos propuestos por el grupo); y *Abordaje semidirectivo* (El Trabajador/a introduce un programa de temas o actividades como medio para dinamizar el grupo, y con técnicas de representación, cambio de roles, expresión de deseos...). En este aspecto *7 de los 8 artículos*, utilizan una metodología *directiva* en su conducción. En cuanto a **otros aspectos de la metodología**, reflejar que la media de sesiones que contienen estos programas son 6 u 8 sesiones de hora y media, y con una media de participantes de entre 8 y 10 personas.

Sí nos centramos en los **objetivos generales** de este tipo de programas, podemos observar que el denominador común es el objetivo de formación de la persona cuidadora y de autocuidado. Observamos que hay **un leve cambio** con el paso del tiempo en estas experiencias. Y para un mejor análisis, hemos recogido por un lado aquellos temas relacionados con el cuidado del cuidador, es decir, el autocuidado, y por otro lado, los temas relacionados con aspectos del cuidado.

A pesar de que en todos los artículos estudiados se abordan ambas temáticas, sí observamos, que en los dos últimos artículos publicados en 2009 y 2014, respectivamente, se observa un peso más equitativo entre ambas temáticas, dando de este modo más importancia al autocuidado de la persona cuidadora, que sí era abordado en las experiencias anteriores pero en menos profundidad.

.....

5 Fuentes Fernández, C y Moro Gutiérrez, L. (2014) Doc. N° 6 y Garriga Blasco, R. y Vicente Zuera, I. (2003) Doc. n° 2

6 Escós Quílez y Otros (2001), Doc. N° 1 y Díaz Palacios, E. (2006), Doc. N° 7

7 Cruz Domínguez y otros (2005), Doc. N° 5 y Montero de Espinos y otros (2006), Doc. N° 8

Este ligero cambio podría asociarse al modelo de ACP, que como pudimos ver en la guía de Rodríguez et al. (2014) destaca el autocuidado tanto de la mente como del cuerpo y el cuidado compartido. En este sentido el último proyecto educativo (2014) publicado en la muestra estudiada, sí podría reflejar un cambio acorde a este modelo, dado que es la primera y única experiencias que cumple con todas las características identificables en este modelo.

Tabla 6.2.2: Característica de los Grupos Socioterapéuticos

Programas Socioterapéuticos	3 (20%)
Objetivos	Expresar sentimientos, espacio de encuentro. Capacidad de ayuda entre cuidadores/as.
Abordaje Semidirectivo	3
Estructura Sesiones	El profesional decide la temática a introducir para debatir y reflexionar.
Media de sesiones	10
Media de participantes	12
Modelo de ACP (n° de aspectos coincidentes con el modelo)	Ninguno de los tres artículos coincide en más de 2 características.

En el caso de los **Grupos Socioterapéuticos** las tres experiencias analizadas, son descritas por sus autoras como programas de esta tipología y sus **objetivos generales** dan más peso a la parte emocional y de expresión de sentimientos y buscan tratar las dificultades que conflictúan y producen sufrimiento en las personas, tal y como describe Rossell (2014).

En estos grupos, el abordaje es semidirectivo en los tres casos, cumpliendo una de las características de la **metodología empleada** en estos grupos. En cuanto a aspectos, como la media de sesiones o de participantes, decir que varía poco en relación a los programas educativos, en este caso, la media de sesiones es de 10 y de participantes en 12 personas. Una diferencia con otro tipo de programas de intervención estriba en la **estructura de la sesión**, dado que en los grupos socioterapéuticos no se forma sobre un tema, sino que el profesional introduce una temática sobre la que reflexionar (normalmente relacionada con el bienestar emocional de la cuidadora), y a continuación se establece el tiempo de debate y de intercambio de experiencias.

Las autoras de los artículos de experiencias tanto de grupos socioterapéuticos como de grupos de apoyo, coinciden que son programas previos a la formación de un grupo de ayuda mutua.

En el caso de este tipo de grupo no se puede valorar una evolución dado que las experiencias analizadas además de ser escasas se refieren a antes de 2006, sus características son similares en las tres experiencias y la influencia del modelo de ACP, no se detecta dado que la incorporación de este modelo en nuestro país fue posterior.

Tabla 6.2.3: Características de los Grupos de Apoyo

Grupo de Apoyo	3 (20%)
Objetivos	Espacios de reflexión para compartir y expresar sentimientos. Únicamente se centra en el autocuidado
Abordaje Semidirectivo	2
Estructura de las sesiones	Espacios abiertos de reflexión
Media sesiones	No establece. Duración media de un año
Número Participantes	Máximo 12
Modelo de ACP (nº de aspectos coincidentes con el modelo)	Dos de los tres artículos coinciden en 3 características

En relación a los **Grupos de Apoyo**, son varios autores y autoras los que los definen como un paso previo, es el caso de la trabajadora social Yolanda Domenench que describe “ la mayoría de los grupos que se potencian desde el Trabajo Social comienzan siendo grupos de apoyo donde la dirección corre a cuenta de un profesional para pasar, en un segundo momento y cuando el grupo esté preparado, a funcionar sin la dirección de ningún profesional, esto es, a regirse y funcionar como grupos de autoayuda” (Domenech, 1998, p.186)

De este tipo de programas, hemos podido analizar 3 experiencias, que cumplen las características y **objetivos** propios de esta modalidad, es decir, facilitar un espacio para ofrecer apoyo entre sus miembros, de modo que a través del intercambio de experiencias superen situaciones difíciles. Podemos afirmar que los artículos estudiados recogen una **metodología** propicia para conseguir este objetivo, como es: tener grupos cerrados y pequeños (no más de 12), sin un número determinado de sesiones en ninguno de los casos, sólo se menciona el tiempo de duración en torno al año y medio, y que se desprende un abordaje semidirectivo (en 2 de los artículos) y no directivo.

En cuanto a la **estructura de las sesiones**, se describen como espacios de reflexión para compartir y expresar emociones y buscando evitar sentimientos de aislamiento y soledad. Por tanto este tipo de grupo se centra únicamente en el cuidado y bienestar emocional del cuidador/a.

Tabla 6.2.3: Características del modelo de atención centrado en la persona identificados en los programas de intervención grupal

Características identificables con el modelo ACP	Nº de artículos/total de artículos por programa
Experiencia posterior a 2009	2 de los 8 programas educativos 2 de los 3 grupos de apoyo
Objetivo de calidad de vida de la persona mayor y de la persona cuidadora	3 de los 8 programas educativos
Estrategias de afrontamiento de situaciones difíciles	3 de los 8 programas educativos 2 de los 3 grupos de apoyo
Autocuidado físico de la persona cuidadora	1 de los 8 programas educativos
Autocuidado emocional de la persona cuidadora	5 de los 8 programas educativos 3 de los 3 grupos de apoyo 3 de los 3 grupos socioterapéuticos En el programa multimodal
Autocuidado: compartir el cuidado	En los 8 programas educativos En el programa multimodal
Fomento de la dignidad y la toma de decisiones de la persona mayor	1 de los 8 programas educativos

En cuanto a la variable relacionada con la influencia **del modelo ACP**, como podemos observar en la tabla 6.2.4 en los artículos analizados los grupos de apoyo reflejan más características de este modelo en comparación con los grupos socioterapéuticos, es decir, se identifican en 3 de las categorías en contraposición con la tipología socioterapéutica que sólo es coincidente en una de las características.

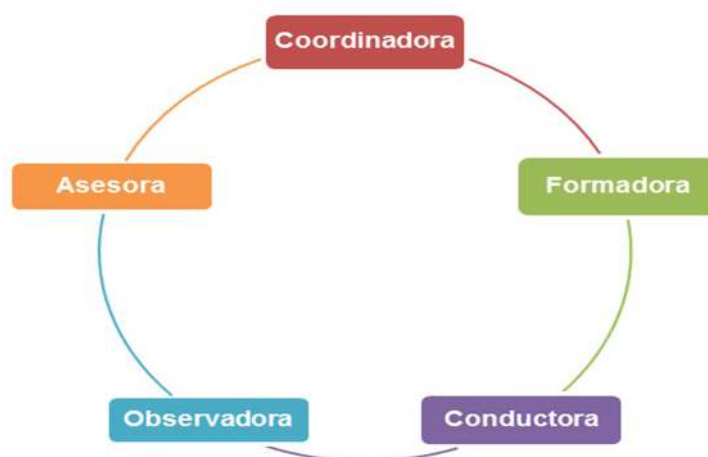
Dos de los tres artículos de grupos de apoyo, son posteriores a la introducción del modelo en nuestro país y se detecta que en los dos artículos más recientes adquieren más peso las temáticas de autocuidado a nivel emocional y las estrategias de afrontamiento.

Finalmente, queda un artículo publicado en 2001 (*doc. nº 4*) por analizar. Sus autoras no especifican en ningún momento la tipología del mismo. Es el único caso que podría parecerse a los **programas multicomponentes o multimodales** de la clasificación que realizan Crespo y López (2006), que recoge características de más de un tipo de programas. Esta experiencia en concreto, expone características en su metodología, de carácter educativo, dado que tiene sesiones sobre conocimiento y habilidades, a la vez que utiliza un método grupal que potencia la participación y un espacio de reflexión crítica. Buscando abordar situaciones sentidas o vividas como carga, malestar o problema por los cuidadores. No especifica el número de sesiones aunque sí establecen el número de participantes en máximo 15 personas. Con estas características podría considerarse multimodal al recoger aspectos de los programas educativos y de los grupos socioterapéuticos.

6.3. En relación a las variables relacionadas con el rol profesional

Coordinación, información, formación, observación, supervisión, conducción apoyo y asesoramiento. Son muchas las **funciones** que los profesionales del trabajo social podemos adoptar en la intervención grupal y no se detecta ningún cambio en este tiempo de estudio en cuanto a esta variable. Las funciones van a variar en gran medida según la tipología del programa. Sí es cierto que tras el análisis de los datos extraídos, sólo en dos casos la trabajadora social ejercía una sola función, en concreto de coordinadora o de formadora, en el resto de las 13 experiencias, su rol abarcaba más de una función.

Figura 6.3.1: Funciones más comunes de los profesionales del trabajo social en los programas de intervención grupal



La función más común, que se recoge en 12 de los artículos analizados, es la de *coordinación del grupo*, programa o curso, bien de manera individual o bien en equipo con otros profesionales, y que ejerce la trabajadora social indistintamente del tipo de programa. La segunda función más repetida entre los programas es la *de conductores del grupo*, que se recoge en 9 experiencias.

En cuanto a las **funciones según tipología de programa**, la de *conducción* es más común en los *grupos de apoyo o socioterapéuticos* por su propia metodología, que busca fomentar espacios de reflexión y de intercambio de experiencias, sin embargo en los programas de carácter *educativo*, es más habitual la función de *formadora*, que no aparece en los dos anteriores.

En cuanto al desarrollo de los programas junto con **profesionales de otras disciplinas**, es común en los programas educativos, donde se suele trabajar junto con profesionales expertos en las temáticas a tratar en las sesiones (psicología, neurología, terapia ocupacional, enfermería, abogacía...). Es habitual contar con profesionales principalmente del ámbito de la salud, teniendo en cuenta las temáticas de los grupos y el ámbito desde el que más se ha publicado y aplicado.

En los grupos de apoyo, dos de los tres artículos, no expresan la colaboración con otros profesionales, sólo menciona a la trabajadora social como profesional y en los grupos socioterapéuticos, es al contrario, dos de los tres si especifican la implicación de profesionales de otras disciplinas. Por tanto, 10 de los 15 artículos mencionan otros roles profesionales, lo que transmite el carácter multidisciplinar de este tipo de intervención.

Por último en cuanto a los resultados o **conclusiones más comunes** que destacan sus autoras en cada artículo, están:

- Repercusión positiva en el bienestar emocional de la persona cuidadora
- Adquisición de conocimientos
- El llegar a configurar grupos de ayuda mutua

7. Conclusiones y propuestas

Esta investigación se inicia por un interés profesional en observar la intervención grupal con familias cuidadoras desde la disciplina del trabajo social. Aunque la muestra utilizada es pequeña para poder realizar afirmaciones generalizables, sí podemos realizar las siguientes conclusiones:

En primer lugar destacar la categoría de tiempo, concretamente en relación al **año de publicación**. Puesto que esta investigación tiene como objetivo analizar si existe algún tipo de evolución en un tramo de años determinado, hemos comprobado en esta pequeña muestra, que son más numerosas las publicaciones de la primera mitad de tiempo, es decir, **antes de 2006**, dado que se publicaron un **73%** de los artículos.

Sin embargo, a partir de este año las publicaciones son escasas. Teniendo en cuenta que la LPAD se aprobó en 2006, y cuya atención se dirige a las personas en situación de dependencia así como apoyo a sus familias, nos hace pensar que ha podido influir la tendencia en la aplicación de servicios y prestaciones, sobre todo los primeros años. Según la Asociación

Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, en su dictamen del 2016, recuerdan que la prestación económica por cuidados en el entorno familiar fue la más socorrida al inicio de su aplicación, llegando en 2008 a recibirla el 57% de las personas atendidas. Esto puede dar a entender, **que la concesión de esta prestación no ha ido acompañada de este tipo de programas de intervención**, a pesar de que la ley contempla la formación de cuidadores y cuidadoras en su artículo 36.

Por otro lado, es destacable mencionar que en el periodo analizado observamos una tendencia hacia publicaciones de proyectos que se han aplicado mayoritariamente en el **ámbito** de atención primaria de **salud**, y resaltar, por otro lado, los dos proyectos más recientes en tiempo, que fueron trabajos conjuntos entre salud y servicios sociales municipales, concretamente experiencias de Grupos de Apoyo. Como ya hemos mencionado, sí llama la atención, el no haber encontrado ningún artículo que se aplicara en un servicio de apoyo a la familia de personas dependientes, como pueden ser los Centro de Día.

Un aspecto que sí hemos podido analizar y que observamos tendencia, es sobre el **perfil de las personas cuidadoras y las persona cuidadas**. Se ha comprobado que los programas estudiados se dirigían a personas cuidadoras que, aunque no se establecieron distinciones por sexo, se tiende a establecer algún criterio más añadido, como personas que ya tuvieran cierto nivel de sobrecarga. Lo mismo ocurre con el perfil de la persona mayor, los artículos analizados tienden a dirigirse a personas con patologías concretas y que requieren una mayor atención por parte de sus familiares, como son personas con demencia tipo Alzheimer o con alto grado de dependencia, características que repercuten en una mayor sensación de sobrecarga tanto objetiva como subjetiva.

En relación a la **tipología de programas de intervención grupal**, hemos podido analizar experiencias que coinciden con la clasificación de López y Crespo (2007), pudiendo de esta manera observar los distintos tipos. Sólo los **programas educativos** se han mantenido en el tiempo de estudio, esto permite concluir que ha sido la tipología más utilizada por los profesionales para intervenir con familias cuidadoras. Del resto de tipología, sólo consideramos destacable mencionar los **grupos de apoyo** que junto con uno de carácter educativo, son las experiencias **más recientes**.

El **análisis metodológico** se realizó por tipo de programas, y consideramos únicamente reseñable los de carácter educativo al ser los mayoritarios. Vemos que en estos 15 años ha sido muy similar, manteniendo un esquema común de número de sesiones, duración o media de participantes. Sí se detectan **pequeñas variaciones**, en relación al contenido de las sesiones. Los temas relacionados con **el autocuidado**, en especial con el bienestar emocional, parecen haber alcanzado más importancia a lo largo de ese tiempo. En experiencias anteriores se observaban algunas sesiones que abordaban el estado emocional de la persona cuidadora o realizaban sesiones prácticas de relajación y respiración. Pero en los últimos artículos analizados entre 2009 y 2014 se detecta que hay un reparto más equitativo entre temas de cuidado y de autocuidado, hasta llegar al último programa de carácter educativo publicado en 2014 que es destacable porque presenta las temáticas y características del modelo ACP que seleccionamos para su identificación.

Uno de los objetivos de esta investigación era conocer, si efectivamente, este **modelo de atención** estaba teniendo algún tipo de influencia en los programas de intervención grupal y para ello se establecieron una serie de aspectos identificables a este modelo. Como

ya pudimos ver se evidencia un cambio en los programas educativos. Con los años han sido más los aspectos coincidentes con dicho modelo y tiene su lógica que se haya observado en los programas de carácter educativo dado que este modelo no deja de necesitar una parte formativa para sensibilizar a profesionales, familiares y las propias personas mayores.

A modo de conclusión final, podemos afirmar que los programas de intervención grupal analizados no han variado a nivel metodológico, dado que como hemos podido observar tanto el desarrollo de los mismos como el rol del trabajador/a social no ha cambiado. Lo que sí se observa es un cambio en el objeto de atención, hemos visto que se ha pasado de formar a las familias, prioritariamente, en la calidad del cuidado, a poner en valor al mismo nivel, la importancia tanto del cuidado como del autocuidado, y en concreto de su bienestar emocional. Para ello se ha tendido en las últimas experiencias estudiadas hacia programas que priorizan este tipo de objetivos.

Consideramos importante y **como propuesta de esta investigación**, transmitir y formar sobre el modelo de atención centrado en la persona no sólo a equipos profesionales, sino la importancia de sensibilizar a las propias familias sobre este modelo, de modo que repercuta en la atención a las personas mayores dependientes tanto desde los servicios como desde el entorno familiar.

Para lograr la calidad de vida de las personas con las que trabajamos, tanto profesionales como familias deben ser conscientes de los principios que supone este modelo de respeto hacia la persona, hacia su historia de vida y su proyecto vital. Debemos apoyar a las familias en su papel, sea de representantes como de acompañantes, para asegurar el respeto en la toma de decisiones de la persona mayor y que aquellas decisiones que se tomen en su nombre sean acordes a sus gustos y preferencias.

Para lograrlo debemos incluir en los programas sobretodo educativos, sesiones para trabajar con ellas aspectos del cuidado desde la ACP fomentando la independencia y la autonomía y no olvidando la identidad personal, en especial como hemos mencionado, de aquellas con mayor grado de dependencia y heteronomía.

Pero a la vez debemos ser conscientes de la importancia de intervenir paralelamente para cubrir las necesidades de apoyo y bienestar emocional de las cuidadoras y cuidadores, para lograr la calidad de vida tanto de la persona mayor como de la persona cuidadora.

Un estudio sobre esta temática, cuando el modelo de atención estuviera más consolidado, nos permitiría confirmar esta posible tendencia.

8. Bibliografía

- Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales. (2017). XVII Dictamen del Observatorio. Obtenido el 15 de junio de 2017, de <http://www.directoressociales.com/images/documentos/Dependencia/XVII%20DICTAMEN%20OBSERV%20jmr.pdf>
- Arriola, M.J. y Beloki, U. (2006). La persona mayor dependiente y su familia: Nuevas formas de relación. *Acciones e Investigación Social* nº 1 Extraordinario. (p. 256)
- Carretero, S; Garcés, J.; Ródenas, F. y Sanjosé, V. (2006). *La Sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: Análisis y propuestas de intervención psicosocial*. Valencia: Tirant lo Blanch
- Consejo General del Trabajo Social (2012). Código Deontológico del Trabajo Social. Artículo 17. Consultado el 5 de febrero de 2017, de https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico
- Crespo, M.; López, J. (2006): El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar. Desarrollo del programa “Cómo mantener tú bienestar”. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO
- Domenench, Y. (1998): Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en el apoyo social. *Cuadernos de Trabajo Social*. Nº 6, Pg. 186
- Ezquerro, S. (2011). Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real. *Investigaciones Feministas*. Vol. 2. Pg. 175-194
- Fernández, E. (2009). El Trabajo Social Sanitario con las familias de los enfermos de Alzheimer. *Documentos de Trabajo Social*. Nº 45, Pg. 20-37
- España. Instituto Nacional de Estadística. (2016). Obtenida el 12 de marzo de 2017, de <http://www.ine.es/prensa/np980.pdf>
- España. Instituto de Mayores y Servicios sociales. (2014). “Informe 2014. Las Personas Mayores en España”. Obtenida el 12 de marzo de 2017, de http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22029_info2014pm.pdf
- Julve, M. (2006). Dependencia y cuidado: Implicaciones y repercusiones en la mujer cuidadora. *Acciones e Investigación Social*. Nº 1 Extraordinario. (p 260)
- España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, de 15 de diciembre de 2006, nº 299, pp. 44142-4156
- España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2004). *Atención a personas en situación de dependencia en España*. Libro Blanco. Madrid: IMSERSO
- López, J; Crespo, M (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: Una revisión. *Trabajo Social Hoy*. Vol. 19, Pg. 77-79
- Navarro, V. (2016). Perfil de los cuidadores informales y ámbito de actuación desde el Trabajo Social”. *Trabajo Social Hoy*. Nº 77, pp. 63-83.
- Martínez, T. (2010): *Centros de atención diurna para personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad y dependencia*. Madrid: Medica Panamericana

- Martínez, T. (2011): Atención gerontológica centrada en la persona. Vitoria-Gasteiz.: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Martínez, T. (2015). Tesis Doctoral La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: modelo de atención e instrumentos de evaluación. Oviedo: Universidad de Oviedo. Departamento de Psicología.
- Rodríguez, P. (Ed.). (2013). Atención Integral y Centrada en la Persona. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- Rodríguez, P (Ed.), Díaz-Veiga, P., Martínez, T. y García, A. (2014) “Cuidar, Cuidarse y Sentirse Bien. Guía para persona cuidadoras desde el modelo de atención integral y centrada en la persona. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- Rogero, J. (2009). Tiempos del Cuidado. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. IMSERSO
- Rosell, T. (2014). Método y modalidades del trabajo social de grupo. Revista Treball Social. N° 201, Pg. 10-18
- Sercuidador: El portal de las Cuidadoras y los Cuidadores (2010). Guía de cuidados-Quiero cuidarme mejor. Consultado el 31 de enero 2017, <http://www.sercuidador.org/Que-significa-ser-una-cuidadora-y-cuidador-1.html>
- Sierra, R. (2001). Técnicas de investigación social. Madrid: Paraninfo
- Vázquez J. (2010). El desarrollo de políticas sociales de atención a la Dependencia en España. Una propuesta metodológica para el estudio comparado sobre estrategias familiares de cuidados. Un ejemplo práctico Andalucía y Cataluña. Documentos de Trabajo Social. N° 52, pp. 200-222
- Vázquez, O. (2010). Las Revistas de Trabajo Social en España. Trabajo Social Global. Vol. 1, n° 1, pp. 103-126
- Bilbao. Área de Acción Social del Ayuntamiento de Bilbao. Zaintzea: Centro Municipal de Apoyo a Familiares Cuidadores. Guía para personas cuidadoras. Consultado el 5 de febrero de 2017, <http://www.zaintzea.org/guia/guia.asp?id=3&titulo=Consecuencias>

9. Anexos

ANEXO I: Cuadro de variables de identificación por artículos					
DOCUMENTO	AUTOR/A			PERFIL DE LA PERSONA CUIDADORA	PERFIL DE LA PERSONA MAYOR
	Cuantos autoras/es y sexo	Año	Ámbito de aplicación	criterios de inclusión en el programa expuesto	
Doc. n°: "Título" Tipo de programa				Sexo de la persona cuidadora Criterios de inclusión:	Tipo o grado de dependencia

ANEXO II: Cuadro variables de los programas de intervención por artículos							
TIPOLOGÍA DE PROGRAMA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA					MODELO ACP
Documento		N° de sesiones y duración de las mismas	Tamaño del grupo	Estructura de las sesiones	Temáticas abordadas Autocuidado	Temáticas abordadas: Aspectos del cuidado	Características identificables en base a la guía de Rodríguez y Otros (2014)
Doc. n° 1: "Título" Tipo de programa Año							<input type="checkbox"/> Experiencia posterior a 2009 <input type="checkbox"/> Calidad de vida de la persona mayor y persona cuidadora <input type="checkbox"/> En los temas de aspectos del cuidado, fomentar autonomía e independencia de la persona mayor <input type="checkbox"/> Estrategias de afrontamiento de situaciones difíciles <input type="checkbox"/> Autocuidado (físico) <input type="checkbox"/> Autocuidado (bienestar emocional) <input type="checkbox"/> Autocuidado (compartir el cuidado)

ANEXO III: Cuadro de variables relacionadas con el rol profesional			
DOCUMENTO	TIPO DE PROGRAMA	PROFESIONALES IMPLICADOS	ROL O ROLES DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA SOCIAL
Doc. n°: "Título" Año			

El lado humano de los accidentes de tráfico, desde el trabajo social

Anna María Rucabado Sala

Trabajadora Social. Profesora titular de la Universidad de Jaén

Lucía Cañada Pancorbo

Trabajadora Social del Centro Penitenciario Militar de Alcalá de Henares

Resumen

Casi todos los días, especialmente los fines de semana y festivos, se tienen noticias de los accidentes de tráfico que se producen en las carreteras españolas. Las consecuencias suponen grandes problemas a las familias y a la sociedad en general, tanto emocionales, como económicos, pero siempre con un trasfondo social.

Las personas afectadas por esta problemática tienen que enfrentarse en mayor o menor medida a un cambio en su vida, ya sea por consecuencias físicas, psicológicas, socioeconómicas o un conjunto de estos factores entrelazados. Es por ello que es importante plantear estrategias para abordar esa situación de riesgo, dolor, y/o pérdida que puede ser altamente paralizante para quien la sufre.

En esta revisión teórico-crítica lo que se pretende es hacer más hincapié en la esfera social dado que ha sido la menos abordada, es decir, lograr una nueva forma de estudiar lo psicosocial a partir del trabajo social (esfera social) y de la psicología positiva (esfera psicológica).

Palabras clave

Accidentes de tráfico, adversidad, resiliencia, trabajo social, superación.

Abstract

Almost every day, especially on weekends and holidays, there are reports of traffic accidents that occur on our roads. Consequences suppose great problems to families and society in general, both emotional and economic, but always with a social background.

People affected by this problem have to face a big change in his life, either for psychological, physical and/or social consequences. That is why it is important to devise strategies to address this risk, pain, and / or loss can be highly crippling for the sufferer.

In this theoretical critical review which aim it is to put more emphasis on the social sphere as it has been the least addressed, achieve a new way of studying the psychosocial from social work (social sphere) and positive psychology (psychological sphere).

Keywords

Traffic accidents, adversity, resilience, social work, improvement

Introducción

El desarrollo de la sociedad, en general, implica una evolución en casi todos los ámbitos y uno de ellos es económicamente lo que conlleva como factor colateral la necesidad de comunicación tanto a nivel digital como de manera física, con traslado de mercancías y personas, se vende más a partir de llegar más lejos, y se interactúa más a partir de la disponibilidad de desplazamiento, ya sea por trabajo o por ocio; fruto de esto se viene produciendo un trascendental incremento de vehículos en las carreteras españolas; este desarrollo nos aporta beneficios considerables en nuestro día a día, pero no podemos olvidar que también supone resultados negativos, como son los costes económicos, el deterioro ecológico, etc., pero es el accidente de tráfico en sí, lo que deja peores secuelas para nuestra sociedad. (López J. A., 2000); aunque, es cierto que actualmente se están produciendo avances en la minimización de las consecuencias negativas de los accidentes de tráfico no sería coherente obviar que es imposible llegar a erradicarlos al ser el coche un medio de transporte integrado y de uso habitual en nuestra sociedad.

“Los accidentes de tráfico son considerados una epidemia de carácter mundial, a un nivel similar al de la malaria o la tuberculosis” (Somovilla, 2010)

Cuando ocurre un accidente de tráfico de consecuencias moderadas o graves, se ven implicadas dos tipos de personas: las que sufren de forma directa el accidente de tráfico y las que lo hacen de forma indirecta, generalmente familiares o allegados, o personas del entorno del afectado; todos ellos pueden vivir una situación de shock o incredulidad, estupor, etc, que puede desarrollar varias etapas como: bloqueo (psicosocial) acompañado de ansiedad o no, por el acontecimiento y sus consecuencias, en un segundo momento puede seguir una desorganización psicológica, familiar, social, etc., en mayor o menor medida según la gravedad del accidente o de sus consecuencias que ya en una etapa posterior puede producir incertidumbre, o desamparo. (Asociación ayuda y orientación a los afectados por accidentes de tráfico, 2000) Esta desorganización conlleva un cambio en la vida de las personas implicadas y es en este punto donde el/la trabajador/a social tiene una gran labor por hacer máxime si se está especializado en la rama de la psicología positiva.

El **objetivo central** de este estudio es plantear la figura del trabajador/a social dentro del marco de los accidentes de tráfico con perspectiva de la psicología positiva.

Como objetivos secundarios se plantean:

1. Conocer las consecuencias del accidente de tráfico y su vertiente social.
2. Plantear el accidente como una crisis o una emergencia.
3. Conocer el rol del trabajador social en urgencias y crisis.

Metodología empleada:

El trabajo se ha realizado fundamentalmente a partir de dos tipos de acciones: 1. una revisión bibliográfica de los temas vinculados al accidente de tráfico, a los roles del trabajador social y a la bibliografía recomendada por los especialistas; 2. Análisis de las actuaciones llevadas a cabo por los técnicos en las prácticas realizadas en el servicio de atención a las víctimas de la Junta de Andalucía, conversaciones y tutorías de aprendizaje con los técnicos a cargo del servicio, etc.

Este artículo está estructurado de forma que se hará un recorrido por el hecho del accidente de tráfico, casuística y consecuencias, pasando luego a verse trabajo social, emergencia y crisis y entremezclando esta temática con la resiliencia para llegar a las conclusiones.

1. Los accidentes de tráfico

Fue a finales del siglo XX cuando el automóvil empezó a convertirse en una herramienta de uso común en Europa y concretamente en España, llegando a ser casi indispensable para un gran número de personas. Fue entonces cuando surgió la necesidad de crear unas normas de ordenación del tráfico, de esta manera, se desarrollaron estructuras de gobierno para asegurar el sostenimiento de los vehículos y asegurar que los ciudadanos estaban preparados para conducir estas máquinas. (Dirección General de Tráfico, 2016) La aparición del automóvil en la sociedad, también implicó la exposición de las personas a los accidentes de tráfico.

La definición de “accidente de circulación” que utiliza la OMS es “una colisión o incidente en el que se ve implicado al menos un vehículo sobre ruedas para uso en carretera en movimiento, en una vía pública o privada con acceso público a las inmediaciones”. Estos tipos de incidentes pueden derivar en múltiples consecuencias como que, sea un accidente mortal donde haya fallecidos; también pueden resultar heridos (de forma leve, moderada o grave).

Una colisión en carretera puede producir una serie de consecuencias negativas en el ser humano; a nivel psicosocial, psicológico e incluso económico en los/as implicados en la misma. Una tragedia puede desatar una crisis a nivel personal pero también a nivel familiar. Según Caplan (1964), nos referimos a **crisis** cuando se produce “una perturbación de una situación estable, que se caracteriza porque sobreviene de una manera repentina e inesperada, provocada por una situación estresante o un acontecimiento precipitante (la emergencia, el accidente de tráfico), afectando a una persona o grupo que hasta entonces tenía un adecuado nivel de funcionamiento, de manera que le provoca un desequilibrio”. (Caplan, 2010)

En las últimas décadas, los accidentes de tráfico han supuesto una pérdida de vidas humanas así como personas con lesiones de por vida, además de dramas humanos y familiares, que suponen que la sociedad en su conjunto, disminuya la calidad de vida. Actualmente y de modo muy general, podemos afirmar que 1.3 millones de personas mueren al año en el mundo como consecuencia de un accidente de tráfico. Esto implica que sean los accidentes de tráfico una de las primeras causas de muerte en nuestra sociedad. (Dirección General de Tráfico, 2016).

Según Gregorio Serrano, Director General de Tráfico, durante el año 2017 se han producido 1.067 accidentes mortales en vías interurbanas, en los que han fallecido 1.200 personas y 4.837 heridas hospitalizadas, lo que supone un aumento del 3% en lo que a accidentes

mortales (+28) y fallecidos (+39) se refiere y una disminución de un 6% (-336) en lo relativo a heridos hospitalizados. En 2016 el número de accidentes de tráfico con víctimas ascendía a 102.362, de las cuales fallecieron 1.810 personas en el momento del accidente o hasta 30 días después del mismo.

Por ello, un accidente de tráfico y sus consecuencias es equiparable a una situación de crisis, más concretamente las crisis accidentales o situacionales.

Esto conlleva un problema social que, por supuesto, tiene consecuencias. Cada accidente de tráfico supone un cambio drástico para una o varias personas, tanto en el ámbito personal como social y económico; por ello son imprescindibles los protocolos de actuación frente a la emergencia que genera el accidente de tráfico, y todos los profesionales que intervienen, siendo la Dirección General de Tráfico (en adelante DGT), entre otros, parte importante de este proceso.

Parte importante son todos/as los/as profesionales intervinientes en el proceso que se genera cuando se produce un accidente de tráfico, siendo significativa la intervención de las instituciones y organismos, fundamentalmente: personal sanitario, guardia civil, bomberos/as, policía local, protección civil. Además, actúan dos organismos menos conocidos por la ciudadanía pero básicos, UVAT¹, Unidad de víctimas de accidentes de tráfico y SAVA², Servicio de asistencia a víctimas en Andalucía.

Las Consecuencias de los Accidentes de Tráfico

Son múltiples las consecuencias derivadas de un accidente de tráfico constituyendo una agresión a la integridad física, psicológica y social de la víctima; cómo pueden ser: (Delblanch, 2014)

- La muerte; del conductor/a, de familiares y/o amigos/as o personas del entorno.
- Problemas físicos; tales como fracturas, heridas, daños físicos y las consecuencias de los mismos: dolor, malestar, depresión...
- Problemas sociales; como el no conocer las herramientas necesarias para hacer frente a un hecho de estas características, tener personas dependientes bajo tutela.
- Problemas económico-legales; indemnizaciones, juicios, daño a terceros, pérdida del poder adquisitivo de la familia, a veces situaciones de bancarrota económica, etc.
- Problemas psicológicos, culpa, ansiedad, sentimiento de pérdida, bloqueo psicológico, duelo.

Según Santos, los accidentes de tráfico se están convirtiendo en un grave problema de salud pública. Los datos estadísticos indican que 1,3 millones de personas mueren en

.....

1 Más información sobre UVAT, Unidad de víctimas de accidentes de tráfico en la página web de la DGT <http://www.dgt.es/es/seguridad-vial/unidad-de-victimas-de-accidentes-de-trafico/>.

2 Más información sobre SAVA, Servicio de asistencia a víctimas en Andalucía en la página web de la Junta de Andalucía "<http://www.juntadeandalucia.es/justicia/portal/adriano/serviciosciudadania/asistenciavictimas/quee>"

el mundo a causa de un accidente de tráfico y 50 millones son las que resultan heridas. Se estima que, si no se actúa en la prevención de los accidentes, estas cifras irán creciendo en los siguientes años. (Santos, 2011)

Pero no es la persona que sufre el accidente la única afectada, sino que normalmente ésta tiene una red de personas allegadas, como son familiares y amigos/as, que también resultan afectadas ya sea de forma directa o indirecta. Son muchas las personas que deben hacer frente a la discapacidad, a la muerte o a las lesiones causadas por el accidente de un ser querido, si bien es cuantificable el número de accidentes, de lesionados, muertos o afectados; no es calculable el dolor que acompaña este proceso en la mayoría de los casos ya que estaríamos calculando el sufrimiento humano, el sacrificio, el dolor.

Estos efectos no sólo suponen una gran carga para la economía española, sino para las familias que sufren las secuelas de una manera directa. Ejemplos de esto puede ser la pérdida del trabajo de los aportadores económicos de la familia, el costo de atender a familiares con discapacidad, la orfandad de los menores. (Santos, 2011). Sin olvidar la atención a los mayores y menores en indefensión porque su cuidador o sus padres/madres no van a volver a casa.

Por todo ello, es fundamental la labor que hasta ahora se está llevando a cabo en materia de accidentes de tráfico. Pero también es de vital importancia seguir investigando en este ámbito para minimizar las consecuencias negativas para las víctimas directas e indirectas.

Los Costes de los Accidentes de Tráfico

En un estudio llevado a cabo por expertos de la Unión Europea donde se analizan los costos de los accidentes de tráfico en la UE y en otros países del entorno. Son cinco elementos los que se estiman como costes de los de los mismos: (European Federation of Road Traffic Victims, 2014)

1. Los gastos médicos.
2. El coste de la capacidad productiva perdida (pérdidas de producción).
3. Valoración de la pérdida de la calidad de vida (pérdida de bienestar como consecuencia del accidente de tráfico).
4. El coste del daño a la propiedad.
5. El coste administrativo.

Evidentemente, estos costes hablan de la cuestión económica que supone el accidente y la red institucional para dar respuesta al problema. Son desde luego importantes y suponen una buena parte de la economía de cualquier país puesto que el mundo de los seguros, tiene una gran parte en este entramado y, el hecho de que por ley sea obligatorio tener un seguro, ya nos dice que las políticas públicas han optado por la fórmula de que recaiga en el individuo que conduce gran parte de la responsabilidad del hecho del accidente.

Pero hay otros costes muy importantes y son los llamados costes sociales, o costes humanos de heridos, fallecidos, familiares y allegados; costes en términos de sufrimiento y dolor, una variable difícil de medir.

Algunas de las personas que se ven involucradas en un hecho de estas características desarrollan trastornos psicológicos, como puede ser estrés postraumático, hecho que puede causar un alto grado de deterioro en la vida diaria de las personas afectadas. Este tipo de síntomas pueden derivar en costos sociales; no poder llevar una vida normalizada, no poder atender a personas dependientes. Además, también se pueden ver perjudicadas las relaciones sociales; el salir a la calle, volver a conducir. El bienestar en general se puede ver afectado. (Dirección General de Tráfico, 2016)

La mayoría de los datos existentes sobre las consecuencias psicosociales de los accidentes de tráfico se refieren a personas que han buscado tratamiento por la gravedad de su situación. Pero el conocimiento con respecto a la incidencia y gravedad psicosocial de personas con lesiones leves o sin lesiones es escaso.

Una de las principales recomendaciones de la Federación Europea de Víctimas de Accidentes de Tráfico es la creación de centros de asistencia gratuita a víctimas donde estas reciban asistencia y asesoramiento en el ámbito del derecho, la medicina y la psicología. El apoyo de las víctimas de accidentes de carretera fue un proyecto innovador propuesto en 2005 por la Organización Española ONG “STOP Accidentes” para el Ministerio de Salud y Protección del Consumidor. El proyecto consta con una intervención de dos etapas y tres acciones diferentes, diseñados tanto para las víctimas directas como para las indirectas, familiares y amigos/as cercanos/as. En esta propuesta de intervención engloba básicamente a Trabajadores Sociales y Psicólogos. (European Federation of Road Traffic Victims, 2014)

A pesar de la disminución importante en el número de muertes en las carreteras europeas durante la última década, sin duda hay muchos más pasos a seguir a fin de lograr una mayor reducción en el número de víctimas de accidentes de tráfico en Europa. Se considera que la seguridad vial es un tema de alta prioridad en todos los países europeos, en consecuencia, se han hecho muchos esfuerzos para poner en práctica medidas de seguridad que contribuirán a mejorar la situación. (Masniak, 2008)

2. Emergencia, crisis y trabajo social

Es importante afianzar los cimientos de esta revisión teórico-crítica por ello, es fundamental pararnos a desarrollar el concepto de “emergencia”. La esencia de este término está ligada a las competencias que posee una sociedad donde se produce este acontecimiento para responder de una manera adecuada, o no, a esta adversidad. La emergencia se puede categorizar en dos grandes situaciones: (Rivas, 2010)

- o Situaciones de urgencias o emergencias ordinarias.
- o Situaciones de emergencia extraordinarias.

Para Pérez Madera la emergencia social es *“aquella situación que se caracteriza por generar “situaciones objetivas de desprotección social, es decir, situaciones donde la persona se encuentra de forma repentina sin medios personales, familiares y sociales de apoyo para dar respuesta a sus necesidades más básicas”*. Un accidente de tráfico es una emergencia social ya que es un hecho súbito e inesperado, de consecuencias negativas y que distorsionan la rutina cotidiana de la persona/s que sufre el accidente. Por lo que un hecho de estas características y sus consecuencias genera, en suma, una situación de crisis.

Por ello, es importante que tengamos en cuenta la definición de crisis; según Du Ranquet, *“crisis es un estado de conmoción, de parálisis en una persona que sufre o ha sufrido un gran shock. Sobreviene cuando el estrés actúa sobre un sistema y requiere un cambio que se sitúa fuera del repertorio habitual de respuestas”* (Du Ranquet, 2007)

La crisis puede mirarse desde dos perspectivas diferentes; puede significar un hecho negativo o, por el contrario, puede simbolizar una decisión, como se da en el griego. En la cultura China, para aludir a la crisis se utilizan símbolos de peligro y oportunidad combinados dejando entrever esa doble perspectiva. (Herrero, 2010)

Según Viscarret *“la situación de crisis lleva al individuo a un estado temporal de desorganización, de desequilibrio, en el que la gente experimenta una interrupción de su normal funcionamiento y en donde debido a la incapacidad para poder hacer frente a esta situación el individuo se encuentra frustrado, preocupado, disgustado y estresado”*. (Viscarret, 2007) Esto lo extrapolamos a los accidentes de tráfico, donde se produce una interrupción del normal funcionamiento de la persona accidentada y de la familia. La crisis quebranta la homeostasis del individuo y de su entorno, siendo la recuperación de un nuevo equilibrio (homeostasis) el propósito del modelo de intervención en crisis. Un modelo teórico del Trabajo Social que se encuentra desarrollado a partir de diversas teorías y que trata de afrontar los problemas sociales en todas sus dimensiones.

Según Slaikou, *“la crisis es un estado temporal de trastorno y desorientación determinado básicamente por la incapacidad de la persona para afrontar situaciones particulares utilizando los recursos habituales de resolución de conflictos”*. (Slaikou, 2000)

Diversos autores diferencian entre dos tipos de crisis: crisis de desarrollo o de maduración y crisis accidentales o situacionales, que son en las que nos vamos a centrar en esta revisión documental.

Las crisis accidentales no pueden ser anticipadas ya que el hecho que las produce es un evento inesperado o trágico; como puede ser una enfermedad, la muerte de un ser querido, o sufrir un accidente de tráfico. Todos estamos expuestos a este tipo de sucesos (crisis) ya que forman parte de la vida y pueden darse en cualquier momento de la misma. (Viscarret, 2007)

Las crisis se singularizan por tener una serie de fases en su desarrollo, aunque no hay un acuerdo en la estructuración. Además, pueden cambiar dependiendo del hecho traumático que acontezca, de la persona, del contexto. Pero existen cuatro fases que se representan en la mayoría de las situaciones de crisis: (Viscarret, 2007)

- **Primera Fase:** Fase de Impacto, es en este momento donde se produce el hecho que desencadena la crisis, llevando a la persona a una situación de confusión y desorientación. En estos momentos se dan estados de ansiedad y tensión. El individuo pone en marcha una serie de habilidades para hacer frente a la situación acaecida, es aquí donde el sujeto consigue volver al normal funcionamiento de su vida o pasa a la segunda fase de crisis.
- **Segunda Fase:** Se caracteriza por un incremento de la tensión y la angustia. La persona pone en marcha unas habilidades de emergencia para llegar a la solución del problema con el objetivo de reducir la tensión y la angustia que está sintiendo.

- **Tercera Fase:** El sujeto se traslada a este nivel cuando las habilidades de emergencia mencionadas anteriormente no consiguen reestructurar el funcionamiento normal. Por lo que la ansiedad y la tensión se incrementan hasta el punto de que el individuo ejecuta otro tipo de medidas, denominadas “medidas drásticas de solución de problemas” (ingesta de alcohol, drogas, psicosis, suicidio).
- **Cuarta Fase:** Es la fase final, se consigue un estado de equilibrio que puede ser beneficioso o no, para la persona implicada. El resultado es que algunos sujetos se convierten en personas más fuertes psicológicamente, al contrario que otras, que se debilitan por lo sucedido.

En las situaciones de crisis que podemos vivir a lo largo de nuestras vidas se presentan diversas alteraciones que afectan a la realización de actividades cotidianas como las siguientes: (Rojas, Trabajo Social e intervenciones en desastres., 1990)

Cambios importantes en la conducta de los afectados, durante y después del evento.

- Tensión en los vínculos del sistema social y personal del sujeto.
- Impotencia para manejar el suceso y sus consecuencias.
- Sentimientos de estar amenazados.

Dado que en todo momento se ha planteado el accidente de tráfico como una emergencia vinculada a una crisis, es imprescindible plantear el rol de acción por parte del Trabajador social en esta crisis de características tan definidas.

Trabajo Social en materia de Accidentes de Tráfico

En el momento en que se produce una emergencia social un amplio abanico de profesionales deben de aportar sus conocimientos, lo que origina una intervención multidisciplinar con la actuación de; sanitarios, policías/guardias civiles, psicólogos, trabajadores sociales, etc. entre otros. Todos los técnicos deben de llevar a cabo sus funciones de una manera coordinada.

Cuando se produce un accidente de tráfico, las personas implicadas, ya sea de manera primaria o secundaria, viven una situación de bloqueo que les lleva a un descontrol psicológico, familiar, social y laboral. Este acontecimiento cambiará la vida de los individuos que se vean inmersos en este hecho traumático. (Asociación ayuda y orientación a los afectados por accidentes de tráfico, 2000). Esta modificación provoca una alteración en el funcionamiento habitual de la persona, la intensidad puede ser variada y a distintos niveles, lo que puede originar una crisis. (Nieto & García, 2000) Se producirán una serie de necesidades psicosociales que los trabajadores sociales como profesionales están preparados para solventar.

El trabajador/a social ha sido desde siempre un profesional que apoya a las personas que atraviesan situaciones complejas en sus vidas y ayuda a resolver los conflictos generados gestionando un cambio a una nueva situación más acorde con la casuística de los protagonistas, después del suceso acaecido. Como consecuencia de determinados eventos, pueden desencadenarse crisis; pueden ser personales o interpersonales y es aquí donde el trabajo social tiene una gran función que ejercer.

Son numerosos los ámbitos de intervención como; servicios sociales, salud, educación, empleo, justicia, empresas, infancia y familia, atención a situaciones de catástrofes de y/o emergencias y es en este último donde enmarcamos los accidentes de tráfico. Utilizando los distintos modelos existentes en esta disciplina como son, entre otros; el modelo psicodinámico, modificación de conducta, sistémico e intervención en crisis.

Las personas afectadas por un accidente de tráfico son tanto las víctimas directas, quienes han sufrido el accidente, como las familias a las que se consideran víctimas indirectas ya que también sufrirán las consecuencias del mismo de un modo indirecto y el hecho de atravesar una situación traumática como es un accidente de tráfico puede desencadenar una crisis; tanto a nivel personal, social e inclusive a nivel laboral. La función principal del trabajo social es generar cambio, apoyo a través de cambio. Es por ello, que es esencial investigar el campo de acción de los accidentes de tráfico desde la perspectiva de apoyo por parte de un trabajador/a social.

“El Trabajo Social orienta su acción a promover el cambio y la transformación para recuperar el equilibrio entre el sujeto y el medio”. (Nieto & García, 2000)

Además de hacer constar la significación de la actuación del profesional del trabajo social desde el momento cero de la emergencia y consecutivamente en las posteriores fases que se van desarrollando después del hecho traumático.

Funciones del Trabajo Social en Accidentes de Tráfico

La figura del trabajador social está presente en lo relativo a los accidentes de tráfico, aunque no en todo el territorio ni en todos los países de la misma forma, en este trabajo se pasa a presentar la forma que podría ser y se tiende a que sea en todo el territorio español.

La Asociación Ayuda y Orientación a los Afectados por Accidentes de Tráfico en su guía de ayuda a los afectados en accidentes de tráfico estima que el trabajador/a social puede desempeñar la labor de:

- o Evaluación de los posibles recursos a precisar por los afectados (p.ej: transporte, comunicación con familiares, etc.)
- o Coordinación con los otros servicios que tradicionalmente intervienen en las emergencias (p.ej: para recuperar objetos del coche).
- o Contención con los afectados, familiares, allegados y participantes.
- o Localización de familiares y/o allegados de personas implicadas en una situación de emergencia.
- o Acompañamiento a afectados, familiares y allegados en su traslado a domicilios o centros específicos.
- o Información y asesoramiento a afectados y/o familiares (cómo dar malas noticias).
- o Búsqueda, localización y facilitación de recursos materiales, alimentación, etc., tanto para los afectados como para el personal participante en la resolución de la emergencia.
- o Dar información a los familiares y/o allegados del personal profesional que interviene en la emergencia.

Posteriormente, tras el primer shock, el trabajador/a social apoyará a las personas afectadas en la:

Derivación de los afectados a programas, servicios o recursos específicos.

- o Evaluación de la intervención en general y de la intervención social en particular.
- o Asesoramiento de apoyo.
- o Realización de informes sociales para lo que sea necesario.

¿Qué puede aportar El Trabajo Social en el ámbito de las emergencias y las catástrofes? Funciones del Trabajador/a Social en estas situaciones concretando en los accidentes de tráfico.

Ahora es el momento de concretar las tareas y las funciones que el trabajador/a social puede desempeñar en este ámbito de actuación. La situación actual en el mundo de la atención a las personas que han sufrido un accidente, empieza a contemplar, como se ha visto anteriormente en este trabajo, el hecho de que un profesional del trabajo social es la persona idónea para intervenir en muchas de las consecuencias. Para ello, este trabajo quiere proponer a partir de todo lo estudiando, un catálogo de funciones:

A) Valoración de las situaciones de necesidad social que se producen en un accidente de tráfico.

Se considera la primera toma de contacto. En el lugar del siniestro, se realizará una inmediata valoración de las necesidades sociales que implican la situación acontecida. La planificación de la intervención que se va a llevar a cabo debe partir de la evaluación y diagnóstico de dicha situación. Dentro de esta fase podemos encontrar las siguientes tareas inherentes al trabajo social:

De forma directa:

- Estudiar la situación que se ha creado con el accidente, tanto en las víctimas directas como en su entorno llevando a cabo un estudio socio-familiar.
- Diagnóstico de la situación generada por el accidente.
- Priorización de atención a los problemas encontrados.
- Plan de trabajo / puesta en marcha de protocolos.

De forma Indirecta:

- Creación de herramientas y protocolos que respondan a las actuaciones específicas en el campo de los accidentes de tráfico y sus consecuencias en el entorno socio familiar.
- Documentar cada intervención para generar conocimiento
- Aportar los conocimientos adquiridos a foros y publicaciones especializadas para una mejora del conocimiento de la acción y la adecuación de la intervención.

B) Tareas de contención y apoyo emocional.

Las personas que se ven inmersas en un accidente de tráfico pueden derivar en entrar en un estado de ansiedad, confusión, desorientación e incluso tristeza. Pudiendo llegar a sentir emociones negativas como, por ejemplo, la culpabilidad. Este hecho inesperado se convierte en una situación estresante que genera estados de inestabilidad emocional y afectiva. Por ello, es importante procurar que la persona que ha sufrido el accidente esté lo más receptiva posible a nivel cognitivo y sea capaz de reorganizar la vida en función de las consecuencias, con el apoyo del trabajador social y en general de los recursos existentes y que presentan ellos mismos. Tareas:

- Ofrecer apoyo psicosocial.
- Prestar una atención individualizada y acompañamiento.
- Trabajar la empatía y la relación con la persona.
- Atención a las necesidades de urgencia inmediata.
- Facilitar a la víctima la recuperación de sus estrategias de afrontamiento.
- Favorecer la recuperación y la resiliencia.
- Posibilitar la expresión de emociones.
- Amortiguar las emociones negativas que surjan durante la situación de crisis.
- Colaborar con la evacuación de las personas que se encuentren en riesgo y deban abandonar el lugar (influir y convencer o acompañar).

C) Información a las víctimas y a los familiares.

Frente a la situación de desorientación y quizás ansiedad o simplemente dolor, que sienten los protagonistas y sus familias, el trabajador social tiene una serie de funciones, ya contempladas en la legislación de los Servicios Sociales, y la fundamental es la primera de la lista que se expone a continuación:

- Facilitar información.
- Asesoramiento a las demandas de información.
- Minimizar la incertidumbre tanto de la víctima como de la familia.
- Recogida de datos personales y familiares para conocer más en profundidad la situación personal, social y familiar.
- Conocer las necesidades básicas de la víctima y de su familia.
- Detectar las carencias que puedan presentar.
- Comunicar malas noticias. Una función propia del trabajo social es comunicar los sucesos traumáticos a las familias de las víctimas, como puede ser fallecimientos, o ingresos en hospital o cualquier circunstancia sobrevenida que cambie el rumbo de las cosas. Según José Vidal Tejeda, subinspector de la Policía Local de Cuenca, *“En determinadas ocasiones, es más conveniente la intervención de un profesional preparado y*

entrenado para manejar este tipo de situaciones, que la propia del policía o, al menos que esta se realice de forma conjunta” (Noheda, 2010)

- Salvaguardar la intimidad de la persona afectada velando por el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
- Recoger la documentación de la víctima en el accidente de tráfico.
- Facilitar una actitud de apoyo, acogida y conocimiento básico de la situación informando de todas las gestiones realizadas para así aliviar la angustia y ansiedad.

D) Mediación entre los implicados en el accidente y demás profesionales intervinientes.

Cuando un accidente de tráfico se produce son varios los profesionales que intervienen para solucionar el problema; sanitarios, policías, bomberos... Este hecho, en principio normal, genera confusión a la persona afectada que se ve inmersa en una situación repentina y sin tener conocimiento exacto de qué está sucediendo. En conclusión, las personas implicadas en el accidente de tráfico necesitan información sobre los procesos de actuación de los diferentes equipos intervinientes. Y una función propia de la disciplina del Trabajo Social es mediar entre las partes integrantes en un proceso de estas características poniendo a disposición de la persona afectada los recursos necesarios para afrontar la situación-problema en la que se encuentra.

E) Gestión de recursos y prestaciones básicas.

Elaboración de documentación como informes sociales, fichas sociales, etc. Para el posterior uso tanto judicial como para seguros o simplemente por necesidades de la familia. Todos estos documentos deberán utilizarse también para entresacar conocimiento para la intervención en un futuro.

F) Funciones de acompañamiento social a las víctimas y a sus familias.

El acompañamiento psico-social a las personas implicadas en este hecho traumático es sin duda, papel fundamental del Trabajador/a Social. Realizando una tarea de atención social a los afectados realizando la valoración correspondiente y favoreciendo el proceso el proceso de intervención para que la persona afectada pueda superar la crisis en la que se ha visto involucrada.

G) Intervención Social con las víctimas y sus familias.

- Acompañamiento en la primera etapa del proceso de duelo.
- Supervisión permanente de la situación.
- Derivación a otros profesionales si fuera necesario.
- Relacionar a la víctima y/o familiares con su red de apoyo familiar, recursos y entidades sociales, tales como asociaciones, grupos de autoayuda, etc.

H) Gestión de otros servicios y prestaciones necesarias ante el accidente de tráfico.

Gestionar cualquier tipo de recurso o servicio que suponga un estado de ansiedad o estrés para el afectado o la familia.

- Organización de reconocimiento de cadáveres (si los hubiera).
- Acompañamiento durante el reconocimiento si la familia lo pidiera.
- Gestionar la organización de los funerales (en el caso de la imposibilidad o dificultad o asunción por parte de la familia).
- Información y asesoramiento sobre prestaciones o ayudas a las que pudiera tener derecho por su situación y tramitación de las mismas, si fuera necesario.
- Coordinación con otros profesionales en las diferentes áreas de intervención.
- Si se diera la situación se informará y orientará a la persona sobre el reconocimiento del grado de discapacidad conectándola con los organismos Autonómicos competentes en esta materia; así como sobre el reconocimiento de la situación de la dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre).

3. Trabajo social y resiliencia

Según Manciaux y Tomkiewicz resiliencia es *“recuperarse, ir hacia delante tras una enfermedad, un trauma o un estrés. Es vencer las pruebas y las crisis de la vida, es decir, resistirlas primero y superarlas después, para seguir viviendo lo mejor posible. Es rescindir un contrato con la adversidad”*. En el caso de la recuperación de los efectos de la crisis producida por el accidente de tráfico se tiene que tener en cuenta el uso de la resiliencia tanto en cuanto tienen un efecto de:

- o Desarrollarse de forma positiva a pesar de la experiencia de un ambiente de alto riesgo.
- o Tener competencias constantes ante situaciones de estrés agudo o crónico.
- o Sanar de un trauma.

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que la resiliencia no es absoluta ni se consigue de una vez y para siempre, va cambiando según la condición, la naturaleza del trauma, el contexto, la etapa de la vida en la que nos encontremos y puede expresarse de distintas formas en diversas culturas. (Cyrułnik, 1999).

Lo importante es el aporte de la resiliencia como herramienta en la crisis destacando: (Quintero, 2000)

- El “insight o mirada interior” también llamado perspicacia por algunos autores. Considerada como la capacidad de observar y observarse a sí mismo simultáneamente para hacerse preguntas difíciles y darse respuestas honestas.
- Independencia o la capacidad para mantener una distancia física y emocional con respecto a los problemas sin llegar a caer en el aislamiento.
- Relación o la capacidad para originar vínculos íntimos y fuertes con otras personas.
- Iniciativa o capacidad para la autorregulación y la responsabilidad personal necesarios para lograr autonomía e independencia.

Las variables básicas que activan este concepto son: la responsabilidad, la autoestima, la ayuda mutua, la cooperación, el humor y la autocrítica. (Quintero, 2000) Este concepto se ha caracterizado como la interrelación de factores personales y recursos sociales. (Casas & Campos, s.f)

Resiliencia y trabajo social comparten dos puntos de partida importantes. *“Por un lado, ambos enfatizan el peso que las fortalezas que poseen o pueden desarrollar los individuos, grupos o comunidades, tienen en la superación de la adversidad y en su desarrollo y crecimiento personal y por otro lado, se activan cuando acontece una adversidad en la vida de los individuos, grupos o comunidades”*. (Juárez & Lázaro, 2012).

Según Sandra Jiménez (Gambín, 2016), psicóloga-criminóloga en el Servicio de Asistencia a Víctimas de Andalucía en la provincia de Jaén, la resiliencia es primordial para el tratamiento terapéutico en accidentes de tráfico, aunque también la considera importante para las víctimas de cualquier delito en general. Concretamente en los delitos contra la seguridad vial o seguridad del tráfico ya que estas problemáticas ocurren de manera imprevista, son incontrolables, generan consecuencias físicas, económicas, psicológicas y sociales, provocando en la víctima culpa, desconcierto, sentimiento de injusticia, indefensión.

La resiliencia se convierte en uno de los últimos objetivos terapéuticos, cuyo logro es potenciar aquellas vivencias y aprendizajes positivos derivados del accidente de tráfico y de esta manera, conseguir adaptarse a la circunstancia acaecida del modo más saludable minimizando el impacto sufrido por el mismo. Sandra Jiménez afirma que *“sólo se puede desarrollar una valoración de la resiliencia de aquellas personas que han sido atendidas psicológicamente por el Servicio de Asistencia a Víctimas de Andalucía ya que en las asesoradas jurídicamente, no se ha investigado en este aspecto”*. Según datos de esta unidad y aportados por Sandra Jiménez, han sido 50 las personas atendidas, de las cuales a 24 de ellas se les ha prestado asistencia psicológica, considerando resilientes a 8 de ellas. Textualmente dice: *“Desde este Servicio, y desde un punto de vista psicológico y social la resiliencia es un pilar fundamental para trabajar con las víctimas de delitos, y especialmente con las de accidentes de tráfico, toda vez que el aprendizaje positivo que se pueda obtener de este tipo de vivencias traumáticas es el objetivo terapéutico para integrar el hecho de forma satisfactoria”*.

El trabajo social parte de la intervención en el conocimiento de cómo las personas hacen frente a las adversidades de la vida, las necesidades que se generan y cómo superan esto. En su función facilitadora, esta disciplina, entiende las elecciones que realizan las personas para afrontar las crisis de la vida, del mismo modo que las maneras de sobreponerse a ellas. (Casas & Campos, s.f)

Siguiendo a Fraser y Galinsky y Howard y Jenson: los términos de riesgo, protección y resiliencia ofrecen un esquema conceptual dentro de la disciplina de trabajo social para: 1. Comprender cada una de las situaciones sociofamiliares en la práctica profesional; 2. Desarrollar planes de acción; 3. Diseñar servicios y programas específicos dirigidos a los distintos sectores de población y basados en la identificación, fortalecimiento y potenciación de los recursos y fortalezas; 4. Construir modelos e instrumentos de evaluación de programas y servicios basados en resiliencia; 5. Supervisar equipos y proyectos; 6. Plantear investigaciones con enfoque de resiliencia relacionadas con prevención de aislamiento, de conductas violentas, de consumo de sustancias, maltrato, etc. (Villalba, 2011)

4. A modo de conclusión

Un accidente de tráfico es algo impredecible que acontece de manera inquietante y trágica para las víctimas. Ninguna persona está preparada para una experiencia de tal magnitud, por lo que víctimas y familiares se encuentran en una situación de gran vulnerabilidad y confusión ante un hecho de estas características. (Puerto, 2012). Las emergencias sociales, como son los accidentes de tráfico, ocasionan diversas situaciones de necesidades psicosociales y el papel de los trabajadores sociales es canalizarlas y minimizar el impacto, máxime si este profesional está especializado en psicología positiva.

Actualmente podemos afirmar que no existe una valoración psicosocial en la atención a heridos en los servicios que se trasladan al sitio del incidente, por lo tanto no se realiza una intervención inmediata en este aspecto, primando lo físico sobre lo psicológico y social. (Romero, 2009). La Dirección General de Tráfico ha tomado la decisión o el riesgo de que no sea la figura del trabajador social la que se vea implicada en la atención de personas que acaban de sufrir un accidente de tráfico ya que en estos momentos no se cuenta con el rol de este técnico en esta problemática. Esto no implica que la respuesta que actualmente se le está dando a esta necesidad no sea correcta, desde esta perspectiva se considera que sería una respuesta incompleta ya que el ámbito social queda desprovisto de una atención especializada por parte de los trabajadores sociales.

Según Dyalá Fandiño Rojas *“el trabajador/a social tiene una amplia gama de modalidades de intervención, tales como investigador en la valoración social de situaciones de desastre antes, durante y después, facilitador de la organización de la comunidad y las redes de apoyo social para la participación, en la provisión de servicios y recursos para las damnificados, en acciones terapéuticas como intervención en crisis y tratamiento grupal”*.

El/la trabajador/a social es un profesional de la acción social que tiene una comprensión amplia de las estructuras y procesos sociales y del cambio personal y social. De ahí a que se quiera investigar el aporte de la experiencia profesional y de conocimientos en el tratamiento del apoyo necesario a las personas que se han visto afectadas por estos problemas. No podemos olvidar que la atención del trabajo social en urgencias y emergencias sociales tiene larga tradición en otros países, y está claramente demostrado el aporte a la resolución de los problemas. Por lo que dan una serie de fases de intervención por parte del Trabajador Social durante la Emergencia Social según Pérez Madera, D. (Esparrell, 2014). Las mismas pueden ser extrapoladas a los accidentes de tráfico.

Una parte de la disciplina de trabajo social está sumida en contextos y situaciones conflictivas. Una función básica de esta profesión es la gestión del conflicto, aplicando métodos y técnicas para prevenir y/o dar solución a la situación problemática. Pero sí además, este profesional es conocedor de la psicología positiva, su intervención se verá más enriquecida por la unión de ambas ciencias aunando conocimientos.

Desde esta perspectiva, se considera que, si se incluye la figura del trabajo social especializada en psicología positiva en materia de accidentes de tráfico, desde el minuto uno del accidente, las personas implicadas en el mismo conseguirán ser más resilientes ya que tendrán a su disposición un/a profesional del ámbito de lo social preparado/a para afrontar este tipo de situaciones, dotando a las personas de las herramientas y recursos necesarios

para superar y aprender de un hecho tan traumático como puede ser un accidente de tráfico, desarrollando alternativas de acción que incluyan la resiliencia.

El profesional del trabajo social es un potenciador de los procesos de cambio aportando las herramientas necesarias para hacer frente a la adversidad y facilitando que la persona auto gestione sus habilidades y destrezas para conseguir minimizar las consecuencias negativas del hecho acontecido. Por lo tanto, el trabajo social, por su formación, posee capacidades y competencias para activar la resiliencia. Ambas disciplinas son complementarias y utilizarlas de manera simultánea enriquecerá la práctica en Trabajo Social además de crear nuevas líneas de investigación.

“El fenómeno de la resiliencia no sólo ha sido investigado para ser identificado y definido, sino que cada vez más el acercamiento a este concepto se hace con el objetivo de poder medirlo y evaluarlo tras ello, proponer maneras de promocionar y activar procesos de resiliencia en las personas, grupos y comunidades” (Palma & Hombrados, 2013)

Se ha logrado realizar una combinación entre la disciplina del Trabajo Social y la Resiliencia, ya que ambas son complementarias y esto enriquece la praxis del trabajo social y como consecuencia, se conseguirá beneficios directos para las personas usuarias de técnicos de esta profesión, no sólo haciendo hincapié en los problemas y necesidades que puedan surgir durante el accidente de tráfico sino subrayando las fortalezas de las personas y logrando que las desarrollen para que puedan hacer frente al incidente y superen de manera resiliente la adversidad. Por ello, es fundamental cubrir una necesidad latente y esta misma debe ser solucionada por la figura del trabajador social especializado en psicología positiva quien por su formación está preparado para ello. Por tal motivo, la resiliencia se puede adaptar a la perspectiva de estudio e intervención que se está llevando a cabo, los accidentes de tráfico, ya que este concepto se puede aplicar en todo el ciclo vital además, de que cualquier persona puede encontrarse en algún momento de su vida implicada en un hecho de estar características, superarlo y salir fortalecido.

Desde el trabajo social y la psicología positiva, se pretende dar una respuesta integral a la sociedad española en materia de accidentes de tráfico, ya que por sus competencias poseen la cualificación adecuada para ello. Cubrir las necesidades psicosociales es uno de los ejes de intervención. Resulta importante prestar esta atención a los/as ciudadanos/as desde el instante inicial en que se produce el accidente. Es por ello que se considera fundamental la presencia del perfil del trabajador/a social con especialidad en psicología positiva dentro del marco de un sistema de atención a víctimas de accidentes de tráfico; atendiendo 24 horas, 365 días al año, para de esta forma poder gestionar las problemáticas derivadas de este hecho que necesiten una atención inmediata.

Lo que prima es conseguir la coyuntura entre lo que aquí se está planteando y los recursos que están implementados. De esta manera, se podrá llevar a cabo una valoración más en profundidad, determinar y evaluar los casos desde un primer momento y así proceder a una respuesta social más adecuada siendo muy consciente de la importancia del trabajo en equipo y multidisciplinar que requiere un accidente de tráfico.

Lo que se pretende es establecer un espacio de meditación, reflexión y debate sobre el papel que tienen los/as trabajadores/as sociales desde la perspectiva de la psicología positiva en este contexto. Se considera importante seguir mejorando las actuaciones que ya existen cómo profesionales y las atenciones ofrecidas a los/as ciudadanos. Cómo dice

Manuel Gil, aunque haciendo referencia a las catástrofes, “Esto nos lleva a señalar la necesidad de seguir mejorando y profundizando en el desarrollo de protocolos integrales de actuación en estas situaciones, no exclusivamente psicológicos, especialmente en el trabajo de acompañamiento a las familias, labor básica y fundamental de los profesionales del Trabajo Social”. (Parejo, 2008)

Cómo señala Mar Ureña “Está totalmente legitimada (a nivel formativo, deontológico, y desde la práctica profesional) la presencia del trabajo social como disciplina en la intervención de todo tipo de emergencia” (Ureña, 2010), siendo los accidentes de tráfico, emergencias.

De esta manera, lo novedoso en esta revisión documental es la inclusión del perfil del trabajador/a social con especialización en psicología positiva, como agente de cambio, en la atención a los afectados por accidentes, integrando principios de psicología positiva a la hora de trabajar con la población afectada, será una de las vías de reorganización de su marco de vida y aceptación del nuevo estado. No sólo desde una perspectiva psicológica sino que englobe la practicidad del cambio día a día en sus vidas, aportando recursos y potenciando sus capacidades y ayudando a gestionar su vida.

Este estudio es una primera toma de contacto con el ámbito de los accidentes de tráfico, el Trabajo Social y la Resiliencia ya que la literatura existente es escasa en estos tres aspectos en conjunto. Por ello, esta revisión puede ser el inicio de un análisis en profundidad sobre esta temática poniendo en marcha técnicas que incluyan valorar los efectos psicosociales a través de indicadores, escalas y normativas.

De cara al futuro, sería interesante elaborar un cuestionario que evalúe la resiliencia en personas que han sufrido un accidente de tráfico ya que actualmente no existe ninguna herramienta para medirla. Considero que la resiliencia es el presente y el futuro para nuestra sociedad por eso es imprescindible seguir trabajando para mejorar los recursos existentes y que gran parte de las personas víctimas de accidentes de tráfico logren ser resilientes. Además de elaborar una guía en la Dirección General de Tráfico para que este organismo cuente con la perspectiva de apoyo que ofrece el Trabajo Social desde la psicología positiva a los ciudadanos afectados por un accidente de tráfico de manera directa o indirecta. La guía se convertirá en un recurso útil para profesionales especializados en este sector.

5. Referencias bibliográficas

- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. (2004). *Libro Blanco. Título de Grado en Trabajo Social*.
- Arce, R., Fariña, F., Carballal, A., & Novo, M. (2006). Evaluación del daño moral en accidentes de tráfico: desarrollo y validación de un protocolo para la detección de la simulación. *Psicothema*, 278-283.
- Asociación ayuda y orientación a los afectados por accidentes de tráfico. (22 de Noviembre de 2000). *Guía de ayuda a los afectados por accidentes de tráfico*. Madrid, España.
- Barranco, C. (2004). *La Intervención en Trabajo Social desde la calidad integrada*.
- Caplan, c. e. (Diciembre de 2010). Justificación de la Intervención social y el Trabajo Social en Situaciones de Crisis, Emergencias y Catástrofes. (C. O.-L. Mancha, Ed.) *Área Social*(10), 15-24.

- Carr, A. (2004). *Psicología positiva: La ciencia de la felicidad*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Casas, G., & Campos, I. (s.f). *Enfoque de la Resiliencia en el Trabajo Social*.
- Castillo, M. D. (1999-2010). Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias, Crisis y Catástrofes del Colegio Oficial de Psicólogos de Castilla-La Mancha. (págs. 179-183). Colegio Oficial de Trabajo Social de Castilla-La Mancha.
- Consejo General del Trabajo Social. (9 de Junio de 2012). *Trabajo Social Sevilla*. Recuperado el 24 de Abril de 2016, de <http://trabajosocialevilla.es/attachments/article/21/CodigoDeontologicoTrabajoSocial.pdf>
- Cortés, G., & García, S. (2003). *Investigación documental. Guía de autoaprendizaje*. México.
- Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris: Odile Jacob.
- Delblanch, M. D. (29 de Abril de 2014). *Atención psicológica online: videoconferencia, chat, email*. Recuperado el 25 de Marzo de 2016, de <http://www.siquia.com/2014/04/consecuencias-de-un-accidente-de-trafico/>
- Dirección General de Tráfico. (2014). *Las principales cifras de la siniestralidad vial. España 2014*. Madrid: DGT.
- Dirección General de Tráfico. (2016). *Dirección General de Tráfico. Gobierno de España*. Recuperado el 09 de Marzo de 2016, de <http://www.dgt.es>
- Du Ranquet, M. (2007). *Los Modelos en Trabajo Social Intervención con personas y familias*. Madrid.
- Esparrell, D. D. (2014). *La intervención del trabajador/a social en situaciones de emergencia y urgencia social*. . *TS Difusión*, 36.
- European Federation of Road Traffic Victims. (2014). *FEVR. European Federation of Road Traffic Victims*. Obtenido de <http://fevr.org/>
- European Transport Safety Council. (2007). *Social and Economic Consequences of Road Traffic Injury in Europe*. Brussels.
- Expósito, C. B. (2004). *La intervención en Trabajo Social desde la calidad integrada*.
- Fandiño Rojas, D. (s.f). *Trabajo Social e Intervención en desastres*.
- Fantova, F. (2008). *Repensando la intervención social*. *Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales*(48).
- Fernández-Abascal, E. G. (2013). *Emociones positivas, psicología positiva y bienestar*.
- Forés, A., & Grané, J. (2008). *La resiliencia: Crecer desde la adversidad*. Barcelona: Plataforma Editorial.
- Fronteras, P. S. (2001). *Catástrofes y ayuda de emergencia*. Barcelona: César San Juan.
- Gálvez, J. (19 de Noviembre de 2015). *El País*. Recuperado el 11 de Enero de 2016, de http://politica.elpais.com/politica/2015/11/17/actualidad/1447783875_312798.html
- Gambín, S. J. (2016). *Accidentes de tráfico*. (L. C. Pancorbo, Entrevistador)
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit, The International Resilience Project*. La Haya, Holanda.

- Herrero, I. (Diciembre de 2010). Aspectos Teóricos y Prácticos de la Intervención Social y el Trabajo Social en Situaciones de Emergencias y Catástrofes. (C. O.-L. Mancha, Ed.) *Área Social*(10).
- Izquierdo, O. R. (2010). Retos, desafíos y oportunidades de la Intervención Social y el Trabajo Social en Situaciones de Crisis, Emergencias y Catástrofes., (págs. 79-84).
- Izquierdo, O. R. (2010). Retos, desafíos y oportunidades de la Intervención Social y el Trabajo Social en Situaciones de Crisis, Emergencias y Catástrofes. *Área Social*, 79-84.
- Juárez, A., & Lázaro, S. (2012). Trabajo Social y Resiliencia: Intervenir desde las fortalezas. La Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). (Marzo de 2005). Portal UNED. Recuperado el Noviembre de 10 de 2015, de http://portal.uned.es/pls/portal/docs/PAGE/UNED_MAIN/LAUNIVERSIDAD/VICERRECTORADOS/ESPACIOEURO/LIBROS%20BLANCOS%20DE%20GRADO/LIBROBLANCO_TRBJSOCIAL_DEF.PDF
- Lancero, M. T., & Chisvert Perales, M. (2011). DGT. Recuperado el 2015 de Noviembre de 9, de http://www.dgt.es/Galerias/la-dgt/empleo-publico/oposiciones/doc/2011/TEMA_62_-_Parte_General.doc
- López, E. B. (2009). *Portal de Revistas Científicas y Arbitradas de la UNAM*. Recuperado el 9 de Noviembre de 2015, de <file:///C:/Users/usuario/Downloads/20209-31996-1-PB.pdf>
- López, J. A. (2000). Y después del accidente ¿Qué? Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Madera, D. P. (2010). El Sistema de Servicios Sociales como estructura respondiente ante las situaciones de Emergencia Social., (págs. 99-110).
- Madera, D. P. (s.f.). El Sistema de Servicios Sociales como estructura respondiente ante las situaciones de Emergencia Social., (págs. 99-110).
- Manciaux, M. (2010). *La Resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona, España: Gedisa.
- Masniak, D. (2008). Social and Economic Costs of Road Accidents in Europe.
- Masten, A. S., Best, K., & Garmezy, N. (1990). Resilience processes in development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- Mora, S. M. (Julio de 2012). Tesis doctoral. . *Fortalezas de carácter y resiliencia en estudiantes de medicina de la Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela*. Madrid.
- Nieto, M. L., & García, C. (2000). Intervención de Trabajo Social en situación de desastre. *Revista de Trabajo Social*, 86-101.
- Noheda, J. V. (2010). Comunicación de malas noticias a familiares de víctimas de siniestros graves. (págs. 131-139). Colegio Oficial de Trabajo Social de Castilla-La Mancha.
- Palma, M. d., & Hombrados, I. (2013). Trabajo Social y Resiliencia: Revisión de elementos convergentes. *Portularia*, XIII(2), 89-98.
- Palma, M., & Hombrados, I. (2013). Trabajo Social y Resiliencia: Revisión de elementos convergentes. *Portularia*, XIII(2), 89-98.

- Parejo, M. G. (12 de Septiembre de 2008). Carta del Decano Manuel Gil a la colegiatura. *Comunicado del Colegio de Trabajadores Sociales sobre el accidente aéreo de Barajas del 20 de agosto de 2008*. Madrid, España.
- Peñate, Á. C. (2009). Una aproximación a la intervención del Trabajo Social Comunitario en situaciones de catástrofes y desastres. . *Cuadernos de Trabajo Social*, 243-257.
- Puerto, E. (2012). *Support for victims of traffic accidents: a pioneering initiative in Europe*.
- Puig, G., & Rubio, J. (2011). *Manual de Resiliencia aplicada*. Barcelona: Gedisa.
- Quintero, Á. M. (2000). La Resiliencia: Un reto para Trabajo Social. X Congreso Nacional de Trabajo Social. Cartagena de Indias, Colombia.
- Rojas, D. F. (1990). Trabajo Social e intervenciones en desastres. *Revista costarricense de Trabajo Social*, 27-37.
- Rojas, D. F. (s.f.). *Escuela de Trabajo Social*. Recuperado el 7 de Noviembre de 2015, de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000152.pdf>
- Romero, M. C. (30 de Abril de 2009). Tratamiento psicológico de los familiares y víctimas de accidentes de tráfico.
- Rutter, M. (1987). Resiliencia psicosocial y mecanismos de protección. *América Journal of Orthopsychiatric*.
- Santos, Á. L. (2011). DGT. Recuperado el 25 de Marzo de 2016, de www.dgt.es/Galerias/.../TEMA_11_Parte_Comun_mov_segura66g.doc
- Slaikeu, K. A. (2000). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. México: El manual moderno.
- Somovilla, I. S. (2010). *Los accidentes de tráfico y su incidencia en el sistema de seguridad social (2000-2010)*. España: Ministerio de Empleo y Seguridad Social.
- tráfico., A. A. (22 de Noviembre de 2000). *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*. Recuperado el 6 de Noviembre de 2015, de <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/accidentes/accidentesTrafico/ayudaAfectados.htm>
- Ureña, M. (2010). El Colegio Profesional ante la Acción Voluntaria en Grandes Emergencias: Cuerpo de Trabajadores Sociales voluntarios en Grandes Emergencias del Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid., (págs. 93-98). Madrid.
- Vanistendael, S., & Lecomte, J. (2002). *La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Villalba, C. (2011). *El enfoque de resiliencia en Trabajo Social*.
- Viscarret, J. J. (2007). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. . Madrid: Alianza.

Proyectos de participación: una revisión sistematizada de sus evaluaciones

Modalidad: Artículo de investigación -Julio 2018-

María Isabel Sillero Quintana

Trabajadora Social en la Dirección general de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Resumen

El estudio realiza una revisión sistematizada de la producción científica en revistas profesionales españolas sobre la evaluación de proyectos de participación comunitaria y participación ciudadana entre enero de 2011 y diciembre de 2017.

Se identificaron 299 artículos de los cuales, tras aplicar los criterios de exclusión, se seleccionaron 13 (7 de participación ciudadana y 6 de participación comunitaria). Se plantea un análisis descriptivo de las principales características de los proyectos, del papel del trabajador social y el sistema de servicios sociales en ellos, del tipo de participación propuesta y del cumplimiento de criterios de calidad y buenas prácticas. Además, se realiza una síntesis narrativa de las conclusiones.

Los resultados muestran diferencias entre ambos tipos de proyectos obteniéndose mayores valores para todos los criterios de participación considerados en los proyectos de participación comunitaria. En los artículos analizados el papel del trabajo social y el sistema de servicios sociales es irrelevante y, sin embargo, el papel de la universidad como evaluadora y divulgadora es crucial.

Palabras clave

Participación ciudadana, participación comunitaria, intervención comunitaria, evaluación.

Abstract

The research makes a systematized review of the scientific production on Spanish professional journals about the evaluation of social and community participation projects between January of 2011 and December of 2017.

After applying the exclusion criteria, only 13 were selected (7 social and 6 community participation). It is made a descriptive analysis of the main characteristics of the projects focused on the role played by the social worker played and the system of social services, the type of participation suggested on the projects, and the compliance of the quality criteria and good practices. Additionally, a narrative synthesis of the conclusions is done.

The results show differences between both types of project with higher values in all participation criteria considered for the community participation projects. In the analyzed articles, the role of social worker and the system of social services is irrelevant; however, the role of the university as evaluator and disseminator is crucial.

Key words

Community participation, social participation, citizen participation, evaluation, systematic review.

1. Introducción

Sentirte en un lugar del que formas parte y que cuenta contigo atendiendo a tus capacidades es una de las claves para la calidad de vida individual, grupal y comunitaria.

1.1 Antecedentes y contexto actual de la participación

Participar se relaciona con la supervivencia de la comunidad y puede definirse como un derecho cuyo ejercicio crea un lazo que incide en el crecimiento individual y en el desarrollo comunitario. Esta idea es el germen de la construcción del Estado espacio en el que se acepta una cierta forma de dominación de unos por otros a cambio de vivir en paz y con seguridad (Molina, 1989). Se vincula así participación y poder apareciendo la relación dominantes-dominados, la capacidad de influir en los demás, o la idea de fortalecimiento y libertad que permita decidir (Ussher, 2008) (Chueca, 2003). De algún modo, toda participación se dirige a influir en el poder institucionalizado, ya sea para conservar o modificar la estructura de intereses existentes.

Con el constitucionalismo la participación pasa a formar parte del sistema político y se convierte en un deber jurídico. La configuración de España como un Estado social y democrático de derecho, incorpora la obligación de los poderes públicos de promover las condiciones y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social. También distingue entre la participación directa y la representativa e introduce la posibilidad de que los ciudadanos participen en decisiones políticas de especial trascendencia y en la actividad de organismos públicos que afecten directamente a la calidad de la vida o bienestar social.

Para el desarrollo de las previsiones constitucionales y de derecho internacional, el ordenamiento jurídico de las Comunidades Autónomas y las corporaciones locales incorporan la participación ciudadana y, a su vez, las leyes sectoriales nacionales y regionales le otorgan un papel importante en el diseño, gestión y evaluación de servicios.

Este apoyo normativo y la recomendación de asociaciones y organismos internacionales (OMS -1981-, OCDE -2001-, Consejo de Europa -2001-) sostiene la incorporación de la participación y el desarrollo local entre los objetivos de programas internacionales e iniciativas

comunitarias europeas que, a su vez, subvencionan los programas nacionales, regionales o locales¹.

De este modo, Ministerios, Comunidades Autónomas y Ayuntamientos incorporan estrategias, mecanismos e instrumentos de participación como la planificación estratégica, la gestión social de barrios, los fórums temáticos, las mesas redondas, los foros y consejos representativos, o los presupuestos participativos. Previamente o como resultado de esta incorporación se publican guías, se diseñan recursos formativos e informativos y se ofrecen marcos de evaluación con indicadores propios. También se generan redes y asociaciones nacionales e internacionales.

Fuera del ámbito de la Administración, empresas y fundaciones promueven concursos, premios y programas de buenas prácticas participativas y a nivel técnico universidades, laboratorios de ideas, y colegios y agrupaciones profesionales desarrollan grupos de investigación en torno a la participación.

1.2 Participar

Es un verbo que implica intervenir, actuar, mediar, en suma, tomar parte en la acción que trae implícita la existencia de sujetos y colectivos y una interacción entre ellos que entraña donación, compromiso, cooperación y responsabilidad. (Equipo técnico de participación ciudadana de Alcobendas, 2009).

De las múltiples definiciones y clasificaciones existentes se elige tomar como referencia la dada por Wandersman “proceso mediante el cual los individuos toman parte en las decisiones de instituciones, programas o ambientes que les afectan” (2009).

El concepto de participación actualmente es un referente de la retórica política, civil y profesional y de la actividad cotidiana de múltiples disciplinas. Su amplio uso y su ambigüedad le confiere cierta idealización que le despoja de la ambivalencia que trae consigo toda interacción humana y mitifica su lógica (la proximidad y la necesidad conduce a la implicación, ésta a la participación que a su vez lleva a la eficacia, y todo ello a la legitimación política y del trabajo realizado), la idea de apertura del poder, la de la porosidad de las instituciones públicas ante la sociedad civil o la de que el ámbito local es más próximo a los ciudadanos (Ussher, 2008).

En el ámbito de la acción pública y social suele adjetivarse con términos polisémicos que aluden a los sujetos participantes combinados de forma intuitiva, sin saber bien que se referencia (Usuni, 1979)².

.....

- 1 Programas internacionales: Agenda Local 21 (desarrollo sostenible); Habitat (asentamientos humanos sostenibles y vivienda adecuada para todos). Iniciativas comunitarias europeas: Urban (regeneración de espacios urbanos), Leader (desarrollo rural), Interreg (desarrollo regional en materia de inversión en crecimiento y empleo), Life (desarrollo y aplicación de la política y el derecho medioambiental) o Equal (lucha contra la discriminación y desigualdad en el mercado de trabajo).
- 2 La citada polisemia y el amplio abanico de disciplinas y posibilidades de uso hace que no exista un glosario único y obliga a los profesionales al iniciar un proyecto de participación a acordar su marco conceptual incidiendo en la multiplicación de definiciones.

1.3 Participación ciudadana, pública, social

Estos términos aluden a democracia y derecho. Participar dota a una sociedad democrática de elementos para ejercer su poder de decisión y capacidad de control y para que la población sea agente de su propio desarrollo. También incorpora mecanismos que permiten acceder a las decisiones sin necesidad de formar parte del gobierno ni de partidos políticos.

Cualquier entidad pública u organización democrática debiera incorporar la participación ciudadana a su gestión, no por moda, sino como exigencia normativa que, además, construye sujetos autónomos, reflexivos y en continuo aprendizaje (Ussher, 2008) y como necesidad para hacer frente a los retos de la sociedad actual y para desarrollar políticas y servicios más eficientes y de calidad.

Cardozo, asemeja los términos de participación ciudadana y social, por ser ambos una condición para la calidad democrática que posibilita incluir un amplio espectro de intereses en las políticas sociales, sus coaliciones y negociaciones (Cardozo, 2008).

Tanto la participación ciudadana, como la pública o social se orientan más a los procesos y al cumplimiento de la normativa que al contenido abordado. En este estudio se utilizan indistintamente y se toma como referencia la definición de Freile Gutiérrez: “intervención de los particulares en actividades públicas mediante el ejercicio de sus derechos civiles” (2014).

1.4 Participación comunitaria

Se vincula al desarrollo comunitario y se entiende como un proceso “organizado, colectivo, libre, incluyente en el cual hay una variedad de actores, de actividades y de grados de compromiso, que está orientada por valores y objetivos compartidos, en cuya consecución se producen transformaciones comunitarias e individuales” (Montero, en Ussher, 2008). O como la creación de oportunidades “accesibles a todos los miembros de una comunidad y a toda la sociedad, para contribuir activamente e influenciar el proceso de desarrollo y compartir equitativamente los frutos de este desarrollo” (Ruiz-Giménez, 2005).

En cualquier caso, implica la existencia de una comunidad, aunque no por ello a la totalidad de sus miembros, ya que pueden ser grupos caracterizados por tener algo en común, siendo entonces a través de esos grupos y sus redes que el proceso se extiende a otros integrantes.

Otros elementos imprescindibles son: la toma de conciencia acerca de una necesidad, problema o interés individual y que sea compartido colectivamente; y que las personas sean capaces de tomar decisiones relativas al tema que les afecta, y actuar para intentar atender o satisfacerlas. No es imprescindible, la presencia de agentes externos a la comunidad, aunque su presencia pueda catalizar ciertos cambios (avances o retrocesos) en el proceso (Aguilar, 2018).

Para referirse a la comunidad capaz de iniciar un proceso de participación comunitaria Canals retoma el concepto *communitas* introducido por Víctor Turner que habla de una percepción de encuentro fraternal, igualitario y solidario que surge en las personas en momentos de cambios rápidos en oposición a la estructura que surge en momentos de “normalidad” (1997). Así, los procesos comunitarios se contemplarían como puntuales y excepcionales siendo poco realista entenderlos como permanentes y estructurales. Atendiendo

a estas apreciaciones y a los cambios sociales y avances tecnológicos, una comunidad capaz de iniciar un proceso participativo de cambio únicamente requeriría la percepción de unión, sin que sea preciso ceñirse a un territorio.

La participación comunitaria se orienta más a contenidos y objetivos de calidad de vida que a procesos y mecanismos participativos que pasan a ser un instrumento para conseguir el fin. Para este estudio se toma como definición la dada por Bichmamann, Rifkin, & Shrestha entrecomillando el elemento geográfico: “proceso social en el que grupos específicos, que comparten ciertas necesidades y *viven en una zona geográfica* definida tratan activamente de identificar esas necesidades, adoptan decisiones y establecen mecanismos para atenderlas” (1989).

1.5 Proyectos participativos: teorías, conceptos y aspectos metodológicos

En general los proyectos participativos van dirigidos a “hacer comunidad” democrática, a “mejorar la calidad de vida” o bienestar de la población o a “gestionar” de forma compartida (Gráfica 1).

Su significado varía según el contexto socio-histórico y la estructura política y será trasladado por los actores a los procesos participativos en los que se impliquen.

La psicología comunitaria ha aportado conceptos claves para el análisis y la efectividad de los proyectos de participativos como empoderamiento, sentido psicológico de la comunidad o redes sociales. Todos ellos parten de un individuo protagonista en la vida social y analizan las interrelaciones entre individuos, organizaciones y comunidades y los efectos positivos que en ellos provoca la participación.

Metodológicamente los procesos participativos huyen de la simple prescripción y abogan por una actitud democrática y de diálogo horizontal con la comunidad contrario al modelo autoritario, de experto o de ayuda paternalista. El modelo de investigación-acción se ajusta a estos requerimientos al proponer un rol profesional que genera conocimiento basado en un proceso de influencia mutua. (Musitu & Buelga, 2004).

En estos proyectos predomina la perspectiva ecológica con una visión global y multifactorial de los determinantes que influyen en la calidad de vida y, por ende, en cualquier problemática de salud, educativa, social, medio ambiental, urbanística... Desde esta perspectiva son más eficaces los proyectos que promueven la participación a diferentes niveles (individual, organizativo, y comunitario) y las actuaciones multinivel que: a) conducen a realizar cambios y transformaciones sostenibles, b) reducen las desigualdades estructurales en el entorno comunitario, c) mejoran las condiciones de vida de los miembros de la comunidad.

La metodología de los proyectos participativos implica conocer en profundidad el contexto comunitario para adaptar las intervenciones y mejorar los resultados. Conocer el grado de cohesión y la estructura de una comunidad anticipará la acogida de la intervención e identificará las estructuras organizativas más efectivas (Ramos-Vidal, Holgado, Maya-Jariego, & Palacio, 2014).

En los últimos años proliferan propuestas dirigidas a fomentar la calidad de los proyectos de participación basadas en el fomento de las buenas prácticas (recogen y ejemplifican ex-

perencias que ofrezcan criterios, respuestas y reflexiones a problemas comunes y sirvan de referente para la mejora de la gestión de programas y políticas públicas (Díaz, 2007) (OIDP, 2007) y las prácticas basadas en la evidencia (buscan la efectividad y eficiencia de las intervenciones basándose en recomendaciones formuladas según la evidencia encontrada siguiendo rigurosos procesos de revisión sistemática (Paredes-Carbonell, Casseti, & García, 2017)).

1. 6 Formulación del problema y objetivos de investigación

En nuestro país los proyectos de participación tienen un papel residual en el campo de actuación pública y del trabajo social, aunque las teorías y principios éticos de las políticas dedicadas a la calidad de vida y el desarrollo sostenible indiquen lo contrario. La postura preponderante racionaliza las causas de los déficits a nivel estructural y ofrece soluciones a nivel individual o a través de una participación instrumentalizada más preocupada por los votos o por objetivos profesionales que por la transferencia del poder a la ciudadanía.

Esta contradicción junto con la consideración de que el análisis de los proyectos de participación, es imprescindible para el campo de actuación del trabajo social, como deja patente la definición de la profesión y su código deontológico; han motivado la decisión de profundizar sobre las características y las conclusiones de los proyectos de participación desarrollados, evaluados y publicados sin profundizar en las causas que le han llevado a esta situación residual ni en los beneficios de los mismos.

Aunque gran parte de lo publicado en el campo de la participación se encuentra en formato libro o literatura gris³ se decide utilizar como método el análisis de los artículos publicados en revistas profesionales por su implicación en el avance de las disciplinas y la transmisión de conocimiento a nivel académico y profesional (Estrada-Lorenzo & Buey-Villaverde, 2009). Se parte del convencimiento de que la documentación, evaluación y publicación cumplen un papel fundamental en las prácticas profesionales de la participación y de que las dificultades podrán solventarse con el conocimiento y la estructuración del aprendizaje adquirido en la actividad cotidiana tanto académica como a 'pie de calle'. Además, también se considera que la carencia de información científica-técnica puede estar impidiendo a nivel político la toma de decisiones que sirvan de apoyo a la intervención comunitaria profesionalizada, del mismo modo que un mayor reconocimiento y reclamación técnico y social a este tipo de proyectos.

En este contexto, la investigación se plantea como objetivo principal identificar las principales características de los proyectos de participación ciudadana y comunitaria implementados en territorio español que han sido evaluados y publicados en revistas profesionales españolas. Para ello se propone cuantificar el número de evaluaciones de proyectos de participación ciudadana y comunitaria publicadas entre enero de 2011 y diciembre de 2017, caracterizar el tipo de participación propuesta en los proyectos, verificar si cumplen criterios mínimos de calidad y de buenas prácticas de participación y, por último, visibilizar el papel del trabajador social y los servicios sociales en la autoría y desarrollo de estos proyectos.

.....

3 Tesis doctorales, actas de congresos, informes de investigación, memorias, proyectos, patentes, normas, traducciones científicas, páginas web, blogs etc.

2. Desarrollo de la investigación. Metodología.

Se desarrolla una revisión sistematizada siguiendo el esquema SALSA (Grant & Booth, 2009) que estructura el proceso en cuatro fases y garantiza que los trabajos analizados proceden de una búsqueda planificada (*Search*); seleccionados o rechazados según criterios de calidad (*Appraisal*); sintetizados según un protocolo (*Synthesis*) para que, los datos obtenidos sean analizados, valorados y presentados (*Analysis*).

2.1 Búsqueda (*Search*)

La búsqueda se realiza en el portal bibliográfico de literatura científica hispana Dialnet y en la biblioteca científica electrónica Scielo España a través de varias búsquedas que incluían las palabras: “participación comunitaria” y “participación ciudadana” unidas a evaluación. Anticipando un número escaso de artículos publicados que se ajustaran a los criterios de selección se incluyen las palabras: “acción comunitaria”, “desarrollo comunitario”, “intervención comunitaria”, “participación social” y “participación pública”.

2.2 Selección (*Appraisal*)

Para la selección de artículos se utiliza una serie de criterios que se van adaptando a la realidad de la muestra marcando como “no claro” los artículos que no se ajustan a los criterios de inclusión y modulando la definición tras cada búsqueda:

Criterio 1 EXCLUIR artículos publicados fuera del periodo de enero de 2011 y diciembre de 2017.

Criterio 2 EXCLUIR artículos que presentan evaluaciones de proyectos implementados fuera de España.

Criterio 3 INCLUIR artículos que contemplan entre sus objetivos o hipótesis la presentación de resultados obtenidos de la evaluación de un proyecto participación ciudadana entendida esta como: “intervención de los particulares en actividades públicas mediante el ejercicio de sus derechos civiles” (Freile-Gutierrez, 2014)

Criterio 4 INCLUIR artículos que contemplan entre sus objetivos o hipótesis la presentación de resultados obtenidos de la evaluación de un proyecto de participación comunitaria entendida esta como: “proceso social en el que grupos específicos, que comparten ciertas necesidades y viven en una zona geográfica definida tratan activamente de identificar esas necesidades, adoptan decisiones y establecen mecanismos para atenderlas” (Bichmamann, Rifkin, & Shrestha, 1989).

Criterio 5 EXCLUIR artículos que contemplan entre sus objetivos o hipótesis la presentación de resultados obtenidos de la evaluación de un proyecto de participación liderado por profesionales y orientado a la mejora de su actuación.

Criterio 6 EXCLUIR artículos que contemplan entre sus objetivos o hipótesis la presentación de resultados y reflexiones obtenidos de revisiones de proyectos que no aparecen definidos en el propio artículo.

Criterio 7 EXCLUIR artículos que contemplan entre sus objetivos o hipótesis la presentación de reflexiones y aportaciones teóricas acerca de la participación obtenidas a partir de una búsqueda bibliográfica.

Criterio 8 EXCLUIR artículos que contemplan entre sus objetivos o hipótesis la presentación de reflexiones y aportaciones teóricas obtenidas de una investigación en la que se invita a participar a la población a través de un grupo de discusión, cuestionario, entrevista o cualquier otra técnica de obtención de información.

Criterio 9 EXCLUIR artículos que no contemplan la participación entre sus objetivos.

2.3 Estructuración de la información (*Synthesis*)

Para la obtención y estructuración de la información a cada artículo se le asigna un código conformado por la abreviatura de la palabra clave que ha permitido su localización más un número y se utiliza un **protocolo estructurado** en varios apartados:

2.3.1 Datos identificativos y aspectos generales de los artículos

Este apartado recopila los principales datos identificativos de los artículos como el título, el repositorio del que se obtienen (Dialnet, Scielo), el nombre y año de la publicación y la disciplina en la que se incluye.

2.3.2 Datos relacionados con la autoría de los artículos

Recoge datos referentes a la autoría de los artículos como el sexo, la disciplina del primer autor y la existencia de interdisciplinariedad cuando hay más de un autor (a partir de su nombre completo y de la profesión o actividad laboral al firmar el artículo), el tipo de institución responsable del artículo (sanitaria, educativa, universidad, medio ambiente, urbanismo, servicios sociales, asociación, empresa externa, otra, ns/nc) y la existencia de intersectorialidad si hay más de una institución (a partir del tipo de institución al firmar el artículo) y la implicación del autor o la institución (en la implementación y la evaluación, en la evaluación).

2.3.3 Datos de la evaluación

Reúne las principales características de la evaluación publicada como el tipo de evaluación (según la dependencia del equipo que la realiza respecto a la institución que implementa el proyecto: interna, externa, interna con apoyo externo) y el momento de realización de la evaluación (al finalizar, anual, punto intermedio de un proyecto sin finalizar, tras un tiempo de la finalización).

2.3.4 Datos de los proyectos evaluados

Registra las características básicas de los proyectos incluyendo el nombre y el ámbito territorial de la estrategia de referencia en la que el proyecto se encuadra (internacional, europeo, nacional, autonómico, local), las teorías que lo sustentan, si se trata de un proyecto finalizado y su duración (<1 año, >1 año y <5, >5 años), el colectivo que lidera el inicio (po-

blación, técnicos, tercer sector, políticos, varios), el ámbito de actuación (sanitario, educativo, universidad, medio ambiente, servicios sociales, asociación, ciudadanía, tercer sector, otra) y territorial (nacional, autonómico, mancomunidad, diputación, local, barrio/distrito, varios) de los participantes en el proyecto, la existencia de intersectorialidad, los objetivos del proyecto (mejora de democracia y mecanismos participativos, mejora de participación de la ciudadanía en gestión, mejora de relaciones de miembros de la comunidad, ampliación de organizaciones, mejora de las personas, mejora de organizaciones, mejora física del territorio, mejora estructural) y contenidos abordados (según ámbitos de Federación Española de Municipios: Bienestar Social, Cultura, Consumo/comercio, Educación, Deporte/juventud/ocio, Desarrollo rural y pesca, Desarrollo económico/empleo, Nuevas tecnologías, Hacienda/finanzas, Integración/cohesión, Promoción, Medio Ambiente, Salud, Salud Pública, Igualdad, Participación ciudadana/calidad, Transporte/infraestructuras, Seguridad/convivencia, Movilidad/accesibilidad) si se trata de un proyecto multinivel con intervenciones individuales, grupales y comunitarias (incluye realización de infraestructuras) y, por último, si aparece en su desarrollo la figura del trabajador social.

2.3.5 Datos de la participación planteada en el proyecto

En este apartado se utilizan cuatro criterios: grado de posibilidad de la población de incidir en decisiones colectivas, mecanismos y modelos participativos propuestos por el proyecto, integración de parámetros de participación y transversalidad en el proyecto y amplitud en el grado de participación de la población en el proyecto.

a. Grado de posibilidad de la población de incidir en decisiones colectivas.

Siguiendo la escala adaptada de Arnstein (Arnstein, 1969) y Hart (Hart, 1993) para definir la no participación y la de Hart para la definición de tipos de participación.

A cada ítem se le otorga una puntuación siendo 0 el valor más bajo posibilidad de incidir en decisiones de la población y 3 el más alto. Para su análisis se analiza la media obtenida por el total de proyectos de participación ciudadana y participación comunitaria.

Para considerar cada grado se utilizan las siguientes definiciones:

- ✓ Manipulada (Hart)(Arnstein) -Puntúa como 0-: Población utilizada para realizar acciones que no entienden y que responden totalmente a intereses ajenos a los suyos, es utilizada como instrumento de quien detenta el poder. Por ejemplo: concurso para rescatar ideas de una intervención que se reorienta desde el punto de vista de un profesional o petición de firmas para conseguir objetivos propios de quien detenta el poder sin que esto quede claramente explícito. No se considera participación, aunque el objetivo final sea la mejora del colectivo manipulado.
- ✓ Simbólica (Hart) -Puntúa como 0-: Población incorporada por invitación o por derecho, pero sin incidencia. Por ejemplo, se da oportunidad de expresión en conferencias o congresos, se invita a comités asesores o consejos consultivos con poder de derecho, pero no de hecho, con el objetivo expreso de «educar» o conseguir su apoyo. Se busca el bienestar de los participantes, pero siguen siendo manipulativos.
- ✓ Decorativa (Hart) -Puntúa como 0-: Población incorporada como accesorio para “decorar” o “animar” determinada actividad. Por ejemplo, se utiliza a población indíge-

na, a sectores muy pobres a niños o discapacitados para “lucirlos” como beneficiarios de tal o cual programa o con intención “folklórica”. La población acude por una causa ajena a la real por ejemplo tomar refrescos, divertirse o viajar.

- ✓ Terapia (Arnstein) -Puntúa como 0-: Los ciudadanos se involucran en el diseño de la actividad intensamente pero el foco del profesional está puesto en la curación de su «patología» más que en cambiar las situaciones estructurales que las crean.
- ✓ Asignada pero informada (Hart) -Puntúa como 1-: La población comprende las intenciones del proyecto, sabe quien tomó las decisiones para que la población participe y porqué, tiene un papel significativo y no manipulativo y se ofrecen a participar tras conocer claramente el proyecto. Un ejemplo es el que se da cuando llega una obra de infraestructura a la localidad y se le encarga a la población una tarea en la que aportarán su mano de obra. En ese caso, a la población se le asigna una tarea, pero está informada de lo que va a hacer y consiente.
- ✓ Consultada e informada (Hart) -Puntúa como 2-: Los agentes externos diseñan e informan sobre el proyecto y realizan una consulta a la población sobre el mismo. La población comprende el proceso y desarrollo del mismo y con esa información decide su participación. Su opinión se toma en cuenta. Por ejemplo, los maestros de una escuela deciden un paseo escolar y consultan con los niños si quieren ir y dónde quieren ir.
- ✓ Acción ideada por agentes externos y compartida con la población (Hart) -Puntúa como 2-: La población se incorpora a pensar y aportar respecto a la acción a realizar. Este caso se daría, si en el ejemplo anterior, los maestros consultaran y compartieran con los niños la planificación de las actividades a realizar en el paseo.
- ✓ Acción pensada y ejecutada por la propia población (Hart) -Puntúa como 3-: No hay relación con agentes externos. Por ejemplo, un grupo organiza un campeonato de barrio. La población es la protagonista, sin embargo, no cuentan con el aporte que podría brindar la experiencia o dominio técnico de agentes externos.
- ✓ Acción pensada por la propia población y compartida con agentes externos de desarrollo (Hart) -Puntúa como 3-: Tomando el ejemplo anterior, el grupo organiza el campeonato y coordinan con otro colectivo el apoyo al evento.

Los niveles puntuados como 0, 1 y 2 corresponderían a lo que Arnstein denomina participación simbólica (Información, consulta, sostén) y el que puntúa como 3 a la participación en la que el ciudadano detenta poder para incidir en las decisiones colectivas (colaboración, delegación, control). En aquellos casos en que la acción es pensada por agentes externos y compartida con la población y existe posibilidad de escucha y modificación podría asimilarse al nivel que Arnstein consideraba colaboración.

b. Mecanismos o modelos de participación propuestos en el proyecto.

Siguiendo un esquema de elaboración propia modificado del presentado por Ganuza (2006), se registran los mecanismos que en el artículo puntuando con un 1, 2 o 3 y señalando con una A (asociación), I (personas físicas a título individual) o M (ambas) el tipo de colectivo de población a la que se dirige. Para su análisis se analizará la media obtenida por el total de

proyectos de participación ciudadana y participación comunitaria, considerándose el valor más bajo el 1.

Las definiciones utilizadas para determinar el mecanismo han sido las siguientes:

- ✓ Mecanismos informativos -Puntúa como 1-: Unidireccionales, uno da y el otro recibe. Por ejemplo, revistas, propaganda, documentos oficiales, oficina de atención al ciudadano y uso de web (I).
- ✓ Mecanismos consultivos -Puntúa como 2-: Bidireccionales, el tema de consulta es cerrado. En este tipo de mecanismos se pueden encontrar:
 - Métodos tradicionales: Previstos en normas procedimentales poco activos, regulados y obligatorios. El ciudadano se incorpora a la adopción de decisiones tan solo para introducir alegaciones u opiniones referidas a inconvenientes o intereses individuales. Por ejemplo: consejos consultivos (A), encuestas (I), foros y consejos (M).
 - Métodos innovadores: Existe cierta preocupación por incorporar a los grupos infrarrepresentados de la sociedad y de complementar la democracia representativa con elementos de democracia directa. Promueven la discusión y reflexión ciudadana sobre temas que les afectan. Por ejemplo: Internet interactiva, referéndum y panel ciudadano (I); y, planificación urbana (M)
 - Métodos basados en el ciudadano como cliente: Están regulados y se vinculan al enfoque de la gestión de la calidad. Pretenden mejorar la administración de un servicio concreto y no la mejora de toda la comunidad. Por ejemplo: encuestas, quejas y reclamaciones (M).
- ✓ Mecanismos de participación activa -Puntúa como 3-: Recíprocos, igualdad en el establecimiento de contenidos.
 - Métodos deliberativos: Toma de decisiones reflexionada y consensuada entre todas las partes implicadas. Por ejemplo, jurados ciudadanos, conferencias de consenso, encuestas deliberativas (I).
 - Métodos implicativos: Procesos en los que la población se implica en la gestión. Por ejemplo, cogestión de servicios (A), presupuestos participativos (I), planes integrales de barrio (M).

c. Integración de parámetros de participación y transversalidad en el proyecto. Según un esquema adaptado del utilizado por el Programa Ciudad 21 (2006) se caracterizan distintas estrategias de sostenibilidad de la participación ciudadana otorgando una puntuación de 1 al valor más bajo y 3 el más alto. Para su análisis se analizará la media obtenida por el total de proyectos de participación ciudadana y participación comunitaria.

Las definiciones utilizadas para cada definir cada estrategia son:

- ✓ Simbólica -Puntúa como 1-: Procesos puntuales enfocados a buscar una solución “a posteriori”. El tema es cerrado y se da prioridad al proceso de participación ciudadana marcada por normativa.

- ✓ Pluralista -Puntúa como 2-: Se implica la ciudadanía en el proceso de participación en un tema cerrado.
- ✓ Tecnocrática -Puntúa como 2-: Se implica la población en la implementación del proyecto, pero no se crean mecanismos participativos en el resto de las fases.
- ✓ Estratégica -Puntúa como 3-: Existe una amplia red temática y de “actores”. La participación ciudadana no se hace solo con organizaciones sectoriales con objetivos muy concretos, sino que se abre a la ciudadanía.

d. Amplitud en el grado de participación de la población en el proyecto.

Este criterio se compone de un sistema de cinco indicadores propuesto por Bichmamann et al (1989) que se compone por un conjunto de preguntas que contribuyen a su demostración y que miden el liderazgo (¿está representada toda la comunidad?), la evaluación de necesidades (¿quién evalúa?), la gestión (¿en quién recaen las responsabilidades y decisiones de gestión de programa y actividades?); la asignación y movilización de recursos (¿los recursos son externos o de la propia comunidad?) y la organización (¿se crean nuevas estructuras o se insertan en las existentes?). Estos indicadores se puntuaban de 1 (más baja) a 3 (más alta) según el número de características que se adecuaban a su cumplimiento. Si no aparece ninguna característica se otorga un 1, si aparecen una o dos un 2 y si aparecen tres o más un 3. Para su análisis, se obtiene la media de cada indicador para cada proyecto y para el global de proyectos. Del mismo modo se obtiene la media del conjunto de los indicadores para cada proyecto, para el global de proyectos y para el total de proyectos de participación ciudadana y participación comunitaria (Gráfica 2).

2.3.6 Datos de cumplimiento de criterios de calidad para la participación

En este apartado se utiliza el criterio claves para la calidad en los proyectos de participación siguiendo un modelo adaptado de Wandersman (2009). Este criterio se compone de un sistema de cinco indicadores definidos por un conjunto de características. En función del número de características que aparezcan en el proyecto cada indicador se puntúa de 1 (valor más negativo) a 3 (más positivo). Si no aparece ninguna característica se otorga un 1, si aparecen una o dos un 2 y si aparecen tres o más un 3. Para su análisis, se obtiene la media de cada indicador para cada proyecto y para el global de proyectos. Del mismo modo se obtiene la media del conjunto de los indicadores para cada proyecto y para el global de proyectos y para el total de proyectos de participación ciudadana y participación comunitaria (Gráfica 3).

2.3.7 Datos de cumplimiento de condiciones mínimas de buenas prácticas de participación

En este apartado se utiliza un criterio compuesto por siete condiciones mínimas con distintos indicadores elaborados con las definiciones dadas por Díaz (2007) y por el Observatorio Internacional de la Democracia Participativa (2007). En función del grado de cumplimiento de cada indicador se puntúa de 1 (valor más negativo) a 3 (más positivo) y el valor de cumplimiento de la condición mínima se consigue hallando el promedio de los indicado-

res que lo componen (al haberse seleccionado únicamente las consideradas condiciones mínimas de buena práctica debieran aparecer ponderadas con el valor 3). Para el análisis, se obtiene la media de cada indicador para cada proyecto y para el global de proyectos. Del mismo modo se obtiene la media del conjunto de los indicadores para cada proyecto y para el global de proyectos y para el total de proyectos de participación ciudadana y participación comunitaria (Gráfica 4).

2.4 Análisis (Análisis)

Se plantea un análisis descriptivo de las variables contemplando diferencias en relación al tipo de participación y utilizando como software para la recogida y análisis de la información el programa Excell. Además, para el análisis de conclusiones se utilizó la síntesis narrativa o resumen de contenidos, contemplando diferencias por tipo de participación y tema principal.

3. Resultados

Las búsquedas identificaron 299 artículos (excluyendo duplicados) en 175 revistas de 11 disciplinas, siendo las más frecuentes: ciencias de la salud (38.3%), psicología y educación (23.1%), ciencias sociales (14.4%) y ciencias jurídicas (9.8%). En la categoría específica de trabajo social, se localizaron únicamente 4 artículos.

“Participación social” fue la palabra que permitió localizar más artículos (85), con el resto una media de treinta y siete artículos.

Tras la lectura de títulos y resúmenes se seleccionaron trece artículos (4.3%), siete respondían a la definición de participación ciudadana y seis a la de comunitaria (Gráfica 5).

3.1 RESULTADOS DEL PROTOCOLO ESTRUCTURADO

3.1.1 Artículos seleccionados y revistas de publicación

Se seleccionaron artículos en 13 revistas de 6 disciplinas. Los artículos de participación ciudadana se publicaron en revistas dedicadas a las ciencias sociales, las ciencias biológicas, geociencias, medioambiente y tecnologías. Los de participación comunitaria en revistas de ciencias sociales, psicología y educación y humanidades y arte. Ninguno fue publicado en una revista de trabajo social ni localizado en Scielo (Tabla 1).

3.1.2 Fecha de publicación

La media anual apenas llega a dos, uno de participación ciudadana y menos de uno de participación comunitaria. Los años más fructíferos fueron el 2014 (5) y el 2012 (3), mientras que en 2011 no se localizó ninguno.

3.1.3 Autoría

El 62% son hombres. Por tipo de proyecto, el 86% de los autores de artículos de participación ciudadana son hombres frente al 33% en los de comunitaria.

Las disciplinas de referencia explicitadas son variadas, en los artículos de participación ciudadana pertenecen mayoritariamente al ámbito de las tecnologías y en los de comunitaria al de la cultura y la acción social. Ninguno es trabajador social.

Aunque diez artículos tienen autoría compartida, solo en cuatro puede comprobarse su interdisciplinariedad e intersectorialidad.

Con mayor frecuencia trabajan en la universidad (seis artículos de participación ciudadana y tres de comunitaria), también en una consultora externa, una ONG y dos instituciones culturales. En ningún caso trabaja en servicios sociales.

La mayoría de los autores de artículos de participación comunitaria se implican en todas las fases del proyecto mientras que en los de ciudadana este hecho está más repartido.

3.1.4 Características de las evaluaciones

Seis son evaluaciones externas realizadas por equipos universitarios (5) y consultoras (1). En las internas la universidad sigue siendo crucial ya que es la institución responsable del artículo (4).

Ocho evaluaciones se realizan al finalizar el proceso de intervención y cuatro en un punto intermedio, tan solo una valora el impacto dos años después de finalizar. Las evaluaciones intermedias son más frecuentes en proyectos de participación ciudadana.

3.1.5 Características de los proyectos

El tema principal de los proyectos de participación ciudadana es la gestión del territorio, natural o urbano; también se dirigen a un elemento clave como es la gestión del discurso. En los de participación comunitaria, el desarrollo comunitario y la educación de la ciudadanía (Tabla 1).

Los proyectos de participación ciudadana se asocian a subvenciones o investigaciones, tan solo uno está incluido en la programación institucional. Los de comunitaria a proyectos de investigación universitarios, subvenciones europeas, bancos de experiencias y estrategias de intervención institucionalizadas.

Las teorías que sustentan los proyectos de participación ciudadana son evaluativas y normativas, también se nombran manifiestos o teorías de comunicación y deliberación. Los de participación comunitaria en teorías de intervención o recomendaciones internacionales.

Únicamente cinco proyectos evaluados han finalizado y su duración es superior a los cinco años en la mitad de ellos e inferiores al año en dos.

Once proyectos surgen por iniciativa de técnicos institucionales algunos junto con políticos (1) o población (2). Aunque el origen sea técnico en su desarrollo colaboran asociaciones y ciudadanía, estudiantes, empresas, comerciantes y ONG.

Los sectores institucionales que más participan son: cultura y educación (5 proyectos), universitario (4), medio ambiente (3), urbanismo (2) y empleo y desarrollo local (1).

Los proyectos se desarrollan en el ámbito local (11) o nacional (2) y en diez colaboran instituciones de varios ámbitos territoriales: autonómicas, regionales, o comarcales. Se ubican en seis de las diecinueve Comunidades Autónomas y únicamente en Cataluña se implementan proyectos de las dos categorías, en el resto tan solo de participación ciudadana (Andalucía, Murcia y Madrid) o comunitaria (Valencia, Castilla León).

Comprobada la correspondencia geográfica de las diez universidades participantes con las Comunidades con proyectos se observa que la única sin participación universitaria es la Junta de Castilla León.

Los objetivos más frecuentes son la mejora de la participación de la ciudadanía en gestión, la mejora de democracia y los mecanismos de participación; y la mejora física del territorio.

Los contenidos abordados son variados: participación ciudadana (85%), cultura (38%), medio ambiente, desarrollo económico y empleo, integración y cohesión (30%) y transporte e infraestructura (23%).

Respecto a las actuaciones programadas, seis proyectos (15% de los proyectos de participación ciudadana y el 66% de los de comunitaria) proponen actuaciones multinivel (individuales, grupales y comunitarias).

En el análisis se hallaron ciertas similitudes en el tema principal abordado según el tipo de participación. En la ciudadana eran temas más vinculados con la gestión: discurso, urbana integral, zona natural; y en la comunitaria más vinculados con el desarrollo y la educación: desarrollo comunitario, voluntariado, educación patrimonial y educación y participación ciudadana.

3.1.6 Características de la participación

a) Grado de posibilidad de la población de incidir en decisiones colectivas

Aproximadamente en la mitad de los proyectos las acciones son pensadas por agentes externos pero compartidas con la población. Aunque se prevean las posibilidades de participar o incidir en las decisiones colectivas finalmente, la incidencia puede pasar a ser simbólica debido a la tecnificación del proyecto, no convocarse las Comisiones de Seguimiento o porque las reflexiones no sean escuchadas por los responsables. Solo un proyecto plantea acciones pensadas por la población. La valoración de los proyectos de participación ciudadana es más baja (1,7) que los de comunitaria (2,1) (Tabla 2).

b) Mecanismos de participación propuestos en los proyectos

Ocho de los proyectos analizados presentan varios mecanismos de participación. A los mecanismos tradicionales informativos, consultivos o de participación activa implicativa se añaden técnicas grupales y mecanismos innovadores no regulados que favorecen el diálogo y el intercambio de opiniones. Los proyectos de participación ciudadana plantean mecanismos informativos, consultivos y deliberativos que se ofrecen a individuos,

asociaciones o a ambos según el proyecto. Los de participación comunitaria ofrecen métodos de participación activa. Pocos proyectos plantean como única opción la participación asociativa, predominan mecanismos mixtos que permiten la participación individual y asociada. Para garantizar mayor participación individual se utiliza internet. Todos los mecanismos exigen habilidades técnicas específicas y cierta especialización para su implementación. Los proyectos de participación ciudadana presentan un valor medio menor (2,3 frente a 3), siendo la media para el global de proyectos 2,6 (Tabla 3).

c) Integración de parámetros de transversalidad temática y nivel de participación

Seis proyectos ofrecen el mejor escenario con estrategias globales que dan sostenibilidad a los procesos participativos articulando una amplia red de actores y un amplio abanico de temas. Cuatro plantean una estrategia pluralista que no facilita la identificación de la población. Los proyectos de participación ciudadana presentan un valor más bajo (1,8 frente a 2,8) (Tabla 4).

d) Grado de participación de la población

El análisis de la puntuación de los indicadores de este criterio para el global de proyectos muestra niveles más bajos en liderazgo, evaluación de necesidades y gestión; y más altos en asignación y movilización de recursos y organización. La puntuación media del global de proyectos es de 2,42 estando de nuevo los de participación comunitaria por encima de la media (2,67) y los de ciudadana por debajo (2,20) (Tabla 5).

3.1.7 Cumplimiento de criterios de calidad para la participación

El conjunto de los proyectos muestra resultados elevados en: recursos materiales y humanos y de monitorización del proyecto, adecuación de la implementación y solidez de la fundamentación teórica; y bajos en uso de procesos participativos en todas las fases de proyecto. Los proyectos con peores puntuaciones obtienen 2,2 y los de mejores 2,8. La puntuación media del global es 2,68, los proyectos de participación ciudadana 2,49, y los de comunitaria 2,68 (Tabla 6).

3.1.8 Cumplimiento de condiciones mínimas de buenas prácticas de participación

Para configurar este criterio se habían seleccionado las consideradas condiciones mínimas para considerarse buenas prácticas de participación y, por tanto, deberían haber puntuado en todos los casos como 3. El conjunto de los proyectos muestra el nivel más bajo en el indicador intensidad de participación en todas las etapas (2,15) y en el de integración o vinculación a políticas (2,23) y el más alto en el indicador de definición de reglas y responsabilidades (2,85) y el de sistematización de la planificación (2,62). La puntuación media de los proyectos es 2,48 (Tabla 7).

3.2 RESULTADOS DE LA SÍNTESIS NARRATIVA DE CONCLUSIONES

Los proyectos de participación ciudadana concluyen acerca del procedimiento de evaluación, la eficacia y eficiencia de resultados y sobre la negociación de expectativas, actuaciones y reglas del juego. Para afrontar estas situaciones proponen: a) comprender las circunstancias de la calidad de la deliberación, las variables en juego y las posiciones que generan; b) acompañar las intervenciones con planes de pedagogía urbana que contengan actuaciones previas de sensibilización, movilización, posicionamiento y organización entre la diversidad de actores, sectores y escalas; c) que el equipo que diseña, lidera y coordina sea interdisciplinar y cuente con expertos en gestión de la participación y mediación de conflictos en todas sus fases.

Los proyectos de gestión del discurso concluyen sobre la necesidad de recoger el sentir de la ciudadanía para gestionar las ciudades y la relación entre sus actores. Los de gestión del territorio natural evalúan sin contar con la población y sin indicadores de participación. Los de gestión del territorio urbano parten de un concepto de ciudad complejo (ciudad física -*Urbs*-, ciudad social -*Civitas*- y política -*Polis*-) y entienden que su gestión y los cambios propuestos requieren procesos y herramientas complejas cuestionando que no se prevean evaluaciones intermedias.

En general, se destaca: la existencia de presupuestos y marcos normativos que permiten crear redes, superar las clásicas políticas sectoriales y abordar contenidos con dimensión socioeconómica; la confluencia de diversos presupuestos que obliga al entendimiento entre niveles y áreas administrativas; la incorporación en agenda a barrios marginales y dignificación de sus espacios; la concentración de presupuestos en actuaciones urbanísticas de grandes inversiones obviando actuaciones sociales, a pesar de los diagnósticos; el mayor tiempo que precisan las transformaciones sociales respecto de las físicas (cuatro o cinco años) sobre todo en época de crisis, por ello las políticas sociales deberían reforzarse con programas sociales menos costosos y a largo plazo. También observan que la excesiva estructuración y burocratización aleja a la población y para evitarla reclaman mayor autonomía de los equipos de gestión, la adecuada puesta en marcha de los mecanismos de participación previstos y la creación de otros que permitan la participación cercana.

Los proyectos de participación comunitaria recogen y reflexionan sobre la metodología de intervención y los objetivos conseguidos por la población y la comunidad sin mencionar presupuestos ni recursos asociados ni el procedimiento de evaluación.

Al hablar de logros de la población destacan su papel como agente activo y de capital social y la superación de enfoques asistenciales; y de los de la comunidad destacan la creación de espacios de diálogo que permiten la gestión compartida y el aumento del trabajo en red, la acción voluntaria y la iniciativa social. Contemplan la participación en estos espacios como una oportunidad de aprendizaje y ejercicio de clima de confianza, seguridad y libertad de expresión. También subrayan que dialogar con “otros” evita la uniformidad y la paralización.

Recomiendan tomar estos proyectos como un punto de partida de una relación y su finalización como un punto y seguido. Para conseguirlo, señalan la necesidad de dar continuidad y planificación técnica a las intervenciones y establecer metodologías que equilibren acción y reflexión, permitiendo así el calado y la aplicación en otras facetas de la existencia de los actores y la generación de propuestas.

En todos estos procesos, se considera imprescindible la transparencia y que los equipos de proximidad y las instituciones crean en el camino y aprendan a mantener la llama encendida para que el territorio y sus entidades vuelvan a creer en sí mismas y den continuidad a los procesos iniciados.

4. Discusión

El número de trece artículos seleccionados se antoja escaso, y más si la búsqueda de la palabra participación en Dialnet en el mismo periodo ofrece un resultado de 13.934 artículos. Este dato lleva a cuestionar el motivo:

- ¿no se evalúa?, ¿no se publica? En cualquier caso, se confirmaría la escasa cultura de publicación y de evaluación de nuestro país y abriría la puerta a reflexionar sobre si publicar corresponde exclusivamente al ámbito de la investigación o si investigar es lo mismo que evaluar.
- ¿Se planteó la búsqueda correcta? Se podrían haber añadido más palabras, haber abierto el campo de búsqueda o haber incluido textos de literatura gris, pero no garantizaría que los artículos respondieran a los criterios de inclusión. Algunos artículos concluyen que las prácticas participativas no son frecuentes y menos aquellas que corresponderían con nuestros criterios (Bustamante, 2013), (Gómez, y otros, 2017) (Aguilar, 2006).
- ¿Han influido los recortes? Para corroborarlo habría que analizar un periodo mayor.

La principal limitación es el posible sesgo en la valoración por falta de información, porque la encontrada no permite la correcta interpretación o por ser un trabajo individual. Las variables con más dificultades de interpretación: objetivos de los proyectos, fundamentación teórica sólida, integración de parámetros de participación y ámbitos temáticos y la clasificación de mecanismos de participación.

El estudio aporta un análisis global y comparado de los proyectos de participación ciudadana y comunitaria no realizado anteriormente que facilita la transferencia de conocimientos entre ambos ámbitos y que utiliza indicadores que facilitan la comparación de resultados.

Para caracterizar el tipo de participación resulta clave el criterio del grado de posibilidad de incidir en decisiones colectivas. Para su diseño se utilizaron las clasificaciones de Hart y Arnstein por considerarlas fáciles de interpretar y porque la definición parte desde el punto de vista de la acción en la que se participa y no desde el de la institución que “informa”, “consulta” ... a la ciudadanía.

Se halla un reparto desigual de proyectos en el territorio nacional aunque no se puede discernir si guarda relación con un mayor apoyo estratégico o con el mayor acercamiento del mundo universitario.

También se hallan ciertas peculiaridades respecto a la autoría. El 70% de los autores dependen de la Universidad y realizan evaluaciones externas sin implicarse en todas las fases de la intervención ni publicar con los equipos de implementación. Aunque las evaluaciones externas ofrecen objetividad y rigor, habría que valorar la relación evaluación/ implementación y la búsqueda de fórmulas de transferencia del conocimiento al territorio

y del aprovechamiento de la experiencia de profesionales externos. A pesar de que se reclama intersectorialidad e interdisciplinariedad para el abordar y evaluar procesos complejos esto no sucede. Es mayor el número de autores masculinos, aunque por tipo de proyecto el número de autoras es mayor en los proyectos de participación comunitaria. Este dato adquiere mayor significación al relacionarlo con las estrategias y conclusiones ya que continúan repitiéndose los sempiternos roles.

Las estrategias de apoyo de participación ciudadana están vinculadas a presupuestos y procesos más tecnificados (proyectos más “de políticos”) y las de apoyo a la comunitaria a metodologías de intervención institucionales, a la continuidad de relaciones y una aparente menor tecnificación, en estos los presupuestos suelen vincularse a la institución universitaria (proyectos más “de técnicos”).

Las conclusiones reflejan que los proyectos de participación ciudadana, invierten más en actuaciones para conseguir cambios físicos que sociales y reclaman mayor continuidad de políticas que promuevan cambios sociales y mayores presupuestos e intersectorialidad. Los proyectos de participación comunitaria priorizan el diálogo y la relación, el establecimiento de redes, el capital social, el desarrollo comunitario; reclaman continuidad y planificación técnica, tiempo y metodologías que favorezcan relaciones a medio plazo y que permitan la acción y reflexión para que la población genere propuestas nuevas, o sea, indirectamente presupuestos ni recursos.

También ofrecen pistas sobre los aspectos que conducen a mayor eficacia y participación. Las estrategias estables que ofrecen presupuestos y apoyo institucional parecen insuficientes, de hecho, los proyectos de participación ciudadana con más apoyo y recursos, cuentan con valores más bajos en el criterio de cumplimiento de claves para la calidad en los proyectos de participación. Aunque no se pueden obviar el apoyo institucional ni los requisitos técnicos (Wandersman, 2009) (Ganuza, 2006) (Del Pino & Colino, 2003) (OIDP, 2006) el factor humano y las relaciones aparece como clave para la calidad y el éxito del proyecto también autores como Canals que lo relaciona con el concepto de *communitas* (1997) o Wandersman que añade el valor humano del equipo y su confianza en el cambio como la de mayor influencia en el pronóstico del éxito (2009) lo reconocen como tal. Este factor está más incorporado en los programas de participación comunitaria que en los de ciudadana.

Un reto sería conseguir que en proyectos a gran escala e integrales los actores del territorio participen en el diseño y en la evaluación; y que participen en el diseño de estrategias en los proyectos a pequeña escala.

Aunque en alguno de los proyectos analizados el devenir de los acontecimientos haya podido degenerar en una participación simbólica, no se ha detectado ninguno en el que el grado de posibilidad de la población de incidir en decisiones colectivas sea nula desde su diseño. Tampoco se menciona en los proyectos de participación comunitaria la falta de participación. Quizá el hecho de publicar cribe proyectos sin condiciones técnicas que procuran la calidad de la participación y mejores resultados. Tampoco se han encontrado acciones pensadas y ejecutadas por la población, posiblemente porque no den prioridad a publicar o tengan otros lugares de publicación.

Algunos de los aspectos metodológicos a mejorar serían: “contenidos” y “objetivos” requieren un análisis complejo; el contraste en interpretación; incorporar la intersec-

torialidad, multiescala e intervenciones multinivel en los criterios de buenas prácticas y calidad; reducir el número de variables analizadas.

5. Conclusiones y propuestas

- Se publican aproximadamente dos artículos al año con evaluaciones de proyectos de participación, uno de participación ciudadana y otro de comunitaria en revistas de disciplinas muy variadas: ciencias sociales, biológicas, medioambiente, tecnologías, psicología y educación, humanidades y arte y jurídicas.
- Predominan los artículos elaborados por investigadores universitarios y los autores del sexo masculino en los artículos dedicados a la participación ciudadana y femenino en los de comunitaria.
- Se corrobora una diferenciación entre proyectos de participación ciudadana caracterizados por contar con más presupuesto, técnicas más “sofisticadas” y más vinculados al mundo de lo “político” y de participación comunitaria proyectos con menos presupuesto que utilizan técnicas más “humanas” y más vinculados al mundo de lo “técnico”. También se corrobora, en contra de lo deseado, que el flujo de información entre ellos es escaso.
- Son escasas las estrategias de apoyo institucional a la participación y especialmente las dirigidas a la participación comunitaria.
- Los proyectos de participación ciudadana obtienen un valor inferior a los de comunitaria en todos los criterios de participación analizados.
- Los proyectos de participación ciudadana con mas apoyo político y recursos en sus conclusiones solicitan complementarse con proyectos de participación comunitaria centrados en la comunidad, relaciones horizontales y reflexivas. Los de comunitaria más tiempo. El nexo de unión entre ellos es más fuerte de lo que refleja la realidad.
- Los proyectos de participación se asocian a relaciones horizontales, la gestión del conflicto, de los afectos y de la toma de decisiones. Los de participación ciudadana, están más habituados a gestionar el conflicto y los de comunitaria el diálogo.
- El interés universitario por evaluar y publicar se opone al desinterés del profesional de intervención.
- La figura del trabajo social y los servicios sociales es irrelevante en los proyectos de participación analizados.
- Propuestas:
 - Cuestionar las propuestas de intervención de los servicios sociales y el rol del trabajador social en las mismas a favor de intervenciones comunitarias en las que se priorice la participación.
 - Cuidar las propuestas de participación, especialmente en épocas de crisis en las que la desconfianza aumenta. De no cumplirse las expectativas no se cubren objetivos y se generan reticencias a intervenciones futuras.

- Incorporar en las estrategias de apoyo a la participación: criterios de buenas prácticas con recomendaciones de trabajo intersectorial, multidisciplinar y actuaciones multinivel; indicadores de calidad de la participación y de sus resultados; medidas de difusión y visibilidad que proporcionan credibilidad; asignaciones presupuestarias para actuaciones según diagnóstico y para la evaluación, la presentación y publicación de conclusiones que favorezcan la transparencia y contrarresten las resistencias y dificultades de esta tarea.
- Para conseguir transformaciones sociales es preciso dar continuidad a proyectos poco ambiciosos, próximos y con profesionales interdisciplinarios formados en participación e intervención comunitaria.
- Crear fórmulas: a) de colaboración entre universitarios y profesionales de intervención; b) de compensación (“regalo”) y cuidado que fomenten el interés institucional y profesional a la publicación y la reflexión; c) que favorezcan el “ir y venir” de los profesionales por las distintas fases de los proyectos.
- Evaluar procedimientos y resultados e incluir datos de mejoras obtenidas por los actores incidiendo, especialmente en épocas de crisis, en las mejoras de la calidad de vida.
- Cualquiera de los criterios de evaluación de la participación se ha mostrado eficaz aunque se recomienda incorporar de forma prioritaria: a) los criterios “grado de posibilidad de incidir en decisiones colectivas”, y “claves para la calidad en los proyectos de participación” incorporándole: intersectorialidad, multidisciplinariedad y programación de acciones multinivel; b) el criterio “amplitud en el grado de participación en el proyecto” y la lectura de algunos sencillos artículos que lo utilizan (Bichmamann, Rifkin, & Shrestha, 1989) (Nakamura & Siregar, 1996).
- Revisar los sistemas de criterios de evaluación de buenas prácticas de participación (Díaz, 2007) (OIDP, 2006) (OIDP, 2007) y la guía operativa de evaluación comunitaria elaborada por el IGOP (Rebollo & Morales, 2016).

6. Bibliografía

- Aguilar, M. J. (2001). *La participación comunitaria en salud: ¿mito o realidad?* Madrid: Diaz de Santos.
- Aguilar, M. J. (2006). Participación comunitaria en salud: balance crítico sobre los consejos de salud y otras experiencias participativas en atención primaria. *PACAP*, 66-81.
- Aguilar, M. J. (31 de Enero de 2018). *Maria Jose Aguilar Idañez*. Obtenido de <https://maria-joseaguilaridanez.wordpress.com/inicio/>
- Alapar -Agenda Local de la participación-. (2005). Propuesta de agenda local para la participación. Documento “Málaga 2005” (pág. 2005). Málaga: FEMP.
- André, P., Enserink, B., Connor, D., & Croal, P. (2006). Participación Pública. Principios Internacionales de la mejor práctica. *Publicación especial*, nº4.
- Arnstein, R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 216-224.

- Benito, A., Nuin, B., Sorraín, Y., Blanco, M., Astillero, M., Paskual, A., ... Vergara, I. (2016). *Guía metodológica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria*. Departamento de Salud. Bilbao: Gobierno Vasco.
- Bichmamann, W., Rifkin, S. B., & Shrestha, M. (1989). Cómo medir la participación de la comunidad. *Foro Mundial de la Salud*, 482-488.
- Bustamante, E. (15 de mayo de 2013). *addi (digital archive learning research)*. Obtenido de addi.ehu.es: <http://hdl.handle.net/10810/10321>
- Canals, J. (1997). Buscando al trabajo comunitario entre community y communitas: apuntes sobre unos conceptos importados. *Servicios Sociales y Política Social*(40), 85-90.
- Cardozo, M. (2008). Gestión y evaluación participativas en políticas sociales. *Política y Cultura*(30), 137-163.
- Chueca, R. (2003). La participación de los ciudadanos en la vida pública española. *I JORNADAS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA DE LOGROÑO* (págs. 119-128). Logroño: REDUR nº 1.
- Colectivo IOE. (2007). La participación política de los españoles: democracia de baja intensidad. *Papeles*(99), 149-163.
- CONSEJO DE EUROPA. (2001). "La participación de los ciudadanos en la vida pública local" RECOMENDACIÓN Nº (2001) 19 DEL COMITÉ DE MINISTROS.
- D.G de Participación ciudadana, acción exterior y cooperación. (2011). *Cuaderno metodológico de participación ciudadana*. D.G de Participación ciudadana, acción exterior y cooperación. Zaragoza: Gobierno de Aragón.
- Del Pino, E., & Colino, C. (2003). *Las nuevas formas de participación en los gobiernos locales*. Barcelona: Fundación Alternativas y Organismo Autónomo Flor de Maig.
- Díaz, L. (2007). *Criterios para la evaluación de buenas prácticas participativas*. Barcelona: Fundación Carles Pi i Sunyer. d'estudis autonòmics y locals.
- Equipo técnico de participación ciudadana de Alcobendas. (2009). *Guía práctica de participación ciudadana*. Alcobendas: Ayuntamiento de Alcobendas.
- Estrada-Lorenzo, J., & Buey-Villaverde, G. (2009). Cómo redactar un artículo científico. *Jano*(1).
- Estrella, M., & Gaventa, J. G. (2001). *¿Quién da cuenta de la realidad? Monitoreo y evaluación participativa. Revisión bibliográfica*. Brighton: Instituto de estudios del desarrollo.
- EUDEL. (2009). *¿Cómo realizar un proceso participativo de calidad?: guía práctica*. Bilbao: EUDEL.
- Figuroa, D. (2000). *Participación comunitaria y salud*. Pernambuco: Departamento de Nutrición. Universidad Federal de Pernambuco.
- Freile-Gutierrez, B. (2014). Participación ciudadana en el contexto de la evaluación de tecnologías sanitarias. *Revista Médica de Chile*, 27-32.
- Ganuzá, E. (2006). *Tendencias de la participación ciudadana en Europa y España*. Junta de Andalucía, Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Sevilla: Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía.

- Gírela, B. (2017). El Trabajo Social y los Servicios Sociales en España: el precio del neoliberalismo. *REIDOCREA*, 95-104.
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A ty pology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Librearies Journal*, 91-108.
- Grupo técnico de participación ciudadana de la FAMP. (2008). *Glosario abierto de participación ciudadana*. Federación andaluza de municipios y provincias.
- Gómez, M. E., Pastor, G., Pérez, O., Iriarte, M. T., Mena, A. L., & Escudero, M. C. (2017). Análisis de las buenas prácticas de participación ciudadana en las unidades de gestión clínica del Servicio Andaluz de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 2(31), 139-244.
- Hart, R. (1993). *La participación de los niños. De la participación simbólica a la participación auténtica*. Bogotá: UNICEF Gente Nueva.
- Hervás de la Torre, A. (2011). La participación comunitaria en salud y el trabajo social sanitario. *Documentos de Trabajo Social*(50), 146-186.
- Marchioni, M. (2007). *Organización y desarrollo de la comunidad. La intervención comunitaria en las nuevas condiciones sociales*. Lanzarote.
- Moher D, L. A. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. . *PLoS Med* .
- Molina, A. (1989). El origen de los estados modernos en la Europa occidental. Una cuestión a debate. *Revista digital Eduinnova*.
- Morales, E., & Oscar, R. (2016). *Guia operativa de evaluación de la acción comunitaria*. IGOP. Barcelona: IGOP.
- Mori, M. P. (2008). Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. *LIBERABIT*, 81-90.
- Musitu, G., & Buelga, S. (2004). Desarrollo comunitario y potenciación. En G. Musitu, J. Herrero, L. Cantera, & M. Montenegro, *Introducción a la psicología Comunitaria* (págs. 167-195). Barcelona: UOC.
- Nakamura, Y., & Siregar, M. (1996). Evaluación cualitativa de la participación comunitaria en actividades de promoción de la salud. *Foro Mundial de la salud*, 17, 455-457.
- Nutbeam, D. (1986). *Glosario de Promoción de Salud*. Copenhague: Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Observatorio de la exclusión y los procesos de la inclusión. (2012). *Llistado de indicadores para la evaluación de buenas prácticas de inclusión social y desarrollo comunitaria*. Comunidad de Madrid. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Observatorio de Salud en Asturias. (2016). *Guía para trabajar en salud comunitaria en Asturias*. D.G. de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Principado de Asturias.
- OCDE. (2001). *Citizens as partners information, consultation and public participation in policy-making*. Paris: ODCE Publications.
- OIDP. (2006). *Guía práctica de evaluación de procesos participativos*. OIDP. Barcelona: oIDP.

- OIDP. (2007). *Guía para la detección de buenas prácticas en procesos participativos*. Barcelona: OIDP.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1981). *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000*. Ginebra: OMS.
- Paredes-Carbonell, J. J., Casseti, V., & María, G. A. (2008). *Participación comunitaria para mejorar la salud y el bienestar y reducir las desigualdades en salud*. London: NICE.
- Paredes-Carbonell, J., Casseti, V., & García, A. (2017). *Participación comunitaria para mejorar la salud y el bienestar y reducir las desigualdades en salud*. Valencia.
- Pastor, E. (2009). El trabajo social en la dimensión de las políticas públicas de proximidad: responsabilidad y compromiso social. *Humanismo y trabajo social*, 85-108.
- Pastor, E. (2011). Evaluación del impacto de los mecanismos de participación ciudadana en la gestión y actores de las políticas públicas de bienestar social local: análisis del caso de la región murciana (España). *Revista Brasileira de Gestao e Desenvolvimento Regional*, 76-105.
- Pérez, C. (2013). Análisis de la participación ciudadana en España. *Revista digital CEMCI*, 1-17.
- Programa Ciudad 21. (2006). *Guía básica Municipal. Herramientas de participación ciudadana y planes de acción local*. Consejería de Medio Ambiente. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Programa Ciudad 21. (2006). *Herramientas de participación ciudadana y planes de acción local*. Consejería Medio Ambiente. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Ramos-Vidal, I., Holgado, D., Maya-Jariego, I., & Palacio, J. E. (2014). Evaluación de procesos comunitarios y análisis de redesinterorganizativas: elementos para mejorar la efectividad de las intervenciones comunitarias. *Pensando Psicología*, 10(17), 135-148.
- Rebollo, O., & Morales, E. ., (2016). *Guía operativa de evaluación de la acción comunitaria*. Barcelona: IGOP-UAB.
- Restrepo, O., & Vega, R. (2009). Participación social y comunitaria en Atención Primaria de Salud. Bogotá: para la muestra un botón. *Gerencia, política, salud*, 153-164.
- Ruano, J. M. (2010). Contra la participación: discurso y realidad de las experiencias. *Política y Sociedad*, 47(3), 93-108.
- Ruiz-Giménez, J. L. (2005). Participación comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado Español. *Comunidad*(8), 62-72.
- Ussher, M. (2008). Complejidad de los procesos de participación comunitaria. *XV Jornadas de Investigación y IV Encuentro de investigadores en Psicología del Mercosur*. Buenos Aires: Acta académica.
- Usuni, E. (1979). *Tres enfoques sobre el concepto de Estado*. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Wandersman, A. (2009). Four keys to success (Theory, Implementation, Evaluation, an Resource/System Support): High Hopes and Challenges in Participation. *American J Community Psychol*(43), 3-21.

7. Anexos. Gráficas y tablas

7.1 Gráficas

Gráfica 1. Objetivos y agentes de la participación



Fuente: Adaptada de Equipo técnico de participación ciudadana, Alcobendas (2009)

Gráfica 2. Amplitud en el grado de participación de la población en el proyecto

AMPLITUD EN EL GRADO DE PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN EN EL PROYECTO
EVALUACIÓN DE NECESIDADES ¿quién evalúa?
Se realiza (sí es no o el único sí= no)
Participa la comunidad (población, redes y organizaciones comunitarias)
Participa población diversa
Se realiza identificación amplia de necesidades (centrada en el objetivo de estudio=no)
Se identifican redes y organizaciones comunitarias (incluidas nuevas y de población más vulnerable)
LIDERAZGO ¿Está representada toda la comunidad?
Los líderes colaboradores representan a distintos grupos de la población
Los líderes colaboradores aportan puntos de vista de grupos no representados
El liderazgo recae en la comunidad
El liderazgo recae en una organización (recae en la Administración =no)
ORGANIZACIÓN ¿Se crean nuevas estructuras o el programa se inserta en las existentes?
Se crean nuevas estructuras u organizaciones para atender necesidades
La comunidad tiene estructuras que se adaptan a las necesidades detectadas
El programa ha cambiado las estructuras y organizaciones existentes
MOVILIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE RECURSOS ¿los recursos son externos o de la comunidad?
La comunidad ha aportado recursos al programa
Aportan recursos todas las partes implicadas
La comunidad aporta recursos que en otras circunstancias habría asumido la Admon
GESTIÓN ¿en quién recaen las responsabilidades y decisiones de gestión de programa y actividades?
Las decisiones sobre actividades e implementación recaen en la comunidad (Admon=no)
Se han ampliado las estructuras de decisión a otros grupos
Se han ampliado las estructuras de gestión de actividades a otros grupos
Se integran necesidades y objetivos distintas al objetivo principal del sector líder
Las decisiones recaen exclusivamente en la comunidad

Fuente: Elaboración propia a partir de Bichmamann et al, 1989

Gráfica 3. Claves para la calidad de proyectos de participación

CLAVES PARA LA CALIDAD EN LOS PROYECTOS DE PARTICIPACIÓN
SOLIDEZ DE LA FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA
Intervención basada en teoría
La teoría corresponde con el objetivo
Hay conexión entre los objetivos a corto, medio y largo plazo
Hay conexión entre objetivos y actividades (sí es no, nunca superior a media)
ADECUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN
Se implementa según la teoría
Se implementa siguiendo lo planificado
Se adapta a la realidad
Existen recursos suficientes
Se cuenta con personal experto y formado
ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE EVALUACIÓN
Diseñado para descubrir efectos
Con indicadores de cambio
Actitud adecuada a la evaluación de las personas implicadas
RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS DE APOYO Y MONITORIZACIÓN DEL PROCESO
Apoyo institucional responde a una estrategia o programa
Cuenta con recursos humanos
Cuenta con recursos materiales
Cuenta con recursos económicos
USO DE PROCESOS PARTICIPATIVOS EN CADA FASE DEL PROYECTO
Evaluación de necesidades
Priorización, Planificación, Programación
Implementación
Evaluación

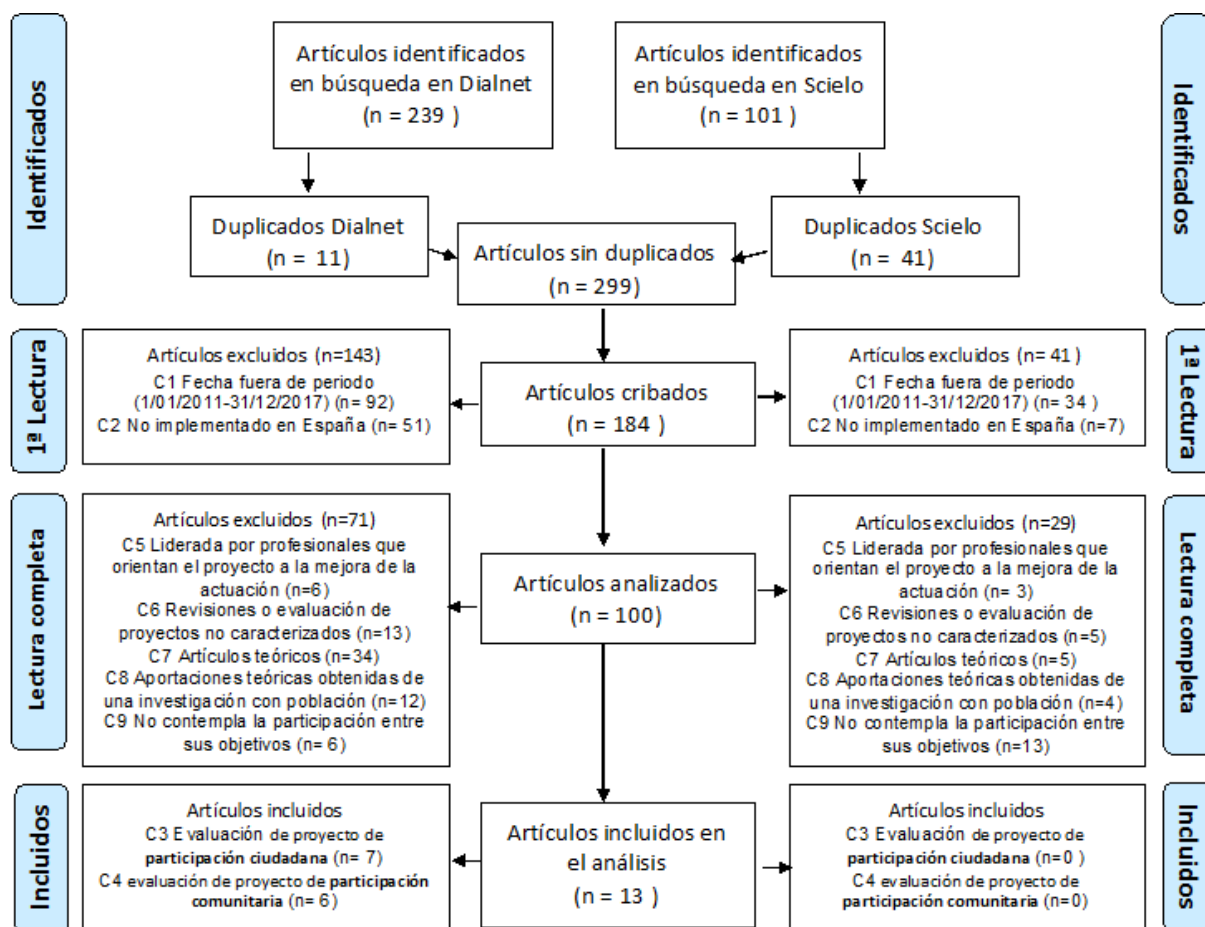
Fuente: Elaboración propia (Wanderman,2009)

Gráfica 4. Condiciones mínimas de buenas prácticas de participación

CONDICIONES MÍNIMAS DE BUENAS PRÁCTICAS DE PARTICIPACIÓN			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN			
INNOVACIÓN			
Indicador/ponderación	Alta	Media	Baja
Temática	Temas que no se han abordado antes	Temas habituales pero tratados de forma especial	Temas habituales
Población objetivo	Sectores de población que habitualmente no participan	Se profundiza en los niveles de participación	Se trabaja con los de siempre
Territorio	Territorios segregados o con pocos antecedentes participativos	Se profundiza la participación en determinados territorios	Se trabaja en barrios con historia participativa
Mecanismo de participación	Instrumentos y técnicas poco habituales	Se mejoran los instrumentos conocidos	Se usan mecanismos habituales
PLANIFICACIÓN			
Sistematicidad	Con estudios previos, participación ciudadana y apoyos externos	Realizada por técnicos	No existe planificación sistemática.
INTEGRACIÓN			
Vinculación a políticas	Mecanismos estables o previstos en planes, proyectos o actuaciones	Mecanismos habituales no vinculados a políticas sectoriales ni globales	Mecanismos puntuales no vinculados a políticas sectoriales
FACTIBILIDAD			
Personal	Especializado en participación y con dedicación alta. Contratados y voluntarios.	Funcionarios de la administración a tiempo parcial	No hay personal especializado
Técnica	Mecanismos novedosos que garantizan la participación de todos	Mecanismos formales de participación	No se especifican mecanismos para garantizar la participación
Difusión	Divulgación intensa, directa y por diferentes medios	Información disponible adecuada pero poca difusión	Poca información disponible
Materiales	Recursos económicos propios y aportes externos. Instalaciones y herramientas suficientes	Recursos económicos sin diferenciar. Se comparten instalaciones y herramientas con otros proyectos	No se prevén recursos específicos
INTENSIDAD			
Participación etapas	En todas las etapas del proceso	En las etapas de planificación	En la implementación (decisiones tomadas)
RESPONSABILIDADES DEFINIDAS			
Reglas del juego	Documentos accesibles que expresan qué, cómo quienes y resultados esperados de un proceso. Elaborados de manera participativa y con respaldo institucional	Pautas generales y poco sistemáticas	No existen reglas del juego
PRODUCTOS			
Diagnóstico	Externo. Participación ciudadana. Con indicadores. En internet	Interno. Elaborado por técnicos. Con indicadores. Acceso con limitaciones	Valoraciones subjetivas recogidas en informes. Cerrados.
Otros documentos	Base de datos. Memoria. Proyecto. Estudios/informes. Otros en internet	Proyecto. Estudio/informes. Acceso con limitaciones	Proyecto o documentos poco sistematizados. Cerrados.

Fuente: Modificado de (Díaz, 2007) (OIDP, 2007)

Gráfica 5. Flujo de la revisión de artículos



Fuente: Elaboración propia siguiendo sistema prisma (Mother, 2009)

7.2 Tablas

Tabla 1. Artículos seleccionados

Tabla 1 Artículos seleccionados, revista de publicación, tipo de participación y tema principal

Código	Títulos de los artículos seleccionados	Revista	Tipo de participación	Tema principal
PPCIU49**	Una experiencia participativa de reforma comunicacional. Los premios enfocados/desenfocados de periodismo en España	Commons: revista de comunicación y ciudadanía digital	Ciudadana	Gestión del discurso
PPCIU65	Análisis de la implicación de la diversidad de actores en el Plan Integral del Polígono Sur: una mirada sistémica e integrada	Habitat y sociedad	Ciudadana	Gestión urbana integral
PPCIU68	"Del urbanismo del proyecto urbano al urbanismo ciudadano y de apropiación social. (1980-2013). Reflexiones sobre las transformaciones urbanas del puerto y frente marítimo de Barcelona"	Bitácora Urbano-Territorial	Ciudadana	Gestión del discurso
PPCIU69	Evaluando la participación institucional: la "temperatura" de la deliberación y sus consecuencias	Política y sociedad	Ciudadana	Gestión zona natural
PPCIU70	La regeneración integral de barrios en Cataluña mediante la "Uei de Barri": análisis comparado y valoración de los casos de "La Mariada" (Lleida) y Campclar (Tarragona)	Polígonos: Revista de geografía	Ciudadana	Gestión urbana integral
PPSOC31	Evaluación de la gestión en el Parque Regional de las Salinas y Arenales de San Pedro del Pinatar (Murcia)	Investigaciones geográficas	Ciudadana*	Gestión zona natural
PPSOC39	Programa Andarríos: la sociedad implicada en la investigación y la conservación de los ecosistemas acuáticos andaluces	Chronica naturae	Ciudadana	Gestión zona natural
DESCOM14	Oído y participación social de las personas mayores. Evaluación de un programa de Animación Sociocultural y Desarrollo Comunitario en la ciudad de Granollers	Educación social: Revista de intervención socioeducativa	Comunitaria	Desarrollo comunitario
DESCOM15	La adquisición de competencias en Animación Sociocultural. Proyecto de dinamización de las entidades de barrio	RES: Revista de Educación Social	Comunitaria	Desarrollo comunitario
DESCOM3	Aproximación a un modelo de educación patrimonial horizontal a partir de tres casos	Pulso: revista de educación	Comunitaria	Educación patrimonial
PPCIU66	El Club de Internet de la Biblioteca Pública de Zamora: un ejemplo de educación y participación ciudadana	Boletín de la Asociación Andaluza de Bibliotecarios	Comunitaria	Educación y participación ciudadana
PPCOM6	Missions interculturals: una experiència de desenvolupament comunitari a les comarques de Castelló	Kultur	Comunitaria	Desarrollo comunitario
PPSOC18	Crowdfunding y social media: el caso del tweetfunding para la innovación social	Revista de Estudios de Juventud	Comunitaria	Voluntariado

*A partir de aquí se mostrarán con fondo gris los resultados referidos a artículos de participación ciudadana y sin ellos de participación comunitaria.

** PPCIU: Participación Ciudadana; PPSOC: Participación Social; DESCOM: Desarrollo Comunitario; PPCOM: Participación comunitaria

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Grado de posibilidad de incidir en decisiones colectivas ofrecidas por los proyectos

Título	Grado de posibilidad de incidir en decisiones colectivas	Valor del indicador
Enfocados/desenfocados	Población consultada e informada	2
Plan Integral del Polígono Sur	Acción pensada por agentes externos, pero compartida con la población*	2
El puerto y frente marítimo	Población consultada e informada*	2
La "temperatura" de la deliberación	Acción pensada por agentes externos, pero compartida con la población	2
"La Mariola" y Campclar	Acción pensada por agentes externos, pero compartida con la población	2
Parque Regional de las Salinas y Arenales	Población asignada pero informada*	1
Programa Andarrios	Población asignada pero informada	1
Media del indicador para los proyectos de participación ciudadana		1,71
Ocio y participación social de las personas mayores	Acción pensada por agentes externos, pero compartida con la población	2
Dinamización de las entidades de barrio	Acción pensada por agentes externos, pero compartida con la población	2
Un modelo de educación patrimonial horizontal	Acción pensada por agentes externos, pero compartida con la población	2
El Club de Internet	Acciones pensadas por la población y compartida con agentes externos de desarrollo	3
Missions interculturales	Acción pensada por agentes externos, pero compartida con la población	2
Tweetfunding	Acción pensada por agentes externos, pero compartida con la población	2
Media del indicador para los proyectos de participación comunitaria		2,16
Media total		1,92

*Pueden convertirse en acciones en las que la población se incorpora por invitación o derecho, pero no tiene incidencia, en ese caso su valor pasaría a 1.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Mecanismos de participación utilizados en los proyectos de participación y valoración

Título	Mecanismos de participación 1	Mecanismos de participación 2	Mecanismos de participación 3	Valor del indicador
Enfocados/desenfocados	2. encuesta internet (I)			2
Plan Integral del Polígono Sur	ns/nc			-
El puerto y frente marítimo	2. jornada participativa (M)	2. debates (M)	2. seminarios (M)	2
La "temperatura" de la deliberación	3. comité seguimiento			3
"La Mariola" y Campclar	3. debate 2.0 en redes sociales (I)	3. trabajo individual, grupal, debate plenario (M)		3
Parque Regional de las Salinas y Arenales	1. medios comunicación (I)	3. consejo consultivo (mixto)		3
Programa Andarríos	1. sesiones formativas (A)	1. web (A)		1
Media del indicador para los proyectos de participación ciudadana				2
Ocio y participación social de las personas mayores	ns/nc			-
Dinamización de las entidades de barrio	1. radio, web, redes	3. comisiones de trabajo y dinamización		3
Un modelo de educación patrimonial horizontal	3. reuniones (M)			3
El Club de Internet	3. cogestión de servicios (M)	3. encuestas (I)		3
Missions interculturals	2. técnicas grupales (M)	3. grupo de consenso (M)		3
Tweetfunding	2. internet interactivo (I)	3. técnicas grupales (I)		3
Media del indicador para los proyectos de participación comunitaria				3
Media total				2,6

I: Individual; A: Asociación; M: Mixto;

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Grado de integración de parámetros de participación y ámbitos temáticos en los proyectos

Proyecto	Integración de parámetros de participación y ámbitos temáticos	Valor
Enfocados/desenfocados	Se implica la población con tema cerrado (PLURALISTA)	2
Plan Integral del Polígono Sur	Amplia red de actores y amplitud temática (ESTRATÉGICA)	3
El puerto y frente marítimo	Procesos puntuales destinados a buscar una solución (SIMBÓLICA)	1
La "temperatura" de la deliberación	Se implica la población con tema cerrado (PLURALISTA)	2
"La Mariola" y Campclar	Se implica la población sin modelos de participación en todas las fases (TECNOCRÁTICA)	2
Parque Regional de las Salinas y Arenales	Procesos puntuales destinados a buscar una solución (SIMBÓLICA)	1
Programa Andarrios	Se implica la población con tema cerrado (PLURALISTA)	2
Media del indicador para los proyectos de participación ciudadana		1,8
Ocio y participación social de las personas mayores	Amplia red de actores y amplitud temática (ESTRATÉGICA)	3
Dinamización de las entidades de barrio	Amplia red de actores y amplitud temática (ESTRATÉGICA)	3
Un modelo de educación patrimonial horizontal	Amplia red de actores y amplitud temática (ESTRATÉGICA)	3
El Club de Internet	Se implica la población con tema cerrado (PLURALISTA)	2
Missions interculturals	Amplia red de actores y amplitud temática (ESTRATÉGICA)	3
Tweetfunding	Amplia red de actores y amplitud temática (ESTRATÉGICA)	3
Media del indicador para los proyectos de participación comunitaria		2,8
Media total		2,30

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5. Amplitud en el grado de participación de la población en el proyecto

	Evaluación necesidades	Liderazgo	Organización	Movilización y asignación	Gestión	Valor medio
Enfocados/desenfocados	1	3	2	3	3	2,4
Plan Integral del Polígono Sur	3	2	3	3	2	2,6
El puerto y frente marítimo	3	3	1	3	2	2,4
La "temperatura" de la deliberación	1	2	2	1	3	1,8
"La Mariola" y Campclar	2	2	3	3	1	2,2
Parque Regional de las Salinas y Arenales	1	2	3	3	1	2
Programa Andarrios	2	1	3	3	1	2
Media del indicador para los proyectos de participación ciudadana						2,20
Ocio y participación social de las personas mayores	3	2	3	3	3	2,8
Dinamización de las entidades de barrio	3	2	3	3	3	2,8
Un modelo de educación patrimonial horizontal	3	1	3	3	3	2,6
El Club de Internet	2	2	3	3	3	2,6
Missions interculturals	3	2	3	3	3	2,8
Tweetfunding	2	2	3	3	2	2,4
Media del indicador para los proyectos de participación ciudadana						2,67
Media total	2,23	2	2,69	2,85	2,31	2,42

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6. Cumplimiento de criterios para la calidad en la participación

	Fundamentación sólida	Adecuada implementación	Sistema de evaluación	Recursos y monitorización	Participar en todas las fases	Valor medio
Enfocados/desenfocados	3	3	1	3	2	2,4
Plan Integral del Polígono Sur	2	2	3	3	3	2,6
El puerto y frente marítimo	3	3	1	3	1	2,2
La "temperatura" de la deliberación	3	3	3	3	2	2,8
"La Mariola" y Campclar	2	3	3	3	2	2,6
Parque Regional de las Salinas y Arenales	2	2	3	3	1	2,2
Programa Andarriós	3	3	2	3	2	2,6
Media del indicador para los proyectos de participación ciudadana						2,49
Ocio y participación social de las personas mayores	3	3	3	3	3	3
Dinamización de las entidades de barrio	3	3	3	3	3	3
Un modelo de educación patrimonial horizontal	3	3	3	3	3	3
El Club de Internet	3	3	3	2	3	2,8
Missions interculturals	3	3	3	3	3	3
Tweetfunding	3	3	2	3	2	2,6
Media del indicador para los proyectos de participación ciudadana						2,90
Media total	2,77	2,85	2,54	2,92	2,31	2,68

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7. Cumplimiento de condiciones mínimas de buena práctica de participación

	Innovación	Planificación	Integración	Factibilidad	Intensidad	Responsabilidad	Productos	Valor medio
Enfocados/desencocados	3	2	2	2	1	3	2,5	2,21
Plan Integral del Polígono Sur	2,25	3	3	2,25	3	2	2,5	2,57
El puerto y frente marítimo	1,75	3	1	2,25	3	3	2,5	2,36
La "temperatura" de la deliberación	2,75	3	3	3	2	3	2,5	2,75
"La Marida" y Campclar	2,25	2	3	2,25	1	2	2,5	2,14
Parque Regional de las Salinas y Arenales	2	2	3	2	1	3	2	2,14
Programa Andarrios	2,5	2	3	2,75	1	3	3	2,46
Media del indicador para los proyectos de participación ciudadana								2,38
Ocio y participación social de las personas mayores	2,6	3	1	3	3	3	3	2,66
Dinamización de las entidades de barrio	2	3	2	3	3	3	3	2,71
Un modelo de educación patrimonial horizontal	2,25	3	2	2,75	3	3	2,5	2,64
El Club de Internet	3	3	1	2,25	3	3	2,5	2,54
Missions interculturals	2,25	2	3	3	3	3	2	2,61
Tweetfunding	3	3	2	3	1	3	2,5	2,50
Media del indicador para los proyectos de participación ciudadana								2,61
Media total	2,43	2,62	2,23	2,58	2,15	2,85	2,54	2,48

Fuente: Elaboración propia

Intervención proactiva en prótesis total de rodilla desde el Trabajo Social Sanitario en el Hospital Universitario Germans Trias I Pujol de Badalona

PREMIO CIENTÍFICO DTS MÁLAGA 2018
Modalidad: Intervención profesional

Sonia Jiménez Panés

Trabajadora Social en el Hospital Universitario Germans Trias I Pujol de Badalona

Resumen

La artrosis de rodilla es una de las enfermedades asociadas al envejecimiento de mayor prevalencia. Provoca dolor, inflamación, impotencia funcional y rigidez, y en fases avanzadas no responde a tratamientos farmacológicos y precisa cirugía.

Se plantea una investigación cualitativa cuyo objetivo es identificar las necesidades de información y atención en pacientes que han de ser operados de Prótesis Total de Rodilla a fin de disminuir el impacto de la cirugía y permitir una adecuada reorganización personal y familiar, con el fin de poder validar la incorporación del trabajador social sanitario en el proceso.

Para ello se realizan entrevistas a los pacientes antes y durante el proceso de cirugía de rodilla, y paralelamente se entrevista a los profesionales asistenciales implicados.

Los resultados obtenidos muestran que los pacientes tienen dificultades para entender el lenguaje técnico de algunos profesionales, aunque su mayor preocupación está relacionada con el dolor y las complicaciones de la cirugía. La pérdida de movilidad solo comporta dificultades al alta en pacientes que viven solos o que lo hacen con personas que trabajan fuera del domicilio, por lo que la intervención proactiva del trabajador social sanitario se dirigirá a este perfil poblacional.

Palabras clave

Prótesis de rodilla, pérdida de movilidad, información previa, atención proactiva, trabajo social sanitario

Abstract

The knee artrosis is one of the diseases associated with the aging of higher prevalence. Causes pain, swelling, functional impotence and rigidity, and in advanced stages does not respond to pharmacological treatments and precise surgery. There is a qualitative research whose goal is to identify the information needs and attention in patients that have to be operated on for Total Knee prosthesis in order to lessen the

impact of the surgery and allow for adequate staff reorganization and family, and thus to be able to validate the incorporation of the social worker health in the process

To do this are carried out interviews with patients before and during the process of knee surgery, and parallel interview to the healthcare professionals involved. The results obtained showed that the patients have difficulties in understanding the technical language of some of the professionals, although his greatest concern is related to the pain and complications of the surgery. Loss of mobility difficulties involves only the high in patients who live alone or do with people who work outside the home, so that the proactive intervention health social worker shall be submitted to the population profile.

Key words

Knee replacement, loss of mobility, background information, proactive care, medical social work

Introducción

El envejecimiento de la población es una de las tendencias más significativas en el siglo XXI. Constituye un éxito del progreso humano, y el aumento de la longevidad, uno de los mayores logros de la humanidad. En la actualidad vivimos más años debido a los avances de la medicina, nutrición, la atención de la salud, la educación y el bienestar (INE, 2015).

En términos sanitarios esta situación repercute entre otros, en un progresivo incremento de la prevalencia de las enfermedades artrodegenerativas, que son la principal causa de discapacidad, y en el aumento de personas que han de someterse a cirugía de prótesis de rodilla (Departament de Salut, 2008).

Paralelamente la sociedad evoluciona favorablemente acarreado cambios de roles provocados por las transformaciones sociales de nuestro país y por la incorporación de la mujer al mercado laboral, con la consecuente pérdida de su rol de cuidadora tradicional.

Trasladados estos datos al ámbito de actuación que nos ocupa se explica el incremento de pacientes operados de rodilla en el hospital, así como el aumento de los que presentan dificultades de atención al alta hospitalaria.

Objetivo del estudio

identificar las necesidades de información y atención en pacientes que han de ser operados de Prótesis Total de Rodilla (en adelante PTR) a fin de establecer un protocolo de atención proactiva del trabajador social sanitario para disminuir el impacto de la cirugía y permitir una adecuada reorganización personal y familiar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la información necesaria para los pacientes antes, durante y después de la cirugía
- Proponer un procedimiento de atención proactiva desde el Trabajo Social Sanitario para pacientes que han de ser intervenidos de PTR
- Definir el perfil de pacientes que es necesario incluir en el procedimiento

Metodología

La presente investigación tiene una finalidad básica y aplicada pues primero se necesita conocer y comprender de los temas tratados y los diferentes conceptos de los que se habla en el marco teórico; y con los avances y descubrimientos del estudio se pretende ponerlos en práctica para la promover alternativas de intervención aplicadas a la práctica social.

Se trata de la intervención proactiva del trabajador social sanitario con pacientes que padecen artrosis de rodilla y que son operados de forma electiva para la colocación de una prótesis.

El método empleado para el desarrollo de este trabajo ha sido la investigación cualitativa en el que se pretende conocer la realidad desde el punto de vista de las propias personas que han pasado, o tienen que pasar por una cirugía electiva de rodilla, dando importancia al valor que ellas dan a su propia experiencia y a la diversidad del discurso.

Para llevar a cabo la investigación se han realizado entrevistas semiestructuradas a los pacientes seleccionados durante un periodo de tiempo determinado, y se ha investigado el proceso y la información que se les facilita durante las entrevistas con los profesionales.

En relación al alcance temporal ha sido relacional y sincrónico ya que se ha realizado el registro en base al tiempo que se desarrolló el estudio, los meses de mayo y junio de 2015.

El estudio se ha llevado a cabo en el Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona (en adelante HUGTIP) donde se realizan anualmente más de 130 intervenciones quirúrgicas de PTR con una estada media aproximada de cuatro días.

LIMITACIONES

Las limitaciones de esta investigación han sido determinadas por:

- El tiempo: el trabajo de campo se ha realizado en dos meses.
- El espacio: el estudio se ha desarrollado exclusivamente con pacientes ingresados en el Hospital.
- Representación de la diversidad muestral: Si algún grupo es poco frecuente, es posible que no se vea representado en la muestra por las limitaciones de espacio y tiempo.
- Disponibilidad de los profesionales asistenciales: Se ha entrevistado únicamente a un profesional de cada disciplina.

JUSTIFICACIÓN

En Cataluña cada año se realizan unas 14.000 intervenciones quirúrgicas de prótesis de rodilla, y en el hospital donde se ha desarrollado el estudio más de 200.

Es un procedimiento quirúrgico efectivo que mejora la calidad de vida de los pacientes, incrementa su capacidad funcional y reduce el dolor.

En los últimos años en diversos hospitales se han puesto en marcha programas estandarizados de cirugía de PTR de corta estancia con seguimiento domiciliario que permiten incrementar la actividad y reducir los costos sin aumentar las complicaciones, proporcionando un mayor confort para los pacientes y sus familias.

Esta cirugía que a corto plazo mejora la movilidad y la calidad de vida provoca un incremento de la dependencia de los pacientes en las primeras semanas post intervención quirúrgica.

A pesar de ser una cirugía programada, la pérdida de funcionalidad previa del paciente y la necesidad de cuidados, genera una situación de crisis personal y familiar, la mayoría de veces provocada por la falta de información previa, previsión y reorganización de cuidados.

Actualmente el profesional de trabajo social sanitario (en adelante TSS) interviene a demanda, frente a la negativa de los pacientes y sus familiares a aceptar el alta hospitalaria, debido a las dificultades de atenderlo en el domicilio durante el proceso de rehabilitación.

La falta de planificación del alta genera malestar en las personas intervenidas quirúrgicamente y en sus familiares, así como en el personal sanitario, a lo que hay que sumar estadas hospitalarias innecesarias e incremento de costes sanitarios.

A partir del estudio se conocerán las necesidades globales, así como las de información que tienen los pacientes y familiares que están pendientes de cirugía para colocación de PTR, mediante entrevistas al personal médico y sanitario, pacientes y familiares, antes y durante la intervención quirúrgica.

El objetivo final sería mejorar la calidad de atención dada a estos pacientes mediante la intervención proactiva desde el trabajo social sanitario proponiendo el diseño de un protocolo de atención que contemple los aspectos psicosociales de estos pacientes y como afecta a su vida ésta cirugía, y les permita por un lado una adecuada reorganización familiar, así como la reducción de costes sanitarios innecesarios.

MARCO TEÓRICO

• En que consiste la Prótesis Total de Rodilla

El remplazo total de rodilla es un procedimiento quirúrgico en el cual las superficies articulares dañadas son cambiadas por componentes articulares artificiales. Se reemplazan los extremos del fémur (huesos del muslo), de la tibia (huesos de la pierna) y la superficie articular de la rótula (hueso que está por delante de la rodilla).



Figura 1: Modelo de prótesis.

Fuente: <http://www.protesisderodilla.org/modelos-y-tipos-de-protesis-de-rodilla/>

- **Indicación de la Prótesis Total de Rodilla**

La artrosis es una enfermedad de las articulaciones que consiste en una alteración estructural y pérdida de cartílago articular.

La sintomatología más importante es el dolor, la inflamación, la deformidad y la rigidez articular. El diagnóstico se confirma con el estudio radiológico simple, el que revelará la pérdida de espacio articular, formación de osteofitos (prominencias óseas) y alteración del alineamiento normal de la articulación (Weisser, 2015).

La PTR está indicada principalmente en pacientes con artrosis de rodilla sintomática, con limitación importante para la realización de actividades de la vida diaria tales como utilizar transporte público, caminar, subir o bajar escaleras, etc. Y que no han tenido una buena respuesta al tratamiento médico como son el uso de analgésicos y/o antiinflamatorios, fisioterapia y kinesiterapia.



Figura 2: Radiografía de rodilla sana y rodilla con artrosis.

Fuente: <http://www.orthoinfo.aaos.org>

- **Síntomas y tratamiento**

El síntoma más común que presentan los pacientes es dolor en la articulación cuando realizan algún tipo de actividad física, como estar de pie, caminar por terrenos irregulares, subir o bajar escaleras, levantarse, etc. Después de un tiempo en movimiento el dolor cede, pero al rato reaparece, cediendo poco a poco con el reposo.

Conforme avanza la enfermedad el dolor también estará presente durante el reposo y tras el movimiento prolongado, hasta que en fases avanzadas de la enfermedad el dolor es casi constante y ocasiona pérdidas funcionales al paciente.

La rodilla también puede hincharse, ponerse caliente y deformarse (Surbone, 2013).

Actualmente no existe ningún tratamiento que pueda curar la artrosis, pero sí que se pueden aliviar los síntomas, retardar su evolución y mejorar la calidad de vida de los pacientes. El mejor tratamiento es el que combina medidas farmacológicas con no farmacológicas (Gracia San Roman FJ, 2006) (Reumatología, 2005).

- **Efectos de la cirugía de PTR en las personas**

A pesar de los avances en medicina y las técnicas quirúrgicas, la cirugía representa indudablemente un evento estresante para muchos, alrededor del cual existen preocupaciones sobre la muerte, dependencia física, no despertar de la anestesia, dolor, separación de la familia y hospitalización.

Ante estos interrogantes pueden surgir varias respuestas emocionales como la ansiedad, depresión y estrés, que cuando son muy intensas tienen importantes consecuencias, haciendo más lenta y complicada la recuperación postoperatoria y la calidad de vida de los pacientes y su familia durante el proceso.

Las intervenciones quirúrgicas aunque pueden representar un alivio, también están cargadas de ansiedad y constituyen una fuente de estrés psicológico para el paciente, porque lo obliga a enfrentar situaciones desconocidas.

Autores como Peter Levine explican que la hospitalización y los tratamientos médicos pueden producir secuelas traumáticas causadas por una larga inmovilización y hospitalizaciones prolongadas entre otros factores. A pesar de que la persona reconozca que la operación es necesaria, pensar que el equipo de cirujanos y cirujanas cortará la carne, los músculos y los huesos provoca estrés y el cuerpo lo registra como un incidente que amenaza la vida. A nivel celular, el cuerpo percibe que ha soportado una herida bastante grave como para ponerlo en peligro de muerte (Marti-Valls J, 2000).

La ansiedad en pacientes que tienen que someterse a una operación quirúrgica conlleva un estado emocional negativo y genera una activación fisiológica en la preparación del organismo para afrontar el peligro percibido en dicha operación que puede perjudicar el correcto desarrollo del procedimiento quirúrgico (Levine, 2013).

La mejor manera de reducir la ansiedad es recibiendo toda la información y educación necesaria para cubrir los tópicos como el procedimiento quirúrgico, los beneficios del mismo, el manejo de los síntomas, los riesgos, las complicaciones que pueden aparecer, el concepto de rápida recuperación y sus beneficios, destino al alta y servicios médicos post agudos (Rodríguez JC, 2001).

Algunos estudios concluyen que para evitar niveles de ansiedad perjudiciales se requiere un trato personalizado, un modelo de comunicación adecuado entre el personal sanitario y los pacientes, enseñar a los pacientes a manejar internamente la ansiedad y entender la infraestructura y la rutina hospitalaria a partir de las necesidades de los usuarios, sin desatender los requerimientos que se determinen para el correcto funcionamiento del centro de salud (Gordillo, 2011).

- **Consentimiento informado**

La información que recibe el paciente de este proceso se concentra en las visitas en consulta externa que realiza con el traumatólogo de referencia, donde se le informa sobre la cirugía que se llevará a cabo.

Posteriormente en la consulta pre-anestésica, un mes antes de la cirugía, se procede a la firma del consentimiento informado de los riesgos que comporta la anestesia que se le administrará durante el acto quirúrgico.

El consentimiento informado, en adelante CI, es un proceso en el que los pacientes dan su libre conformidad, voluntaria y consciente, manifestada, en pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada para que tenga lugar una actuación que afecte a su salud (COMB, 2008).

El titular del derecho a la información son los pacientes, no obstante también serán informadas las personas vinculadas a ellos por razones familiares o de hecho, en la medida en que el o la paciente lo permitan de forma expresa (Departament de salut i Seguretat Social, 2002).

La información clínica facilitada por el equipo médico responsable forma parte de todas las actuaciones asistenciales y tiene por objetivo dar soporte para la toma de decisiones de forma libre y comprensible.

La información facilitada a los pacientes ha de garantizar que entienden y aceptan el procedimiento médico y sus riesgos potenciales con la antelación suficiente.

- **La figura del TSS en el proceso**

Esta cirugía que a corto plazo mejora la movilidad y la calidad de vida provoca un incremento de la dependencia del paciente en las primeras semanas post intervención quirúrgica. A pesar de ser una cirugía programada, la pérdida de funcionalidad previa del paciente y la necesidad de cuidados generan una situación de crisis personal y familiar, la mayoría de veces provocada por la falta de información previa, previsión y reorganización de cuidados.

Si bien es una cirugía programada en la que los pacientes y sus familiares reciben información por parte de los profesionales que les asistirán, desde la unidad de trabajo social sanitario de nuestro hospital constatamos que en ocasiones ésta es insuficiente y es requerida nuestra intervención a demanda, de forma reactiva, cuando los pacientes, en el momento del alta, plantean dificultades de retorno al domicilio.

Tal como comenta Dolors Colom la enfermedad, en nuestro caso, la intervención programada de prótesis de rodilla, rompe los fundamentos básicos de la autonomía de las personas apartándolas de forma temporal o indefinida, parcial o total de su proyecto vital (Colom, 2008).

Los profesionales de trabajo social sanitario intervendrán en este terreno de la fragilidad y la vulnerabilidad humana de acuerdo con el conocimiento adquirido y generado, mediante las técnicas adecuadas.

Los profesionales de trabajo social somos los únicos que tradicionalmente integramos la información sanitaria y la psicosocial, e integramos y contextualizamos la información social de la personas.

En la intervención profesional, con las familias, es necesario considerar la evaluación del trabajador y trabajadora social como fundamental, se debe explorar como afrontar la realidad de las familias, cuál es su autopercepción y cuáles son sus dinámicas relacionales (De Fresno García & M. Segado Sánchez Cabezudo, 2013).

Éstos profesionales tratan los aspectos psicosociales de las personas que son intervenidas de PTR y como ésta cirugía afecta de forma temporal a sus vidas y a la de sus familias, ayudando a las personas a ayudarse temporalmente y a reorganizar su dinámica familiar.

El objetivo del profesional es adaptarse a cada una de las situaciones familiares, ayudar a las familias y reforzar las identidades individuales, necesidades y objetivos de cada familiar. Se debe recordar que las familias tienen recursos propios y que estos suelen estar poco explorados (Guerrini, 2009).

La atención proactiva de los profesionales de trabajo social sanitario mediante programas de planificación del alta, evaluaciones multidisciplinares, coordinación de servicios, etc. ha demostrado que reduce la estancia hospitalaria (Liebergall M, 1999) y mejora la calidad asistencial.

El objetivo final sería mejorar la calidad de atención dada a estos pacientes mediante la intervención proactiva desde el TSS proponiendo el diseño de un protocolo de atención que contemple los aspectos psicosociales de estos pacientes, y como afecta a su vida ésta cirugía, y les permita una adecuada reorganización familiar, así como la reducción de costes sanitarios innecesarios.

Para ello exploraremos mediante entrevistas a todos los agentes implicados, equipo de traumatología, pacientes, familiares y personal de enfermería, la información que es necesario conocer, las dificultades que pueden aparecer durante la intervención y posterior rehabilitación, y determinaremos en que momento del proceso interviene el profesional de trabajo social por programa.

ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN

El proyecto de investigación se realizará en el Hospital Universitario Germans Trias y Pujol de Badalona empleando la metodología cualitativa.

Se trata de un estudio inductivo a pequeña escala, en el que se pretende conocer la realidad desde el punto de vista de las propias personas que han pasado o tienen que pasar por un proceso de PTR, dando importancia al valor que ellos dan a su propia experiencia. Se pondrá especial interés al significado de la información buscando captar sus opiniones, sensaciones y estados de ánimo.

El estudio pretende la comprensión más que la diferenciación produciendo datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable (Bogdan, 1986).

VARIABLES

Por un lado se han analizarán las variables demográficas y las condiciones de vida que nos permiten una foto sencilla de la muestra seleccionada.

Paralelamente se estudiarán las necesidades biopsicosociales de las personas que son sometidas a un proceso de colocación de PTR. A tal efecto se realizó mediante entrevista abierta semi-estructurada las siguientes dimensiones:

- o Información que reciben los pacientes referente a la anestesia
- o Información referente al ingreso en el hospital
- o Información referente al consentimiento informado
- o Alta y días de ingreso
- o Pérdida funcional tras la cirugía
- o Dolor post-quirúrgico
- o Información que consideran necesaria proporcionar a futuros pacientes
- o Vivencias y experiencias
- o Dificultades al alta

POBLACIÓN

La población de estudio son las personas mayores de 65 años, diagnosticadas de artrosis de rodilla que están en lista de espera para colocación de PTR, hospitalizadas para la intervención o que ya han sido protetizadas; atendidas por el Servicio de Traumatología del HUGTIP de Badalona.

El criterio de exclusión es la negativa a participar en el estudio, tener deterioro cognitivo o padecer alguna alteración del estado mental en el momento de la entrevista en profundidad que impida en correcto desarrollo de la misma.

Se elaboró un modelo de consentimiento informado para la participación en el estudio.

Los datos recogidos han sido almacenados y protegidos siguiendo las normas de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales.

DISEÑO DE LA MUESTRA

La selección de la muestra se ha realizado mediante muestreo no probabilístico accidental, dado que este es el que más se ajusta a nuestras necesidades y circunstancias durante el estudio.

Para este estudio se han seleccionado todos los pacientes mayores de 65 años que están ingresados de forma programada en el servicio de traumatología (ubicado en la tercera planta del hospital general) para PTR durante las semanas que dura el estudio de campo.

El estudio incluirá pacientes de ambos sexos, siendo estos mayores de 65 años, independientemente de la procedencia y el tiempo de espera para la cirugía, intentando aportar al estudio las voces que se correspondan con el mayor abanico de situaciones y colectivos posibles, intentando recoger la diversidad del discurso.

Mediante el muestreo se intentan plasmar las diferentes dimensiones de la información que puede influir en la comprensión del discurso por parte de los pacientes.

El tamaño de la muestra será entre 15-20 pacientes aproximadamente, dependiendo de las cirugías que se programen durante las semanas que dure el estudio de campo.

La técnica utilizada para la recogida de información será la entrevista semiestructurada.

Para ello se elaborará un guion con la información relevante que deseamos obtener. Se recogerán también datos estadísticos de las personas entrevistadas.

Análisis de resultados

En este apartado se van a mostrar los resultados obtenidos en el trabajo de investigación durante el periodo de mayo a junio 2015.

Consiste en cuatro partes diferenciadas:

1. Se ha solicitado información al servicio de traumatología del hospital del proceso que siguen los pacientes que se operan en el hospital de PTR.
2. Se han realizado entrevistas a 14 pacientes y familiares de personas que han sido intervenidas en nuestro hospital durante el periodo de realización del estudio
 - 2.1 Datos demográficos
 - 2.2 Aspectos relacionados con la información facilitada a los pacientes y familiares.
3. Se han realizado entrevistas a los profesionales sanitarios implicados en el proceso asistencial de PTR:
 - 3.1 Equipo de enfermería de planta de traumatología
 - 3.2 Fisioterapeuta de planta de traumatología
4. Se ha participado mediante observación directa en la consulta externa de PTR de uno de los traumatólogos que intervienen en el proceso (opera).

PROCESO ASISTENCIAL

En el hospital existe desde septiembre de 2013 una trayectoria clínica de prótesis de rodilla que incluye todos los pasos que se deben dar para conseguir un buen resultado clínico.

Es una trayectoria con visión Fast Track que pone el foco en la movilización precoz postquirúrgica para disminuir los riesgos clínicos y conseguir la reincorporación inmediata a las actividades cotidianas.

El programa Fast Track dibuja un mapa asistencial desde el momento en que el paciente se incluye en lista de espera hasta el alta definitiva.

El circuito es el siguiente:

- Inclusión en lista de espera
- Pruebas preoperatorias
- Visita prequirúrgica
 - o Preanestesia
 - o Visita unidad de hospitalización domiciliaria
 - o Educación del proceso asistencial y rehabilitación
- Ingreso hospitalario
- Intervención quirúrgica
- Alta
- Rehabilitación domiciliaria

ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS

De las entrevistas semiestructuradas a pacientes y familiares se han extraído una serie de datos y temas para poder analizar e interpretar los resultados en función de los objetivos de nuestra investigación.

• Perfil de pacientes: Datos demográficos y condiciones de vida

En cuanto al perfil demográfico de los pacientes entrevistados el primer dato importante a destacar es el género de los afectados: observamos un número significativamente mayor de mujeres, un 71% sobre 29% de hombres.

En cuanto a la edad, la muestra es bastante homogénea en hombres y mujeres. Cabe destacar que no se realizan PTR en pacientes menores de 65 años, dato que en principio parece lógico, ya que la necesidad de intervención quirúrgica se debe a la artrosis de la articulación producida por la edad; ni en pacientes mayores de 85, edad que ya se considera avanzada para este tipo de cirugía.

En relación a los ingresos económicos se han tenido en cuenta los de la unidad familiar. El 65% tienen ingresos inferiores a 800 euros, y el 29% no sobrepasa los 500. Éstos son datos relevantes ya que si los pacientes necesitaran el soporte de un trabajador o trabajadora familiar privado al alta del hospital, para cubrir las primeras semanas post-hospitalarias en las que hay mayor dependencia, no sería factible que asumieran los costes del servicio.

En relación a la convivencia los datos muestran que el 43% viven solos, y el 57% acompañados, ya sea por la propia pareja o en alguno de los casos con alguno de sus descendientes.

Es un dato determinante en el momento del alta hospitalaria ya que, la mayoría de los pacientes que son operados en el hospital son dados de alta con el servicio de hospitali-

zación domiciliaria, aproximadamente a los tres días de ingreso. Este servicio médico se encarga de hacer el seguimiento en el domicilio post alta, retirar las grapas y comprobar que no existen complicaciones clínicas.

Es un requisito indispensable para poder acceder a este servicio el no vivir solo.

Si sumamos la pérdida funcional a la convivencia y el destino al alta, observamos que el 35,7% van a Centro Sociosanitario (en adelante CSS) al alta hospitalaria, que son casi los mismos que viven solos antes de ingresar en el hospital.

Éste parece ser el único ítem que determina el destino, independientemente de que tengan hijos o no ya que en estos casos los hijos están en edad laboral y no pueden reorganizarse para atender a su familiar en el momento del alta.

La existencia de una persona que se encargue de los cuidados del paciente será determinante en el momento del alta hospitalaria por dos motivos:

1. El o la paciente es parcialmente dependiente y después de la cirugía necesitará soporte para realizar las actividades básicas (comer, vestirse, higiene personal, y deambular), y las instrumentales, que no podrá realizar durante las primeras semanas (comprar, preparar comida, utilizar transporte público, actividades domésticas)
2. Es requisito imprescindible tener una persona cuidadora al alta hospitalaria para ser asumido por el servicio de hospitalización domiciliaria.

El estado funcional de los pacientes se ha medido con una escala validada: Índice de Barthel que mide las actividades básicas de la vida diaria (capacidad de vestirse, deambular, comer, continencia, subir escaleras e higiene). A mayor autonomía mayor puntuación.

Todos los pacientes presentan un estado funcional previo a la cirugía muy bueno, son autónomos y lo único que precisan es bastón para deambulación fuera del domicilio y en algunos casos muleta.

Después de la cirugía existe pérdida funcional en todos ellos de unos treinta puntos aproximadamente en el Barthel, con lo que necesitarán temporalmente ayuda para caminar, higiene, ducha y subir escaleras.

Los días de estancia hospitalaria en relación al destino al alta también es un dato relevante para este estudio.

La estancia esperable en el HUGTIP para un proceso de PTR es de 4-5 días, objetivo que se cumple en el 88,8% de los casos de pacientes que se van al domicilio al alta, y que no sucede en ninguno de los pacientes que se trasladan a CSS siendo la estancia media de 7,2 días.

Los pacientes que viven solos y no disponen de cuidador al alta, son actualmente valorados por el profesional de trabajo social, a requerimiento profesional, dos o tres días después de la cirugía, siendo ya altables del hospital y generando estadas innecesarias.

Dado que el ingreso hospitalario de estos pacientes es tan corto y la manifestación de las dificultades no se produce hasta el día del alta, es necesario poder detectar a este perfil poblacional previo a la cirugía para evitar el incremento de estadas y el malestar del paciente, de los profesionales y del centro hospitalario.

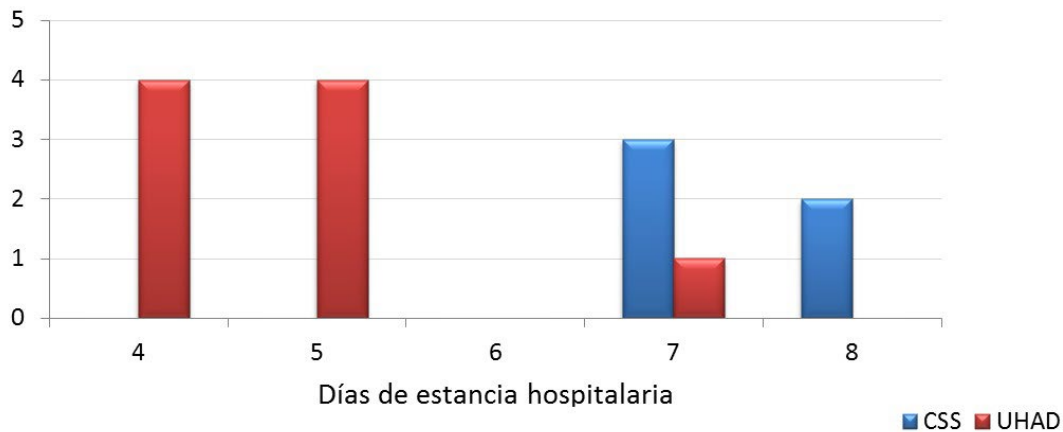


Figura 3: Días de estancia.

Fuente: Elaboración propia

- **Información que el paciente tiene del proceso de PTR**

Una vez obtenidos los datos estadísticos se han realizado preguntas abiertas a los pacientes para conocer la información que éstos y sus familiares tienen del proceso, quien se la ha facilitado y en qué términos; qué información tienen sobre el periodo de ingreso, efectos de la anestesia, pérdida funcional y alta.

Los aspectos sobre los que se les interroga tienen que ver con la información previa facilitada por el equipo asistencial referente a:

- o Anestesia
- o Ingreso
- o Consentimiento informado
- o Alta y días de ingreso
- o Pérdida funcional
- o Dolor
- o Información que consideran necesaria proporcionar a futuros pacientes

INGRESO y ALTA

La mayoría de los pacientes entrevistados coinciden en que no se les facilita información previa del día de ingreso. El traumatólogo les informa sobre la inclusión en lista de espera de cirugía electiva de PTR pero el tiempo de espera es impreciso:

“La traumatóloga nos dijo que no sabía cuándo nos llamarían que podían tardar entre un mes y un año como máximo” (M.D López, comunicación personal, mayo 2015).

“Nos dijeron que antes nos avisarían por carta para hacer una pruebas aquí en el hospital pero que no era seguro cuando. Pienso que dijo que él no tenía mucha lista de espera pero no aclaró el tiempo” (C. Martos, comunicación personal, junio 2015).

La incertidumbre en cuando al momento del ingreso y el tiempo de espera eleva los niveles de ansiedad en los pacientes; no se observa la misma preocupación en familiares, probablemente porque estos continúan con su rutina habitual, mientras que los pacientes pendientes de cirugía están aquejados por el dolor y la pérdida funcional progresiva.

Tampoco recuerdan si se les informó sobre los días de ingreso, pero sí que les suena que es menor a una semana.

“No sé bien si me dijeron cuantos días estaría ingresada, pero dijo algo de que era un ingreso corto” (L. Pareja, comunicación personal, mayo 2015).

“Pues no recuerdo los días pero creo que dijo que era rápido” (D. López, comunicación personal, mayo 2015).

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ANESTESIA

El paciente para ser intervenido de PTR debe firmar dos consentimientos informados que son: autorización de la cirugía y autorización de la anestesia

Los pacientes entrevistados recuerdan de forma vaga los riesgos, que en el caso de la cirugía están relacionados con rigidez de la extremidad, rechazo o infección y en el caso de la anestesia están relacionados con alergias.

A ninguno de los pacientes se les entrega copia del documento firmado, ni ellos lo solicitan, básicamente por no considerarlo necesario o por desconocer el derecho de hacerlo.

Todos ellos admiten no haber leído el documento ya que ha sido explicado más o menos exhaustivamente por el profesional

“No nos dieron una copia, pero tampoco la pedimos, pero sí que nos lo explicaron ¿verdad nena? (la pregunta va dirigida a la hija que está presente en el momento de la entrevista) (S. Guitierrez, comunicación personal, junio 2015).

“No recuerdo lo que nos explicaron pero sí que recuerdo que firmé varios papeles, pensaba que era lo mismo” (P. Bravo, comunicación personal, mayo 2015).

Uno de los pacientes entrevistados, el más joven y de nivel cultural medio lo expresa de la siguiente manera:

“Era un médico muy serio pero muy correcto y claro en las explicaciones. Me lo explicó como persona, no como médico, todas las palabras que me daba eran claras y entendibles y me preguntó varias veces si tenía dudas o quería preguntar alguna cosa” (C. Valls, comunicación personal, mayo 2015).

PÉRDIDA FUNCIONAL

Los pacientes que han de ser operados de PTR sufren inmediatamente posterior a la cirugía una pérdida de movilidad, que en el caso de los pacientes entrevistados es de 30 puntos en el Barthel. Necesitarán ayuda para la higiene, caminar, ducha y subir y bajar escaleras durante semanas y en algunos casos durante algún mes.

La deambulación inicial es con caminador, ayuda técnica que aunque necesaria les ocupará las dos manos durante la bipedestación, en los días posteriores a la cirugía. Esto les impedirá ir a comprar, preparar la comida y conducir.

Este es un cambio muy importante que aunque temporal, afectará a casi todas las actividades de la vida cotidiana, al alta hospitalaria y del que el paciente debería estar informado.

En las entrevistas realizadas se puede comprobar que en la mayoría de los casos no les es facilitada la información por el equipo asistencial:

“El médico no nos dijo nada pero es de imaginar que después de la operación estaría peor ¿no?” (S. Palacio, comunicación personal, mayo 2015).

“Pues no, vimos a muchas personas y me hicieron muchas pruebas pero nadie nos dijo que estaría tan necesitada” (M. Casado, comunicación personal, mayo 2015).

“Nadie me explicó nada, ni que estaría peor, ni que me dolería tanto. Parezco una invalida” (T. Martínez, comunicación personal, junio 2015).

Solo una paciente entrevistada recuerda que el traumatólogo le dio la información sobre la pérdida de función:

“Me preguntó con quien vivía y al comentarle que con mi esposo le dijo a el que me tendría que ayudar los primeros días cuando saliera del hospital porque necesitaría ayuda y la rehabilitación sería lenta” (S. Fernández, comunicación personal, junio 2015).

DOLOR

El dolor en la rodilla acostumbra a ser el principal motivo por el que los pacientes acuden a la consulta médica, siendo también el principal motivo por el que a pesar de sus miedos accede a ser operado.

La persona que es intervenida de PTR llega a la cirugía con dolor más o menos intenso de meses, incluso de años de evolución.

A pesar de ser un síntoma previo, la mayoría de pacientes recuerdan que el equipo médico en consulta externa les informó del dolor posterior a la cirugía, que sería intenso, lo tratarían con fármacos, y que ello no podría ser un impedimento para iniciar la rehabilitación.

“Me puntualizó que me dolería y que eso era normal pero que no debería impedir que hiciera la rehabilitación que si todo iba bien tendría que comenzar al día siguiente de la operación” (M.D López, comunicación personal, junio 2015).

“Me dijo: Recuerde aunque después mejora, los primeros días duele bastante” (T. Martínez, comunicación personal, junio 2015).

“No recuerdo que dijera nada del dolor, yo ya tenía mucho y caminaba muy poco. Pero desde la operación duele mucho más, casi no puedo mover la pierna ni doblarla” (F. Jiménez, comunicación personal, mayo 2015).

“Me duele todo, la espalda de estar tantas horas en la cama. El culo de estar en esta silla tan incómoda, y la rodilla que parece que me hayan puesto un saco de cemento. No sé qué me duele. Si el médico me lo dijo no lo recuerdo.” (F. García, comunicación personal, junio 2015).

INFORMACIÓN QUE DARÍAN

Curiosamente cuando se les pregunta a los pacientes acerca de la información que ellos le darían a una persona que esté a punto de operarse de rodilla, la mayoría dan respuestas similares:

“Ha ido todo muy bien, que no se preocupen por nada y que hace más daño antes de operarse que en el hospital y que después todavía hará menos daño” (F. Giménez, comunicación personal, junio 2015).

“Que no es nada y que todo va muy rápido” (S. Fernández, comunicación personal, junio 2015).

“Que estén tranquilos, y que tienen que hacer los que les dicen para que todo vaya bien” (A. Flores, comunicación personal, mayo 2015).

“Paciencia que es la madre de la ciencia” (F. García, comunicación personal, junio 2015).

“Son todos muy amables en la planta y en quirófano. La operación es muy rápida y aunque no te ponen anestesia total no recuerdas nada. Después de la operación te duele la pierna pero con los calmantes se pasa rápido” (C. Valls, comunicación personal, mayo 2015).

Todos los pacientes, los que tienen bastante información previa al proceso y los que no, consideran importante dar la siguiente información:

- Tranquilidad respecto al proceso
- Aspectos relacionados con el dolor

En ninguna de las entrevistas realizadas a los pacientes se hace referencia a temas relacionados con la información clínica que son los que a priori al inicio del estudio nos pareció importante que los pacientes conocieran, sobre todo los relacionados con la pérdida funcional y la necesidad de atención al alta hospitalaria.

De la mayoría de las narrativas se puede extraer que la preocupación de los pacientes antes de la cirugía es que todo vaya bien.

La cirugía es percibida como un agente estresor importante que lleva implícito una serie de temores a estos factores hay que sumarle aspectos como la hospitalización, la pérdida de intimidad, etc. que hacen que el sujeto perciba la situación externa como una amenaza a su intimidad física.

Es importante que en todo momento el paciente establezca una relación de confianza con el equipo asistencial que le permita expresar libremente sus miedos a fin de que puedan ser éstos aclarados, y se les pueda brindar la información necesaria para disminuir el estrés.

- **Entrevista profesionales sanitarios implicados en el proceso**

Una de las enfermeras de planta de traumatología es la encargada de hacer una sesión informativa con todos los pacientes y familiares que han acudido a la consulta pre anestésica de rodilla, que se realiza todos los miércoles por la mañana.

Los pacientes son citados por carta en la que consta la programación a la consulta con el anestesista y con la doctora responsable de hospitalización domiciliaria. La visita es individual y sucesiva, y posteriormente, cuando todos los pacientes han finalizado la doble consulta, son dirigidos a la tercera planta de hospitalización donde una enfermera los reúne en sala común y procede a la explicación.

En la sesión se les entrega un folleto explicativo donde se resume la información facilitada.

Se informa de:

- o Enseres que deben traer al hospital (ropa, higiene personal calzado, etc.)
- o Que no deben traer (joyas y objetos de valor)
- o Ejercicios que deben realizar después de la intervención quirúrgica.
- o Movilización post-quirúrgica: levantarse de la cama, acostarse, sentarse, iniciar la deambulación
- o Recomendaciones para el domicilio sobre higiene personal y prevención de caídas.
- o Signos de alerta en el domicilio que requieren la asistencia a urgencias
- o Curas de la herida quirúrgica
- o Coordinación primaria para retirada de puntos y revisión de la herida
- o Seguimiento hospitalario

- **Fisioterapia en planta**

La fisioterapeuta asignada al servicio de traumatología realiza una sesión informativa posterior a la de la enfermera de unos treinta minutos de duración.

Dicha sesión tiene lugar en la sala o área terapéutica de la tercera planta (en la que están ingresados los pacientes del servicio de traumatología) dotada con los aparatos y elementos necesarios para llevar a cabo la actividad de rehabilitación de los enfermos operados.

Durante la sesión se les pasa una presentación en power point con la siguiente información:

- o Fotografías de la prótesis que se les colocará y como queda una vez ha sido implantada en la rodilla.

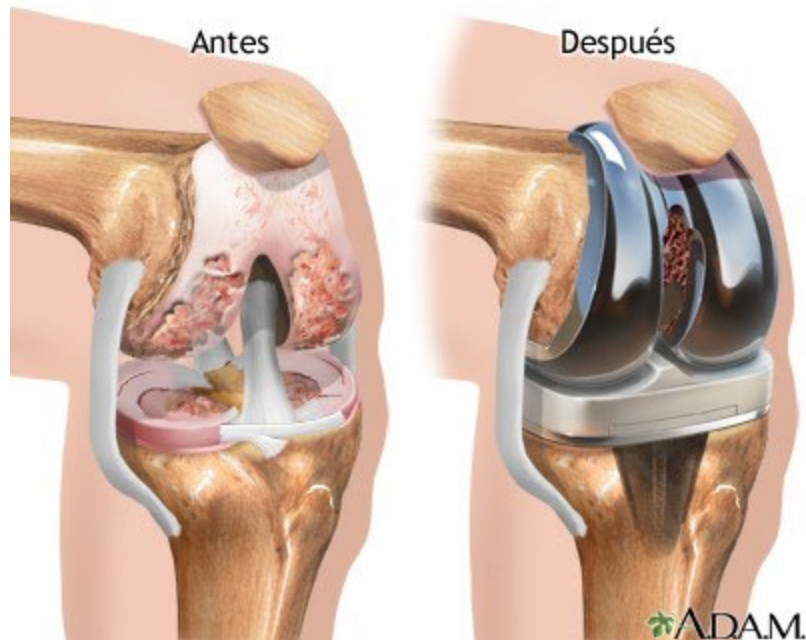


Figura 4: Imagen de rodilla con gonartrosis y con prótesis total de rodilla después de la cirugía.

Fuente: <http://aia5.adam.com/content.aspx?productId=118&pid=5&gid=002974>

- o Ejercicios que deben realizar previos a la cirugía para fortalecer la musculatura que sujetará la prótesis después de la cirugía.
- o Ejercicios que realizarán durante el ingreso en el hospital. Los realizados en la habitación y los que realizarán posteriormente en la misma sala que ocupan en el momento de la sesión informativa.
- o Ejercicios posteriores al alta hospitalaria y las medidas de prevención para evitar lesiones.

- **Observación consulta externa de traumatología**

En el HUGTIP existe un equipo de traumatólogas y traumatólogos especializados en rodilla que son los encargados de la cirugía de PTR entre otras afecciones de la misma.

El objetivo de la entrevista con estos profesionales es conocer la información que se da a los y las pacientes y familiares sobre el proceso previo a la intervención. Para ello se diseñó una entrevista semiestructurada.

Al plantear nuestro objetivo a uno de los traumatólogos del equipo, éste nos ofreció la posibilidad de asistir como observadora en la consulta externa monográfica que él realizaba con los pacientes para obtener todos los datos e informaciones que nos fueran relevantes para el estudio.

RESULTADOS:

El día de la consulta fueron visitados pacientes afectados de problemas de rodilla que estaban en diferentes fases del proceso:

- Pacientes que acuden por primera vez a consulta del traumatólogo del hospital derivados por el médico de atención primaria con dolor en la articulación que no responde a analgesia ni a tratamiento antiinflamatorio.

A estos pacientes se les realiza la anamnesis, la exploración física de la rodilla y se les programan pruebas de imagen para valorar el deterioro de la articulación.

Se les cita para una consulta externa posterior a las pruebas y se les modifica el tratamiento del dolor si el que llevan no es efectivo.

Dado que el traumatólogo no puede emitir el diagnóstico hasta completar el estudio, no da información al paciente sobre el proceso y los pasos que se realizarán en el futuro.

- Pacientes afectados de dolor en la rodilla con pruebas de imagen ya realizadas (normalmente radiografía de rodilla).

En el momento de la consulta el traumatólogo valora las pruebas y decide si es tributario de cirugía electiva (que no es urgente y se puede programar) y entra en lista de espera, o si se descarta dicho procedimiento por otro más adecuado a la patología del paciente.

A los pacientes que son incluidos en lista de espera se les informa del proceso en la misma consulta.

La información facilitada el día que participé como observadora fue:

- o Se le explica al paciente que padece gonartrosis (artrosis de rodilla) y que es necesaria la cirugía para reducir el dolor y mejorar la deambulacion.
- o La intervención se hace normalmente con anestesia regional pero es el anestesista el que lo valora.
- o La operación consiste en reemplazar la articulación de rodilla por una prótesis (una articulación artificial) hecha de metal y plástico.
- o La prótesis va fijada al hueso con un cemento óseo especial que evita rechazo e infecciones.
- o La cirugía dura aproximadamente dos o tres horas
- o El ingreso hospitalario es el mismo día de la cirugía, es corto, y el alta si no hay complicaciones es al tercer o cuarto día de la cirugía.

La información es muy técnica, aunque no por ello poco detallada.

Si el paciente acepta ser operado firma el consentimiento informado conforme entra en lista de espera, previa explicación del equipo médico de los riesgos de la intervención quirúrgica.

Ninguno de los pacientes visitados leyó el consentimiento informado posterior a la explicación del traumatólogo; solo dos pacientes solicitaron información sobre el tiempo de espera de la cirugía.

Conclusión – Discusión

La artrosis de rodilla es una enfermedad crónica degenerativa y de alta prevalencia en personas mayores de 65 años; provoca dolor y pérdida de movilidad, y en fases avanzadas es necesaria la cirugía para recuperar la calidad de vida.

En los últimos años, debido al envejecimiento de la población, se ha producido un incremento de ingresos hospitalarios para cirugía electiva de prótesis de rodilla, y en paralelo, un incremento de pacientes con dificultades de retorno al domicilio por falta de cuidador.

La falta de previsión y de reorganización de cuidados genera malestar en pacientes y personal, así como en la institución sanitaria, que ve como se le disparan las estadas hospitalarias innecesarias.

La intervención proactiva del trabajador social sanitario puede paliar este desajuste, pero para ello es necesario conocer:

1. Que información es necesario facilitar a los pacientes que les permita una adecuada reorganización familiar.
2. En qué momento del proceso es necesaria la intervención proactiva del trabajador social sanitario, y que perfil de pacientes se han de atender.

Para llevar a cabo la investigación hemos realizado entrevistas abiertas semiestructuradas a 14 pacientes ingresados en el hospital para cirugía electiva de PTR y a 3 profesionales que participan en el circuito asistencial: traumatólogo, enfermera y fisioterapeuta. Obteniéndose los siguientes resultados:

- Referente a la información facilitada a los pacientes, se constata, que ésta es recogida e integrada de diferente manera en función de su nivel cultural, y del estado emocional en el momento de la consulta. Los pacientes que acuden solos a la consulta con el equipo de traumatología presentan mayor nivel de ansiedad, y no son capaces de comprenderla ni de retenerla.
- La manera como se recibe la información marca considerablemente la capacidad de comprenderla y poder afrontarla. Desde el trabajo social sanitario observamos como las personas y sus familiares viven los problemas de salud y como los afrontan. En la medida que no comprenden la enfermedad y las consecuencias que la cirugía les reportará no pueden prever y reorganizar el cuidado.

Este aspecto representa un problema en los pacientes que viven solos independientemente del sexo, edad, barreras arquitectónicas, etc. ya que la pérdida funcional temporal ocasionada por la cirugía impide el retorno al domicilio en las mismas condiciones; y los tiempos de ingreso (tres o cuatro días) no permiten la reorganización familiar para el cuidado de los mismos.

- A pesar de que ninguno de los pacientes hace referencia, al interrogarles sobre la información previa necesaria a temas relacionados con la clínica, la pérdida funcional o los riesgos de la cirugía, el desconocimiento de los mismos genera en algunos casos desajustes en el funcionamiento hospitalario, y malestar en pacientes y familiares en el momento del ingreso al ser presionados por el equipo médico para aceptar el alta.

Todo ello nos lleva a afirmar que es necesaria la detección y valoración precoz de los pacientes que viven solos y han de ser operados de PTR a fin de facilitar la información necesaria y adecuada a sus necesidades.

- La información que el paciente considera más importante es la referente al dolor y a los tiempos de recuperación funcional y rehabilitación. Es necesario que el traumatólogo se centre en este tema o que se incorpore en el documento escrito que enfermería facilita a los pacientes el día de la reunión informativa.

A lo largo de la investigación hemos conocido también el circuito asistencial, Fast Track de rodilla por el que pasan los pacientes desde la inclusión en lista de espera para cirugía electiva de rodilla, hasta el alta definitiva.

En el momento de la indicación quirúrgica el traumatólogo incluye al paciente en el circuito con la consecuente inscripción en lista de espera para intervención.

Por otro lado hemos constatado en el estudio que la mayoría de pacientes que viven solos presentan dificultades de retorno al domicilio una vez han sido intervenidos.

Esto nos lleva a determinar que la inclusión del trabajador social en el proceso ha de ser en la consulta preanestésica monográfica de rodilla, semanas previas a la cirugía.

Si el paciente vive solo se deberá programar visita con el trabajador social sanitario, en el caso contrario con la unidad de atención domiciliaria.

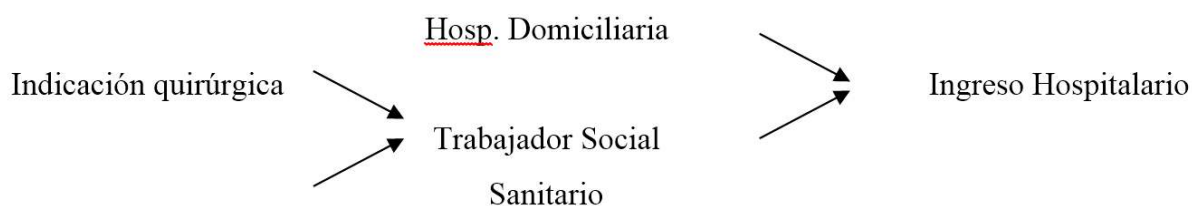


Figura 5: Esquema del circuito que debe seguir el paciente. Fuente: elaboración propia

Si desdoblamos la consulta preanestésica reducimos el gasto hospitalario puesto que los pacientes que viven solos no deberían ser visitados previamente por la Unidad de Hospitalización Domiciliaria, al no poder ser incluidos en su servicio al alta, ahorrando así al sistema sanitario un gasto innecesario.

De esta manera adelantamos también la valoración del profesional de trabajo social sanitario permitiendo así una adecuada reorganización personal y familiar, o en el caso de que no sea posible, y partiendo del diagnóstico social sanitario, una previsión de recursos socio-sanitarios al alta hospitalaria consiguiendo así reducir las estadas hospitalarias innecesarias.

Propuestas de intervención

El estudio realizado nos brinda la oportunidad de conocer el perfil de pacientes que son atendidos en nuestro hospital para la realización de cirugía electiva de Prótesis Total de Rodilla; qué circuito siguen y cuáles son las dificultades que se les plantean durante el proceso, pudiendo así promover alternativas de intervención aplicadas a la práctica social para resolver las carencias detectadas.

Estas podrían ser:

- Integrar la figura del trabajador social sanitario dentro del equipo multidisciplinar de atención a pacientes con artrosis de rodilla.
- Promover la intervención proactiva a través de la implementación de un protocolo de atención de trabajo social sanitario a pacientes afectados de artrosis de rodilla (Esta propuesta se desarrolla más adelante)
- Establecer un plan de difusión del servicio de trabajo social sanitario, concretamente del protocolo de atención entre los profesionales implicados.
- Establecer líneas de coordinación sociosanitarias para agilizar el alta de los pacientes que no pueden retornar al domicilio tras la cirugía.
- Realizar evaluación continua del protocolo estableciendo los cambios necesarios para adaptarse a las nuevas realidades que acontezcan.
- Poner en marcha un programa de paciente experto que pueda incorporarse a la consulta previa para que pueda transmitir sus conocimientos y experiencias y así disminuir el nivel de ansiedad que provoca la cirugía electiva en los pacientes.
- Establecer un registro monográfico de pacientes y diagnósticos sociales sanitarios para realizar estudios científicos y poder hacer difusión de los resultados

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO DE ATENCIÓN A PACIENTES CON PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA MAYORES DE 65 AÑOS

2. POBLACIÓN DIANA

Pacientes en lista de espera para cirugía electiva de prótesis total de rodilla que viven solos y no dispondrán de cuidador al alta hospitalaria

3. OBJETIVO GENERAL

- o Identificar de forma precoz los pacientes que han de ser operados de prótesis total de rodilla que vivan solos para facilitar una adecuada reorganización familiar o en caso de no ser posible gestionar recursos socio sanitarios
- o Optimizar los recursos del sistema sanitario reevaluando periódicamente la adecuación de los programas y servicios utilizados con el fin de proponer alternativas de mejora

4.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

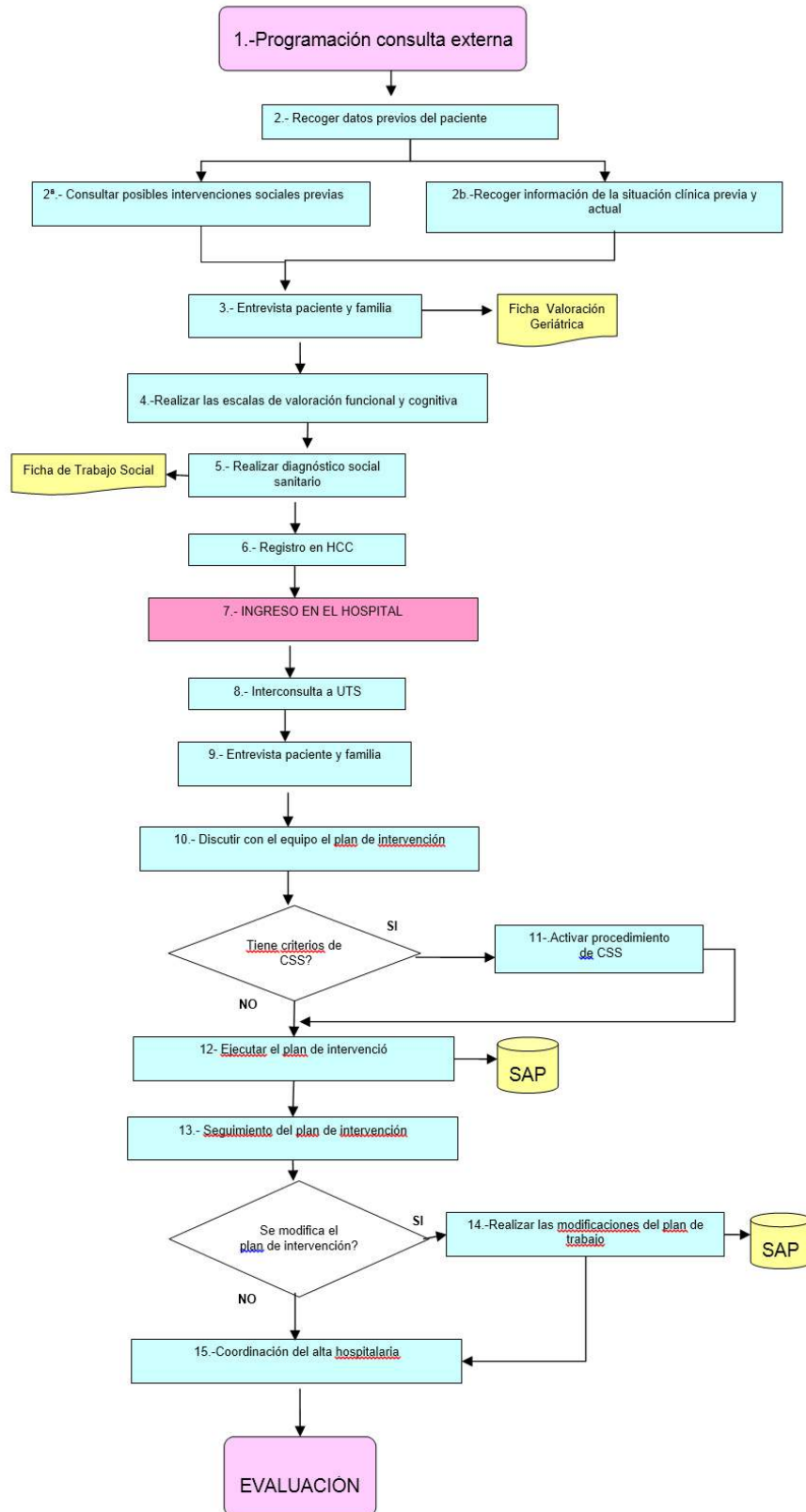
- o Realizar un plan de trabajo social sanitario respaldado por el diagnóstico social sanitario.
- o Apoyar a las personas y sus familias en el retorno al domicilio siempre que sea posible.
- o Gestionar todos los equipamientos y ayudas para facilitar la autonomía y la rehabilitación reforzando redes familiares y sociales.
- o Minimizar el reingreso hospitalario por falta de apoyo social al alta.
- o Evitar las estancias hospitalarias no médicas.
- o Generar una base de datos de información psicosocial vinculada a la información médica que permita realizar estudios poblacionales y adelantarse a determinados fenómenos.

5. ACTIVACIÓN

La activación del protocolo se hará mediante la programación a consulta externa de los pacientes que son incluidos en lista de espera de cirugía electiva de Prótesis Total de Rodilla que viven solos.

La detección la hará el traumatólogo de referencia en consulta externa en el momento de la inclusión a la lista de espera.

6. DIAGRAMA



7. PROTOCOLO

1.- Programación consulta externa

La demanda para solicitar la intervención de Trabajo social sanitario se hará mediante programación de consulta externa a la UTS a través del sistema informático del hospital (SAP). Como el protocolo se ha presentado en sesión ante el gerente y el servicio de traumatología, todo el equipo de traumatólogos sabe que hay que programar visita preanestésica con paciente pendientes de cirugía de rodilla que viven solos con la UTS.

2.- Recogida de datos previo al diagnóstico social

Para la recogida de datos personales se iniciará la complementación de la ficha de trabajo social.

Para el inicio de la intervención social será importante conocer:

- 2a Intervenciones sociales previas al ingreso: se consultará la HCC del hospital y de primaria
- 2b Recoger información de la situación clínica previa y actual del paciente.

3.- Entrevistas con el paciente y la familia

Se realizarán diferentes entrevistas para recoger la información referida al paciente y su entorno más próximo, todas las que se consideren necesarias para conocer el tipo de soporte formal e informal que dispone y dispondrá en el momento del alta hospitalaria según las necesidades detectadas y manifestadas.

4.- Realizar escalas de valoración funcional y cognitiva

Conocer el estado cognitivo y funcional del paciente en el momento actual y previo a la cirugía de rodilla mediante las escalas de valoración geriátrica integral (VGI) Barthel, Pfeiffer, OARS, Emina, ...

5.- Diagnóstico social sanitario

Se elaborará un primer diagnóstico social que permitirá al trabajador social establecer las hipótesis de trabajo a seguir.

6.- Registro en HCC

Se dejará constancia en la historia clínica compartida del diagnóstico social sanitario y de la necesidad de nueva valoración social en el momento del ingreso para cirugía electiva de prótesis de rodilla

7-8.- Ingreso hospitalario e interconsulta a la UTS

En el momento del ingreso del paciente el traumatólogo de referencia realizará inter consulta a la Unidad de Trabajo social para intervenir precozmente.

9.- Entrevistas con el paciente y la familia

Se realizarán nuevas entrevistas al paciente y su entorno más próximo, y se reevaluará el tipo de soporte formal e informal que dispone y dispondrá en el momento del alta hospitalaria según las necesidades detectadas y manifestadas y se pactará un plan de trabajo.

10.- Discutir y elaborar conjuntamente con el equipo un plan de intervención socio sanitario

En la reunión semanal con el equipo de traumatólogos, se expondrá al equipo los objetivos de intervención social, según el diagnóstico social sanitario y de manera consensuada se establecerán los procesos terapéuticos necesarios (sociales y sanitarios) para asegurar la continuidad asistencial y la mejora de la situación social del paciente en el momento del alta hospitalaria.

11.- Activar procedimiento de CSS

En el caso de que el equipo valore que el paciente es tributario de ingreso en Centro Socio-sanitario, así como la aceptación previa de paciente y familia, se activará el procedimiento correspondiente.

12.- Ejecutar el plan de intervención

Se ejecutará el plan de intervención previo acuerdo con paciente, familia y equipo asistencial. Se dejará constancia del diagnóstico social sanitario y del plan de trabajo en la histórica clínica del paciente (SAP).

13.- Seguimiento del plan de intervención

Periódicamente se revisará la evolución del paciente y se acompañará al paciente en su estada hospitalaria. La comunicación con el resto del equipo es básica para conocer los cambios en el diagnóstico médico que pueden alterar el pronóstico o cambios en el diagnóstico social sanitario modificando el proceso el tratamiento social.

Se mantendrán las entrevistas necesarias con la finalidad de potenciar los recursos personales del paciente y su familia y se orientaran en las dificultades que surjan.

14.- Modificación del plan de intervención social

Siempre que sea necesario se modificará el plan de intervención social y se registrarán dichos cambios en la historia clínica del paciente.

15.- Coordinación del alta hospitalaria del paciente

Se realizarán las coordinaciones necesarias al alta hospitalaria para garantizar el continuum asistencial.

- **Registro del destino del paciente al alta del hospital:** En la historia clínica informatizada del paciente se registrará el destino y las coordinaciones realizadas.
- **Registro de la valoración social del paciente:** Se registrará toda la información de la valoración del paciente en el programa informático específico de Trabajo Social Hospitalario (SIUAC) para garantizar la coordinación social, obtener estadísticas evaluativas que permitan realizar estudios y publicaciones.

16.- Evaluación

Periódicamente se evaluarán los resultados obtenidos con el objetivo de elaborar nuevos programas de intervención.

Bibliografía

- Bogdan, T. y. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- Colom, D. (2008). *El trabajo social sanitario. Atención primaria y atención especializada. Teoría y Práctica*. Barcelona: Siglo XXI.
- COMB. (2008). El consentiment informat. La presa de decisió informada del pacient. *Quaderns de Bona Praxi*, 4-18.
- De Fresno Garcia, M., & M. Segado Sánchez Cabezudo, R. (2013). . *Trabajo social con familias: los estilos familiares como indicadores de riesgos, una investigación etnográfica*. *Portularia XII* 36-46. Obtenido de http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/6739/Trabajo_social_con_familias.pdf?sequence=2
- Departament de salut i Seguretat Social. (2002). *Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària*. Obtenido de http://www.pssjd.org/SiteCollectionDocuments/usuaris_drets_deures_gencat.pdf
- Departament de Salut, G. d. (2008). *Activitat assistencial de laxarxa sanitaria de Catalunya*. *CMBD*. Barcelona.
- Gordillo, F. e. (2011). Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Revista clínica de Medicina Familiar*, 228.
- Gracia San Roman FJ, C. D.-S. (2006). *Guía del manejo del paciente con artrosis de rodilla en atención primaria*. Madrid: UETS Agencia Latin EStaralgo.
- Guerrini, M. (2009 de 2009). La intervención con familias desde el Trabajo Social. *Margen*. *Margen*, 1-9. Obtenido de <https://www.margen.org/suscri/margen56/guerrini.pdf>
- INE. (16 de 06 de 2015). *Estimaciones intercensales de población 2002-2010. Estimaciones de población actual 2011-2049*. Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/estadisticas/graficosdinamicos/graficos/piramide-espanya.html>
- Levine, P. A. (2013). *En una voz no hablada*. Alma Lepik.
- Liebergall M, S. V. (1999). *Department of Orthopedics, Hadassah University Hospitals, Jerusalem, Israel. Clinical Performance and Quality Health Care*. Obtenido de <http://euro-pepmc.org/abstract/med/10351588>
- Marti-Valls J, A. J. (2000). Efectividad y costes de la intervención de prótesis total de rodilla en siete hospitales de Cataluña. *Med Clin*, 114 Suppl 2:34-9.
- Reumatología, F. e. (2005). *¿Qué es la artosis de rodilla*. Obtenido de <https://inforeuma.com/enfermedades-reumaticas/artrosis-de-rodilla/>
- Rodriguez JC, G. E.-C. (2001). El impacto emocional de la información médica en pacientes quirúrgicos. *Cuadernos de bioética*, 12:367-78.

- Surbone. (2013). La artrosis de rodilla es la mayor causa de discapacidad en edad avanzada. . *Cirugía ortopédica y traumatológica*.
- Weisser, T. G. (15 de 05 de 2015). *Instituto traumatológico Dr. Teodoro Gebaver Weisser. Guía para pacientes*. Obtenido de . <http://www.intraumatologico.cl/contenido/436/reemplazo-total-de-rodilla-guia-pata-pacientes>
- Departament de Salut, G. d. (2008). *Activitat assistencial de laxarxa sanitaria de Catalunya*. CMBD. Barcelona.
- Gordillo, F. e. (2011). Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Revista clínica de Medicina Familiar*, 228.
- Gracia San Roman FJ, C. D.-S. (2006). *Guía del manejo del paciente con artrosis de rodilla en atención primaria*. Madrid: UETS Agencia Latin EStaralgo.
- INE. (16 de 06 de 2015). *Estimaciones intercensales de población 2002-2010. Estimaciones de población actual 2011-2049*. Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/estadisticas/graficosdinamicos/graficos/piramide-espanya.html>
- Levine, P. A. (2013). *En una voz no hablada*. Alma Lepik.
- Marti-Valls J, A. J. (2000). Efectividad y costes de la intervención de prótesis total de rodilla en siete hospitales de Cataluña. *Med Clin*, 114 Suppl 2:34-9.
- Reumatología, F. e. (2005). *¿Qué es la artrosis de rodilla*. Obtenido de <https://inforeuma.com/enfermedades-reumaticas/artrosis-de-rodilla/>
- Rodríguez JC, G. E.-C. (2001). El impacto emocional de la información médica en pacientes quirúrgicos. *Cuadernos de bioética*, 12:367-78.
- Surbone. (2013). La artrosis de rodilla es la mayor causa de discapacidad en edad avanzada. . *Cirugía ortopédica y traumatológica*.
- Weisser, T. G. (15 de 05 de 2015). *Instituto traumatológico Dr. Teodoro Gebaver Weisser. Guía para pacientes*. Obtenido de . <http://www.intraumatologico.cl/contenido/436/reemplazo-total-de-rodilla-guia-pata-pacientes>

Sentencias Judiciales y Peritaje Social: un análisis sistemático de la importancia que los Jueces y Juezas otorgan al dictamen pericial social

Modalidad: Investigación

María Elena Ferri Fuentevilla

Trabajadora Social. Docente de la Universidad Pablo Olavide de Sevilla

Vanessa Cintado Romero

Graduada en Sociología

Resumen

Esta investigación tiene como objetivo mostrar evidencia empírica de la importancia que los Jueces y Juezas otorgan al dictamen pericial social en las sentencias emitidas en diferentes jurisdicciones desde el año 2000 hasta 2017. Para ello, se recurre a una metodología basada en el análisis de contenido a través de las frecuencias de diferentes términos claves que tienen una vinculación directa con el dictamen pericial social. La búsqueda de términos claves se ha realizado utilizando una base de datos que recoge la jurisprudencia (Aranzadi instituciones), dando como resultado un total de 180 sentencias que se han exportado a SPSS para su análisis. Los resultados de este estudio confirman la importancia gradual que los Jueces y Juezas otorgan al dictamen pericial social especialmente en la jurisdicción civil; además de otras hipótesis que atienden a otras variables independientes seleccionadas: comunidad autónoma donde se localizan más sentencias, jurisdicción y emisor/a del dictamen pericial social.

Palabras clave

Dictamen pericial social, peritaje social, sentencias, jurisdicción, análisis de contenido.

Abstract

The purpose of this investigation is to offer empirical evidence to show the importance of Judges attach to social expert opinion in the judgements entered by different jurisdictions from the year 2000 to 2017. This is done through a methodology based on the analysis of content through the frequencies of the different keyword tags that have a direct relationship with the social expert opinion. Searching for the keyword tags has been conducted using the database gathering jurisprudence (Aranzadi instituciones) resulting in a total of 180 judgements have been exported to SPSS to review. The results of this study confirm the gradual increase that Judges attach to social expert opinion, in particular in civil jurisdiction; in addition to other hypothesis

catering to selected independent variables: Autonomous Community where more judgements are located, jurisdiction, and issuer of the social expert opinion.

Key words

Social expert opinion, social expertise, judgements, jurisdiction, analysis of content.

Introducción

Recientemente el Juzgado de lo Contencioso-administrativo nº 6 de Murcia ha dictado una sentencia (102/108 de 21 de mayo de 2018) donde el dictamen pericial social elaborado a instancia de parte por trabajadoras sociales forenses en el ejercicio libre de la profesión, ha sido una de las pruebas decisivas que el Juez¹ ha utilizado para dictar su fallo. Entre otras variables, el éxito del dictamen pericial se puede medir por la importancia que el magistrado otorga a la prueba procesal cuando emite la resolución judicial. En esta línea, la sentencia emitida es un hito para el trabajo social en cuanto que se menciona expresamente el dictamen pericial social realizado por las peritos sociales en el Fundamento Jurídico Tercero como base para la decisión final.

En esta investigación, asumimos que la importancia que el Juez/a pueda dar al dictamen pericial social se traduce en la utilización de diferentes palabras o términos claves que hacen referencia a dicho dictamen. Esta asunción de partida está avalada por la teoría del énfasis selectivo de Robertson (1976) ratificando que el énfasis en determinados temas se traduce también en el uso de diferentes palabras o términos léxicos. Así, el objetivo de este artículo es realizar un estudio sistemático de carácter longitudinal de la importancia que los Jueces y Juezas han otorgado al dictamen pericial social desde el año 2000 hasta 2017, teniendo en cuenta el número de sentencias que contienen términos claves que aluden al dictamen pericial social y a los/las profesionales que lo emiten.

La relevancia académica de analizar esta cuestión tiene una doble finalidad, por un lado, contribuye a visibilizar una profesión todavía desconocida no sólo en el ámbito judicial, sino en el propio del trabajo social, y por otro, en términos analíticos supone la elaboración de un corpus de evidencia empírica que permite describir una realidad que se ha venido gestando desde que la figura del/la perito judicial, y en nuestro caso, del peritaje social, comienza a tener relevancia a partir de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC) de 7 de enero de 2000.

A partir de la LEC, en el proceso civil, el dictamen de los/las peritos es uno de los medios de prueba de mayor preeminencia, junto con la prueba documental. La utilización de la prueba pericial es frecuente cuando es necesario realizar un análisis o estudio técnico sobre un objeto pericial que, especialmente en la jurisdicción civil, tienen la característica de ser dispares, complejos y específicos, por lo que requeriría de un juzgador/a con unos conocimientos enciclopédicos y un grado de experiencia que escaparía a la capacidad hu-

.....

¹ En este párrafo del artículo no se ha utilizado lenguaje inclusivo al ser el emisor de la sentencia referenciada un hombre.

mana para la resolución de los conflictos. La necesidad de suplir dichas lagunas cognitivas o de suministrar al Juez/a lo que Stein 1893 (cit en Nieva, 2010) denominó *máximas de experiencia* hace especialmente idónea la prueba pericial (González-Montes, 2013, p. 2). A partir de entonces, el peritaje ha ido asumiendo una importancia creciente en el funcionamiento de los sistemas judiciales, siendo su uso cada vez más habitual, intensivo y heterogéneo (Cisterna y Rojas, 2013).

A pesar de ello, en España, casi veinte años después de que se haya aprobado la LEC, el peritaje social y por ende, el dictamen pericial social, es una profesión y un instrumento que tiene escaso reconocimiento tanto a nivel profesional como académico, a pesar de que en algunos casos resulta primordial su introducción. Si bien es cierto, la complejidad social en la que estamos inmersos ha provocado que el peritaje social se esté consolidando no sólo en la jurisdicción civil, sino en otras jurisdicciones y temáticas que hasta el momento no eran propios de la profesión, como puede ser el ámbito de los accidentes de tráfico, accidentes laborales y negligencias médicas (Hernández, 2016).

En términos académicos, aunque algunas investigaciones han profundizado en el estudio del peritaje social, hay una escasez de investigaciones de carácter científico a nivel nacional que midan el impacto que produce la realización de un dictamen pericial social en el ámbito jurídico. Tan sólo se ha localizado una referencia de un estudio/informe realizado por el Equipo Técnico de Familia de los Juzgados de Albacete que valoran la coincidencia del resultado emitido en el fallo judicial y el informe pericial social para comprobar en qué medida se tiene en cuenta las recomendaciones aportadas en el informe a la hora de emitir dicha sentencia o fallo judicial. Los autores concluyen que existe una alta coincidencia (75%) entre lo que se recomienda técnicamente en el informe con lo que decide el Juez/a (Molina e Hinajeros, 2016, p. 45).

En relación con esta última cuestión, este artículo pretende contribuir realizando un análisis de contenido (frecuencia de términos claves) de las sentencias que dictan los Jueces y Juezas para mostrar la importancia que le han otorgado al dictamen pericial social incluyendo sentencias a nivel nacional, de varias jurisdicciones y en un periodo de tiempo que abarca desde el año 2000 hasta 2017. Siguiendo la aproximación clásica del análisis de contenido (Berelson, 1952; Miles, Huberman y Saldaña, 2014; Krippendorff, 2012), la finalidad no es otra que extraer información objetiva, sistemática y cuantitativa sobre las sentencias judiciales que contienen términos claves, permitiendo segmentar y reducir la cantidad de información a tratar. Para ello, se ha recurrido a una base de datos (Aranzadi instituciones) que recoge la jurisprudencia a nivel nacional en España localizando las sentencias a través de los motores de búsqueda con la expresión “*informe pericial social*”.

Por tanto, este estudio supone una primera aproximación analítica que deberá ser complementada en futuras investigaciones con un análisis de discurso, que permita conocer no sólo si los Jueces y Juezas dan o no importancia a la prueba procesal atendiendo a una serie de variables, sino qué elementos o indicadores que se incluyen en el dictamen pericial social por parte de los/las peritos sociales son los que tienen mayor preferencia a la hora de incluirse en la sentencia.

En los siguientes apartados se expone el marco teórico estableciendo una relación entre el dictamen pericial social y las sentencias judiciales emitidas por los Jueces y Juezas en España; se describe las principales hipótesis de la investigación, la metodología utilizada y el

análisis de las sentencias seleccionadas en relación con las hipótesis planteadas. Finalmente se concluye retomando los aspectos más significativos de la investigación.

El Trabajo Social Forense: Equipos Técnicos del Juzgado y Peritos Sociales

El trabajo social como disciplina de las Ciencias Sociales ha establecido fronteras disciplinarias en múltiples áreas de acción, una de ellas es el ámbito judicial. Aunque con mayor trayectoria en Norteamérica y América del Sur, en España el peritaje social se comienza a perfilar a partir del 7 de julio del año 1983, cuando entra en vigencia la Ley 30/81, denominada generalmente “Ley de Divorcio”, donde los/las asistentes sociales y psicólogos/as prestaban servicios como técnicos/as periciales de los Juzgados de Familia en Madrid y Barcelona, siendo contratados/as administrativamente en condición de colaboradores/as temporales (Reyes, 2014, p. 118). Empero, hasta 1983, no se constituyeron formalmente, a propuesta del Consejo General del Poder Judicial, como experiencia piloto, diecinueve equipos psicosociales, formados por profesionales de la psicología y el trabajo social, para los juzgados especializados en Familia existentes en aquella fecha (Gómez y Soto, 2015b; González del Pozo, 2007).

Finalmente, con la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial (LOPJ), se establece la posibilidad de que la Administración de Justicia pudiera contratar profesionales y expertos/as para auxiliarla. Esta ley recoge el marco de intervención de profesionales y personas expertas en su artículo 473 (Turiel, 2016). El 30 de junio de 1987 por primera vez en España se convocan oposiciones libres de personal laboral para cubrir 25 plazas de asistentes sociales desempeñándose civil y penalmente con destino en los Juzgados de primera instancia (dedicados a asuntos de familia), Juzgados de Menores y clínicas médico-forenses (Ruiz, 2011).

Por tanto, la trayectoria del trabajo social forense en los Equipos Técnicos (ET) adscritos al Juzgado (ámbito público) tiene bastante más recorrido que en el ámbito privado o extrajudicial (trabajadores/as sociales forenses en el ejercicio libre de la profesión). Tornero y Rama (2015) realizan un esfuerzo por diferenciar ambas figuras estableciendo una serie de diferencias que establece la LEC, que es donde la figura del/la perito a instancia de parte (privado) adquiere validez normativa².

Entre las diferencias más notorias se evidencia como la actividad del/la perito extrajudicial está relacionada con la prueba pericial y su finalidad: provocar convicción. En contraposición, los ET “son órganos de asistencia y asesoramiento permanentes que desarrollan una genérica actividad de asistencia técnica ajena al ámbito probatorio como, por ejemplo, el seguimiento de las medidas acordadas en una sentencia. En consecuencia, el/la perito es el/la profesional que es llamado/a para que aporte sus conocimientos técnicos, científicos

.....

2 En el art. 335, la LEC establece “cuando sean necesarios conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos, para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto o adquirir certeza sobre ellos, las partes podrán aportar al proceso el dictamen de peritos que posean los conocimientos correspondientes o solicitar en los casos previstos en la ley que se emita dictamen por un perito designado por el Tribunal”. En los procesos penales, también se regula el informe pericial: Real Decreto de 14 de Septiembre de 1882, que aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECrim), artículos 456 a 485, que regulan el informe pericial en la fase de instrucción del sumario, artículos 661 a 663 y 723 a 725, que lo regulan en la fase del juicio oral, y los artículos 334 a 367, que hacen referencia a diversas actividades periciales.

o artísticos sobre determinados hechos relevantes para el enjuiciamiento en un momento puntual sin que desarrolle otras funciones, actividades, quehaceres distintos al ámbito probatorio” (Torner y Rama, 2015, p. 25).

En la LEC la prueba pericial o el “dictamen de peritos” como lo denomina la propia ley, tiene mucha mayor fuerza probatoria que el/la perito que lo emite (González-Montes, 2013). Por tanto, no sólo los informes periciales elaborados por los ET o designados por el Tribunal adquieren veracidad, sino que el dictamen pericial emitido por los/las peritos designados a instancia de parte o extrajudiciales (ámbito privado) tienen la misma naturaleza de prueba pericial que los que se emiten en el ámbito público. Las dos modalidades son compatibles y no se excluyen entre sí, como se deduce del articulado de la LEC (art. 335.1 y 339), incluso si existen sobre la misma cuestión, y en ambos casos se trata de medios de prueba en sentido estricto, han de ser valorados por el Juez/a con arreglo a las reglas de la “sana crítica”. Por otra parte, hoy ya está prácticamente superada la idea de que, por principio, el/la perito de designación judicial es siempre más imparcial que el que designan las partes, pues ambos están sometidos a la obligación de decir verdad bajo sanción penal en el caso de incumplimiento de sus deberes (art. 335.2 LEC). (González Montes, 2013, p. 6-7). Precisamente, la fuerza de los dictámenes periciales reside en su mayor o menor fundamentación, y razón de ciencia, otorgando prevalencia y preferencia a aquellas afirmaciones o conclusiones dotadas de una mayor explicación racional, garantizadora también de una mayor objetividad (González-Montes, 2013, p. 16-17).

Así, ya sea a instancia de parte o designados por el Tribunal, el conocimiento y repertorio técnico-instrumental³ del trabajo social, capacita al profesional de lo social para la tarea pericial, sirviendo de enlace entre el abogado/a y el fenómeno atendido, aportando el estudio social integral, del individuo, la familia o la comunidad, relevando los elementos que subyacen en la situación judicial (Quintero, 2014, p. 8).

El dictamen pericial social en el ámbito judicial

De manera constante, los Jueces y Juezas han utilizado nociones científicas para interpretar y reconstruir los acontecimientos. Sin embargo, el progreso científico-tecnológico de las últimas décadas ha hecho que los tribunales intervengan más a menudo en disputas relacionadas con la aplicación de procedimientos científicos en el ámbito legal (Luca, Navarro y Cameriere, 2013; Santosuosso y Redi, 2004), pero ¿Saben los Jueces y Juezas cómo trabajan los/las científicos/as en sus laboratorios? ¿Y los/las científicos/as tienen alguna idea de cómo los tribunales opinan sobre casos relacionados con las Ciencias Forenses? (Luca, Navarro y Cameriere, 2013, p. 2). La última pregunta que realizan los autores, está estrechamente ligada con los objetivos de esta investigación, si bien, este artículo se centra en el Trabajo Social Forense y en las alusiones al informe pericial social en las sentencias judiciales.

.....
3 Referido a las técnicas que se utilizan más a menudo para construir el dictamen pericial se encuentran; “la observación directa o indirecta; las entrevistas individuales, conjuntas y grupales; las visitas domiciliarias; la observación interrelacionar; la serie de preguntas circulares; el análisis documental; el cotejo con fuentes colaterales; y las técnicas gráficas de representación” (Simón, 2009, p. 187).

En el campo de lo social, con la evolución de los sistemas familiares y su conversión en asuntos complejos e inabordables desde una mirada jurídica única, los Jueces y Juezas buscan expertos/as, puesto que las decisiones se abren a situaciones difíciles de diagnosticar sin un criterio técnico definido (Gómez y Soto, 2015b, p. 137); exigencias propias del nuevo paradigma procesal que exige un rango de científicidad mediada por una particular forma de modelar el análisis sobre los hechos, fenómenos y sucesos sociales. Una nueva forma de tratar los conflictos, lo que permite el despertar de la lógica de la pericial social, donde se incorpora el trabajador social como experto capaz de generar una diagnosis específica de la realidad desde un enfoque no sólo socio-económico sino también socio-cultural (Arias y Yañez, 2010, p. 24), es decir se reconoce al Trabajador/a social como reconocidos/as expertos/as en materia social (Cisterna, sf).

En definitiva, hay una necesidad ya creada en los procedimientos de familia por esta nueva visión de la justicia que se ha apuntado. Donde antes existía una visión del Juez/a que tenía poco margen de interpretación o decidía directamente, ahora se produce una mayor discrecionalidad en sus decisiones y una influencia en las vidas familiares que hace necesaria la ayuda técnica en mayor medida (Gómez y Soto, 2015a).

En cuanto al formato del dictamen pericial social, éste consta de dos partes, una referida a los datos objetivos (recogida de datos) y otra donde ha de constar la opinión del/la perito, (interpretación diagnóstica). Así mismo, podemos encontrar casos en los que se haga necesaria efectuar propuestas de carácter técnico y/o económico, éstas siempre quedarán expresadas de forma nominada, pudiendo incluir recomendaciones y recursos existentes que son del conocimiento de los trabajadores sociales. Los dictámenes periciales aunque no son decisorios ni vinculantes para el Juez/a, suele tener una alta consideración por cuanto se basa en unos métodos y técnicas de trabajo que son propios del trabajo social (Hernández, 2002).

El dictamen pericial social, ya sea en el ámbito penal⁴ o cualquier otra jurisdicción, debe estar revestido de evidencia social, que tal como la definía Richmond (1917, cit. en Garzón, 2016, p. 6) son todos aquellos antecedentes de la historia personal y familiar que cuando se consideran aislados pueden parecer insignificantes o irrelevantes, pero que en conjunto pueden aportar luz sobre la cuestión que se trata.

Con respecto a las competencias de los/as trabajadores/as sociales en la pericial judicial, se estima oportuno realizar un dictamen pericial social en aquellos casos en los que las variables sociales de las personas implicadas adquieren una dimensión de tal magnitud que se precisa estudiarlas en profundidad para conocer cuáles son los condicionamientos que existen en la actualidad y sus repercusiones en el futuro. De forma resumida se pueden emitir periciales en los siguientes procedimientos (Hernández, 2002; Hernández 2016):

- Nulidad, separación y divorcio, guarda, custodia y tutelas de menores, regulación del régimen de visitas, reclamación de alimentos.

.....

4 Si atendemos al proceso penal, el trabajo social forense, desde la orientación (nivel de la prueba) permite entender cómo los intangibles producen realidades objetivas como es el caso de la violencia social - familiar que deja en el contexto post-delito cuando hay lesiones, los elementos materiales de prueba que dan cuenta de lo tangible o contexto post-delito (Garzón, 2016, p. 5).

- Adopciones y acogimientos familiares.
- Protección de menores.
- Factores sociales que deberán ser tenidos en cuenta para la efectividad de las medidas preventivo-especiales tendentes a la reinserción de los menores
- Incapacidades de personas adultas, abortos, víctimas por agresión sexual, abusos y malos tratos.
- Informes sobre los factores sociales que concurren en las víctimas y que agravan la situación en la que quedan tras haber sufrido el hecho delictivo, (agravantes).
- Informes sobre los factores sociales que han podido influir en la responsabilidad penal, y que por tanto pueden ser tenidos en cuenta para la determinación de la pena, (eximentes o atenuantes) así como para el posible establecimiento de medidas alternativas más adecuadas a las circunstancias socio-familiares de la persona inculpada.
- Petición de indultos.
- Accidentes de tráfico, accidentes laborales, negligencias médicas. En estos procedimientos, probada la existencia de necesidades sociales, el peritaje social será el medio de prueba más idóneo para fundamentar indemnizaciones y/o compensaciones económicas por factores sociales.
- Cualquier otro procedimiento en el que se vean afectadas en la víctima y en su entorno las condiciones personales, familiares, económicas, laborales y/o profesionales, vivienda y hábitat, y su entorno relacional, que conforman su vida social.

Finalmente, con respecto al uso del informe pericial en términos generales, es en la vista oral dónde más incertidumbre se genera en el procedimiento judicial: el experto/a es llamado/a a declarar para explicar cuidadosamente las metodologías relacionadas con su examen pericial y para que el Juez/a, a la luz de las pruebas e informaciones disponibles, pueda admitir o no los hechos alegados por los/las peritos. Es principalmente en este momento cuando los análisis científicos adquieren una importancia real de cara a la justicia (Luca, Navarro y Cameriere, 2013, p. 4). El informe pericial se configura así como un medio de carácter científico mediante el cual se pretende lograr que el Juez/a pueda apreciar y valorar unos hechos que ya han sido aportados al proceso por otros medios probatorios. En definitiva, mediante la pericia, se trata de explicar una realidad que, por no ser obvia, necesita la interpretación del/ la perito, la contradicción de las partes y finalmente la valoración del Juez/a (Luca, Navarro y Cameriere, 2013, p. 5).

Variables e Hipótesis de la investigación

Cabe recordar que el objetivo de la investigación es realizar un análisis descriptivo de la importancia que los Jueces y Juezas otorgan al dictamen pericial social. En este sentido, se formula una primera hipótesis (H1) que contempla que los Jueces y Juezas dan importancia al dictamen pericial social y que ésta ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. La importancia que los Jueces y Juezas dan al dictamen pericial social se convierte en la variable dependiente de la investigación. El resto de hipótesis planteadas, se enuncian en relación

con las variables independientes del estudio: comunidad autónoma (CCAA), jurisdicción y emisor/a del dictamen pericial social.

Así, la segunda hipótesis (H2) relacionada con las *comunidades autónomas* hace referencia a la existencia de diferencias en función de las CCAA que aparecen en la búsqueda de las sentencias. Asumimos que en comunidades donde el peritaje social tiene más recorrido y está más instaurado, y por tanto, los Jueces y Juezas pueden estar más sensibilizados/as, van a encontrarse más referencias al dictamen pericial social que en aquellas comunidades donde no existe tanta trayectoria y visibilización.

La tercera hipótesis (H3) de la investigación contempla la *jurisdicción* donde se emiten las sentencias, y plantea que de todas las jurisdicciones, la jurisdicción civil es donde más importancia otorgan los Jueces y Juezas al dictamen pericial social y dentro de ésta (jurisdicción civil), los temas relacionados con las relaciones paterno/materno-filiales, son los que tienen mayor número de referencias al ser cuestiones que guardan una estrecha relación con el análisis de los diferentes factores sociales que influyen en el funcionamiento social de las personas. (H3.1). A pesar de ello, en los últimos años ha habido una mayor diversificación y el dictamen pericial social aparece en otras jurisdicciones con más preeminencia (H3.2).

Por último, la cuarta hipótesis (H4) hace alusión al *profesional* que emite el dictamen pericial social. A pesar de que los informes periciales sociales a instancia de parte están tomando cada vez más protagonismo, los Jueces y Juezas incluyen en sus sentencias un mayor número de referencias a los dictámenes que emiten los ET o los asignados por el Tribunal (público) que a los que se realizan a instancia de parte (privado).

Metodología

Tal como se ha venido explicando a lo largo del artículo, esta investigación realiza un análisis de contenido basado en el número de veces que aparecen los términos claves seleccionados en las sentencias judiciales (tabla 1). Cabe mencionar que el protocolo de búsqueda no es cerrado y que por tanto admite la admisión de nuevos términos claves que no estaban planteados en un inicio. Así, cuando aparecía un término nuevo susceptible de aportar resultados, se incluía en la lista y se volvía a repetir la búsqueda en todas las sentencias seleccionadas. Un ejemplo de ello es el término “Diplomada”, que no estaba en un inicio y se incluyó posteriormente al aparecer en una sentencia, también se añadió el término en masculino “Diplomado”.

Para la selección de los términos claves y las frecuencias de los mismos se ha utilizado Atlas. Ti, un programa de análisis cualitativo asistido por ordenador que posteriormente permitirá completar esta investigación añadiendo información sobre qué partes o contenido del dictamen pericial social elaborado por los/las trabajadoras sociales incluyen los Jueces y Juezas en las sentencias. La búsqueda de los términos claves se ha realizado de forma automática, aunque todos los términos se han revisado y confirmado con el objeto de que hicieran referencias claras al dictamen pericial social (instrumento) o al profesional que lo emite.

Los resultados expuestos en la tabla 1 no sólo permiten conocer los términos claves⁵ incluidos en el análisis, si no que por un lado, aporta información referente a qué términos prefieren utilizar los Jueces y Juezas cuando hacen referencia a la prueba procesal (informe pericial social en vez de dictamen pericial social), o cuando alude al profesional, optando por los términos “Trabajadora Social” y “perito”. El término “Trabajadora Social” es de los que alcanzan mayores frecuencias, junto con el de “perito” que en todos los casos aparece acompañado con el artículo “la” un indicador claro de la feminización de la profesión. De hecho, cuando aparecía el término perito en masculino mayoritariamente hacía alusión a la figura del médico forense.

Tabla 1. Frecuencia de los términos claves localizado en las sentencias judiciales (N=180).

Términos claves	Frecuencias Absolutas
Dictamen pericial social	4
Diplomada social	4
Diplomado social	0
Informe pericial social	209
Informe social	19
Informes periciales	20
LA Perito	20
Perito social	0
Trabajador social	5
Trabajador social forense	0
Trabajadora social	55
Trabajadora social forense	0

Fuente: Elaboración propia.

El proceso de recolección de sentencias se ha realizado utilizando los motores de búsqueda de la base de datos Aranzadi instituciones (Thomson Reuters), una base de datos con información legal que recoge, entre otras cosas, las sentencias emitidas por los Jueces y Juezas a texto completo⁶. Aunque existen otros métodos para conocer la importancia que los Jueces y Juezas otorgan al dictamen pericial social, hemos seleccionado las

.....

5 Las frecuencias de los términos claves se expresan en términos absolutos. Los datos se podrían haber ofrecido en términos relativos, dividiendo el valor absoluto por el número de palabras que contiene cada sentencia y multiplicado por 100. El número de palabras de las sentencias es muy variable, la sentencia que menor número de palabras contiene incluye 733 palabras y la que mayor número de sentencias contiene asciende a 12.565 palabras. No obstante se ha optado por incluir los términos absolutos, puesto que en este caso, nos interesa más el número de sentencias que incluyen dichos términos, y en concreto, el dictamen o informe pericial social como prueba para auxiliar al Juez/a, que las veces que se repitan los términos claves dentro de cada una de ellas. De ahí, la idoneidad de completar este estudio con un análisis de discurso de los párrafos donde aparezcan alusiones a los términos claves, más allá de conocer el número de veces que se repite el término en una misma sentencia.

6 El acceso a los datos ha sido posible al ser ambas autoras parte de la comunidad académica de la Universidad Pablo de Olavide (UPO). La UPO está adscrita a diversas revistas y bases de datos científicas y permite el acceso gratuito a sus usuarios a través de la biblioteca digital.

sentencias judiciales, al considerarlo el mejor conjunto de datos disponibles para nuestros objetivos, puesto que es el único documento escrito que refleja verazmente la posición adoptada por el juzgador/a sobre un asunto y que se puede analizar de forma sistemática a lo largo del tiempo.

Con el objeto de localizar la información de interés para las autoras y que el número de sentencias recopiladas fuera significativo, se redujo la búsqueda a las sentencias que contuvieran en el cuerpo del texto de forma literal referencias al “informe pericial social”. En un primer momento optamos por realizar una búsqueda más amplia que incluyera tanto el informe social como el informe pericial social (“informe social” .O “informe pericial social”) obteniendo un total de 3754 sentencias. Sin embargo, aunque aumentaba el volumen de los casos y así la capacidad de realizar inferencias, realmente no cubría nuestro objetivo, puesto que las alusiones a los informes sociales desvirtuaban el sentido de la investigación, incluyendo en el análisis informes realizados por trabajadoras/es sociales de la Administración pública ajenas al procedimiento judicial como puede ser un trabajador/a social de los Servicios Sociales Comunitarios (STC 65/2015 de 23 de Enero)

Al mismo tiempo, se incluyeron en el motor de búsqueda todos los términos claves que posteriormente se localizarían en el cuerpo de la sentencia para obtener los datos (tabla 1); y finalmente la búsqueda que dio resultados más óptimos y certeros fue el término “informe pericial social”, arrojando un total de 180 sentencias⁷ distribuidas de la siguiente manera (tabla 2).

Tabla 2. Localización de sentencias bajo el criterio de búsqueda “informe pericial social”.

Sentencias por jurisdicción	Número de sentencias
Civil	162
Contencioso-administrativo	7
Penal	11
Total	180

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos consultados en Aranzadi instituciones.

Una vez recopiladas las 180 sentencias, se ha creado una base de datos en SPSS con el objeto de organizar y recopilar de forma sistemática todas las sentencias. Este programa permite constatar las hipótesis planteadas a través de la distribución de frecuencias de cada una de las variables incluidas en el análisis y mediante tablas de contingencia.

Para las variables *comunidad autónoma* y *jurisdicción*, en las tablas de contingencia, se han recopilado tanto los porcentajes de casos como los residuos tipificados corregidos significativos. Los residuos superiores a 1,8 en valor absoluto indican que las diferencias son estadísticamente significativas (es decir, no se deben al azar con una probabilidad del 95%).

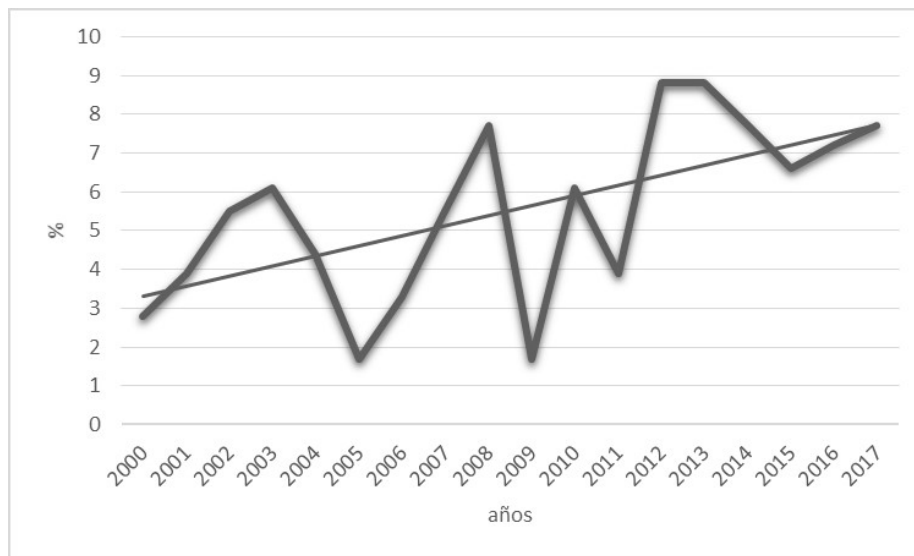
7 La búsqueda de sentencias que contienen los términos claves seleccionados en el estudio se realizó el 3 de marzo de 2018 con un total de 180 sentencias. A fecha 23 de julio de 2018 se ha vuelto a aplicar el mismo criterio de búsqueda obteniendo tres sentencias más en la jurisdicción civil (N=183). No se ha estimado oportuno incluirlas en el análisis al ser sentencias que corresponden con el año en curso, 2018, y no tener todos los datos disponibles para ese año para poder realizar comparaciones.

Estos residuos indican, además, si las frecuencias observadas son significativamente más altas (residuos positivos) o más bajas (residuos negativos) de lo que cabría esperar.

Resultados y análisis de los datos

Un análisis general agregado de las sentencias que contienen términos claves (gráfico 1) indica que la importancia que los Jueces y Juezas le han otorgado al dictamen pericial social ha venido aumentando de forma generalizada a lo largo del tiempo, aunque la tendencia que muestra la recta es ascendente pero no lineal. La evolución del número de sentencias que hacen referencia a los términos claves desde el año 2000 hasta el 2017 no es constante, aumentando en algunos años y disminuyendo en otros.

Gráfico 1. Evolución de la importancia que los Jueces otorgan al dictamen pericial social, 2000-2017 (N=180).



Fuente: Elaboración propia.

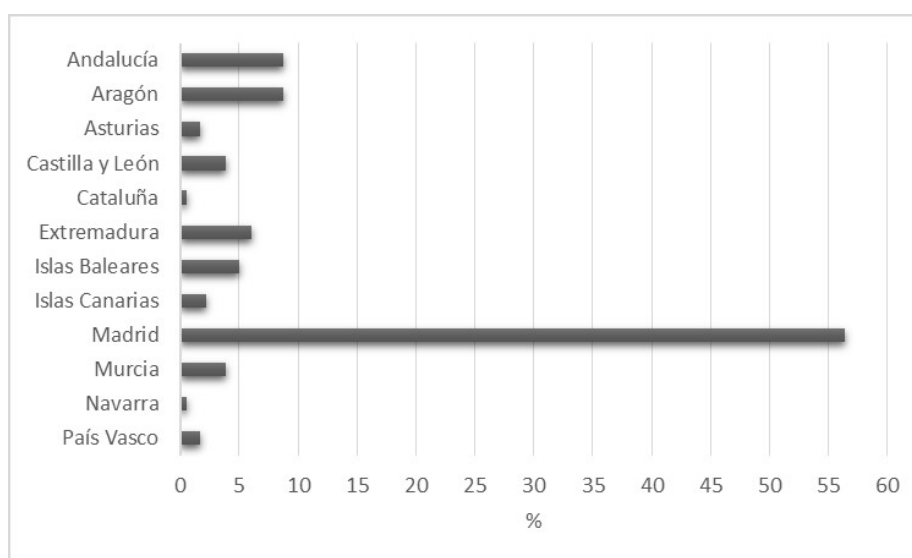
Los años en los que hay menos referencias a la prueba pericial son 2005 y 2009. No obstante, en el año 2008 las frecuencias son superiores, y a partir de 2012 el aumento es considerable en comparación con los años anteriores. De alguna manera, las materias que se tratan en la jurisdicción civil, donde más periciales se han localizado (véase tabla 3), están relacionadas con los asuntos de familia y en este caso, el deterioro de las relaciones familiares que se ha venido gestando con la complejidad de la sociedad, junto con la judicialización de los conflictos sociales (Krmptotic, 2013), ha propiciado un aumento de los casos relacionados con las medidas paterno/materno-filiales de forma considerable; y por consiguiente un aumento en la elaboración de informes periciales sociales tanto a nivel público como privado.

Otro dato significativo que podría explicar el aumento de referencias al informe pericial social en las sentencias a partir de 2005, es la aprobación de la Ley 15/2005, de 8 de julio, por la que se modifican el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de separación

y divorcio. Esta ley introdujo por primera vez la posibilidad de acordar la guarda y custodia compartida de los hijos/as menores. Esto no significa que anteriormente estuviera prohibido pero la posibilidad no estaba prevista expresamente (Alascio, 2011, p. 4).

En relación con la H2 de la investigación, donde se deducían diferencias en función de las CCAA, se puede constatar como la Comunidad de Madrid, es donde más sentencias se han recopilado en todos los años (gráfico 2). Seguidamente, pero con un porcentaje menor están las comunidades de Andalucía y Aragón. En el otro extremo, las CCAA con menor número de sentencias que incluyen referencias al dictamen pericial social son Cataluña y Navarra.

Gráfico 2. Distribución del número de sentencias en función de las Comunidades Autónomas donde se han localizado términos claves (N=180).



Fuente: Elaboración propia.

Llama la atención como Cataluña, una comunidad pionera y con recorrido como Madrid, sea una de las que menos menciones realizan los Jueces y Juezas al dictamen pericial social. Entre otros factores, esto se puede deber a que en la Generalitat de Cataluña, los equipos psicosociales (SATAF) solo elaboran informes para partes de los procedimientos que cuenten con el beneficio de la justicia gratuita (Gómez y Soto, 2015a, p. 128). Al mismo tiempo, en la investigación citada de Gómez y Soto (2015a, p. 129) se evidencia cómo los Jueces y Juezas de Barcelona insisten en la escasez de medios de forma más clara que los Jueces y Juezas de Madrid y hacen mención a la necesidad de contar con una mayor cercanía y compromiso de los equipos psicosociales, mientras que en Madrid, cuentan con un servicio más cercano. A pesar de ello, con los resultados obtenidos no podemos establecer el motivo de las diferencias entre todas CCAA y solo permite testar la existencia de diferencias, especialmente el aumento considerable en la Comunidad de Madrid.

Volviendo a las jurisdicciones, los datos aportados en la tabla 3 respaldan la hipótesis de que la jurisdicción civil es dónde más referencias realizan los Jueces y Juezas al dictamen pericial social (H3).

Tabla 3. Frecuencias del número de sentencias que contienen términos claves en las distintas jurisdicciones

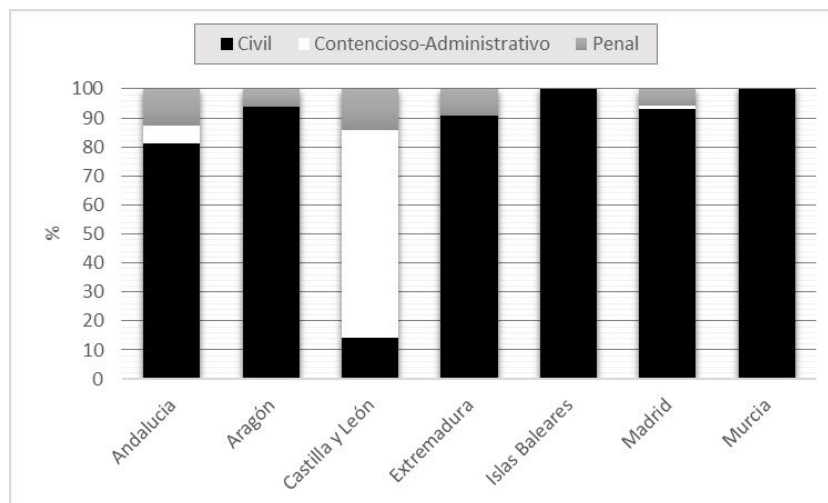
Jurisdicción	%
Civil	90
Contencioso-Administrativo	3,89
Penal	6,11

Fuente: Elaboración propia.

El 90% de los casos analizados pertenecen a la jurisdicción civil, mientras que sólo el 6,11% y el 3,89% de las sentencias se localizan en los procesos penal y contencioso-administrativo, respectivamente. Los dictámenes periciales sociales que el Juez/a incluyen en las sentencias dentro de la jurisdicción contencioso-administrativo se realizan en la comunidad de Castilla y León, concretamente en Valladolid a partir del año 2010 y sobre cuestiones relacionadas con la responsabilidad patrimonial de la Administración pública (negligencias médicas). En cambio, en la jurisdicción penal, los casos son más heterogéneos en cuanto a CCAA, años y materias.

El predominio de periciales en la jurisdicción civil se da en todas las CCAA analizadas, exceptuando Castilla y León (gráfico 3), donde las sentencias recogidas en la jurisdicción civil muestran frecuencias por debajo de lo esperado (residuo tipificado corregido -RTC:- 6,8), mientras que el mayor número de sentencias se localizan en la jurisdicción contencioso-administrativo con una frecuencia mayor de lo esperado (RTC: 9,4). En contraste, en la Comunidad de Madrid, las frecuencias obtenidas en dicha jurisdicción se sitúan por debajo de lo esperado (RTC: -2,3). En el resto de CCAA⁸ los residuos tipificados corregidos no son significativos.

Gráfico 3. Frecuencias del número de sentencias que contienen términos claves en las distintas jurisdicciones por Comunidades Autónomas (N=180).



Fuente: Elaboración propia.

.....

8 Se ha excluido de este análisis las CCAA que tenían menos de 5 casos: Navarra y Cataluña (1), Asturias (3) y Canarias (4). En todas estas comunidades las sentencias se ubican en la jurisdicción civil.

Por otro lado, la H3 establecía que de todas las materias que se dirimen en el proceso civil, los concernientes a los asuntos relacionados con familia (relaciones paterno/materno-filiales) son en los que concurren mayor número de sentencias (82,2%) que incluyen el dictamen pericial social como una prueba que auxilia al Juez/a para la toma de decisiones (H3.1). Las principales materias que se abordan son guarda y custodia, régimen de visitas, pensión de alimentos, escolarización, acogimiento y modificación de medidas (véase tabla 4).

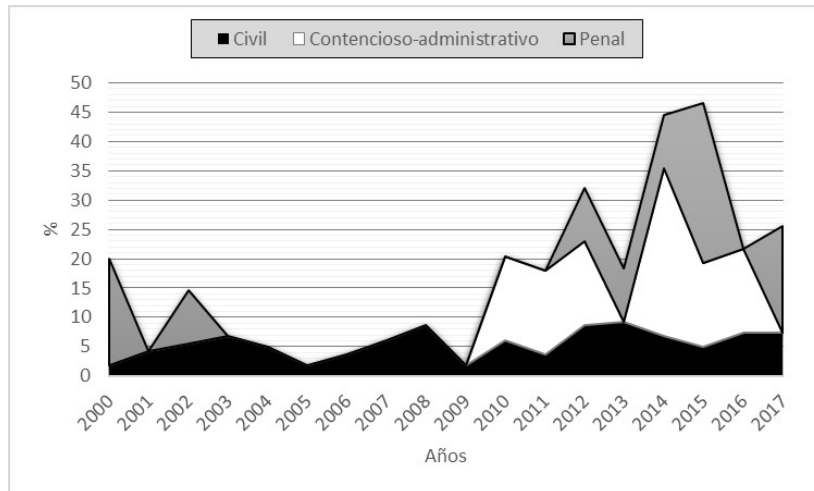
Tabla 4. Temática de las sentencias por jurisdicciones (N=180)

Jurisdicción	Temáticas	%
Civil	Medidas paterno/materno filiales: guarda y custodia, régimen de visitas, pensión de alimentos, escolarización, acogimiento y modificación de medidas	82,2
	Nulidad, separación y divorcio	5,5
	Incapacidad y tutela	1,1
	Filiación: cambio apellidos	0,6
	Incumplimiento de deudas	0,6
Contencioso-administrativo	Responsabilidad patrimonial de la administración pública (negligencias médicas)	3,9
Penal	Delitos y faltas: violencia de género, violencia doméstica, incumplimiento de orden de alejamiento, incumplimiento de obligaciones familiares, delito contra la libertad sexual, falta contra las personas	6,1

Fuente: Elaboración propia.

No obstante, aunque se preveía frecuencias más elevadas de sentencias en la jurisdicción civil, se hipotetizaba sobre el aumento de periciales sociales en el resto de jurisdicciones en los últimos años (H3.2). El gráfico 4 muestra el cambio producido en las diferentes jurisdicciones a lo largo del periodo de estudio y permite conocer la evolución temporal en cada jurisdicción con independencia de las otras, de ahí que los porcentajes en algunos años de las jurisdicciones contencioso-administrativo y penal superen a la civil, aunque en términos comparativos en todos los años el número de sentencias en ésta última es significativamente mayor que en el resto (gráfico 5).

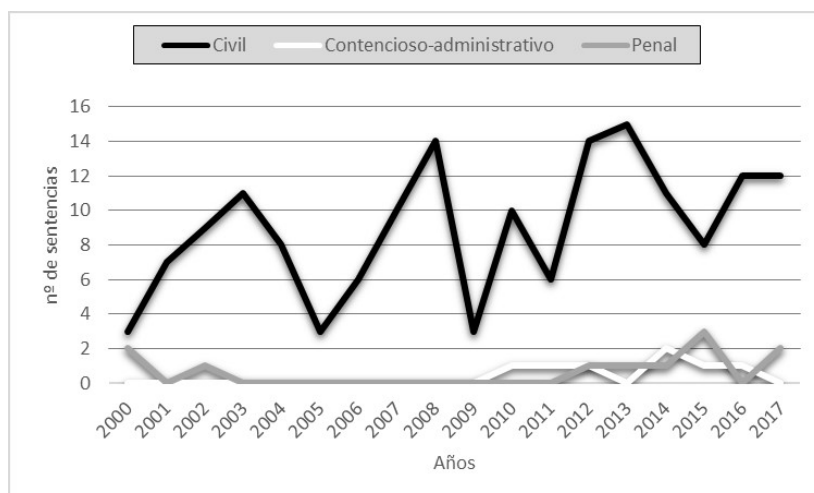
Gráfico 4. Evolución de las sentencias que contienen términos claves por cada jurisdicción, 2000-2017 (N=180)



Fuente: Elaboración propia.

Con los datos aportados en el gráfico 4 se sustenta la H3.2. La jurisdicción civil muestra frecuencias similares en todos los años del estudio y aunque con algunas diferencias hay una tendencia que visibiliza la importancia gradual que los Jueces y Juezas han dado al dictamen pericial social desde que se aprobó la LEC (año 2000); en cambio tanto en la jurisdicción contencioso-administrativo como en la penal, se evidencia un aumento considerable de casos en los últimos años, concentrándose los mayores porcentajes a partir de 2010 en el proceso contencioso-administrativo, y a partir de 2012 en el penal. Aunque en ésta última jurisdicción aparecen algunas referencias al dictamen pericial social en las sentencias en los primeros años del estudio (2000-2003).

Gráfico 5. Comparativa por jurisdicciones del número de sentencias que contienen términos claves (N=180)



Fuente: Elaboración propia.

Una vez mostrada las tendencias de las sentencias que incluyen los términos claves en función del periodo, la CCAA y las jurisdicciones, se ha estimado conveniente mostrar la ubicación de las referencias al informe pericial social y al contenido que se vierte en el mismo dentro de las sentencias (tabla 5). Prácticamente en todos los casos, los términos claves se localizan en el apartado fundamentos jurídicos, ya sea en dicha parte en exclusiva, o junto con las otras partes que componen la sentencia (antecedentes de hecho, hechos probados y fallo). Esto supone que los Jueces y Juezas utilizan el dictamen pericial como mecanismo para introducir en el proceso hechos complejos de naturaleza técnica que permite fundamentar un fallo, es decir, dar argumentos o razones plausibles para justificar por qué se ha tomado precisamente esa decisión en lugar de otra (Salas, 2006, p. 9). Sin embargo, la información relevante, tal como se ha expuesto, sería efectivamente valorar la incidencia del dictamen pericial social en la sentencia sin coaligarse al lugar donde aparece en la sentencia, ya que el dictamen puede ser citado en los fundamentos jurídicos y ser desestimado, criticado o no valorado para dictar la sentencia.

Tabla 5. Parte de la sentencia donde se han localizado los términos claves (N=180)

Parte sentencia	%
Antecedente de hecho (AH)	1,7
Hechos probados (HP)	0,6
Fundamentos jurídicos (FJ)	92,8
Fallo (F)	0
AH + FJ	3,3
HP+ FJ	0,6
F+ FJ	0,6

Fuente: Elaboración propia.

Por último y respondiendo a la H4, la tabla 6 incluye los diferentes emisores/as de la prueba pericial, distinguiendo entre ámbito público o privado. En el primer caso, estarían dentro de esta categoría los/las profesionales designados por el Tribunal (sean éstos personal de los Equipos técnicos adscritos al Juzgado, o los/las peritos sociales forenses requeridos por personal del ámbito judicial). En el segundo caso, - a instancia de parte-, el/ la perito social forense es un trabajador/a social en el ejercicio libre de su profesión que lo requiere alguna de las partes litigantes, sin que medie el Tribunal.

Tabla 6. Profesional que emite el dictamen pericial social incluido en las sentencias (N=180).

Profesional	%
Ámbito público	21,1
Ámbito privado	3,3
No se explicita la autoría	75,6

Fuente: Elaboración propia.

Aunque en la mayoría de las sentencias no se conoce la autoría al no haber ningún elemento clarificador que lo vincule a un ámbito u otro (75,6%), se puede intuir que en la mayoría de los casos, pertenecen a los/las trabajadores/as sociales del ET o a los/las peritos sociales designados por el Tribunal, ya que el tratamiento jurisprudencial que en el anterior sistema tuvo la pericia extrajudicial (a instancia de parte), donde no se la consideraba verdadera prueba pericial, sigue pesando todavía en la práctica de los tribunales (González-Montes, 2013, p. 7). De hecho, un estudio realizado en la provincia de Jaén durante el año 2013 concluye que los órganos judiciales requieren exclusivamente a sus equipos técnicos de los Servicios de Apoyo a la Justicia para la realización de los informes periciales. Por otro lado, los/las abogados/as representantes de las partes no utilizan los informes periciales particulares como medio de prueba en procedimientos judiciales, siendo lo habitual solicitarlo al Juez/a cuando deciden aportarlos como pericial judicial (Zarco, 2014, p. 35).

En cuanto a los informes periciales sociales que se realizan a instancia de parte, en su mayoría pertenecen a los asuntos dirimidos en el proceso contencioso-administrativo (negligencias médicas). Recientemente parece evidente que para los/las peritos sociales a instancia de parte se abre un nuevo nicho de mercado en estos temas, mientras que en los temas de familia, siguen teniendo mayor predilección los periciales elaborados por el Equipo psicossocial de los Juzgados.

Conclusiones. Propuestas innovadoras

Este artículo tenía como objetivo principal generar datos sistemáticos y comparables que complementaran los estudios existentes sobre peritaje social en España, aportando datos empíricos sobre la importancia que los Jueces y Juezas han otorgado al dictamen pericial social en sus sentencias desde el año 2000 hasta 2017.

En cuanto a las hipótesis planteadas en la investigación, todas ellas se han refutado a través de los datos recopilados en las sentencias. Por tanto, podemos confirmar que los Jueces y Juezas han dado importancia al dictamen pericial social, y que esta ha ido aumentando a lo largo del tiempo, aunque no de manera lineal. El aumento de referencias a la prueba pericial no sólo ha sido cuantitativo (mayores frecuencias), si no también cualitativo, es decir, las materias abordadas se han diversificado en los últimos años y aparecen nuevas materias, principalmente en la jurisdicción contencioso-administrativo con temáticas asociadas a las negligencias médicas.

En futuras investigaciones sería interesante comprobar el efecto que ha tenido la aprobación del nuevo baremo de tráfico (Ley 35/2015), que entró en vigor en Enero de 2016 con el objeto de evidenciar si hay un aumento de periciales sociales, especialmente a instancia de parte, tanto en la jurisdicción civil (accidentes de tráfico), social (accidentes laborales) y contencioso-administrativo (negligencias médicas), ya que dicho baremo no sólo rige los accidentes de tráfico, sino también las casuísticas señaladas.

Con respecto a las CCAA, la Comunidad de Madrid ha sido con una diferencia significativa, la que más referencias se han localizado al dictamen pericial social en las sentencias. Y al igual que en el resto de CCAA, aunque se desconocía la autoría en muchos de los casos analizados, los periciales realizados en el ámbito público tienen mayor representación que los que se realizan a instancia de parte (ámbito privado).

Los resultados obtenidos en la investigación suponen el inicio de un tema de investigación relevante para el Trabajo Social en general y el peritaje social en particular, y sirven de antesala para generar mayor evidencia empírica sobre la importancia que los Jueces y Juezas otorgan al dictamen pericial social. Por ende, este estudio se complementará con un análisis de discurso de las propias sentencias donde se pueda incorporar a los análisis que parte y contenido del dictamen pericial social sirven de soporte a los Jueces y Juezas para enjuiciar; y con la realización de entrevistas a Jueces y Juezas con el objeto de que aporten nuevos datos a esta cuestión.

Bibliografía

- Alascio, L (2011). La excepcionalidad de la custodia compartida impuesta (art. 92.8 CC). A propósito de la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de octubre de 2010 [versión electrónica]. *InDret. Revista para el análisis del derecho*, 2, 1-25.
- Arias, J. y Yáñez, V. (2010). Un nuevo constructo para el peritaje del Trabajo Social. Los desafíos de una investigación/intervención fundamentada desde la propuesta teórica de Pierre Bourdieu [versión electrónica]. *Revista Trabajo Social*, (79), 23-34.
- Berelson, B. (1952). *Content analysis in communication research*, New York, NY, US: Free Press.
- Cisterna, I. (s.f.) Las tensiones epistemológicas en la acción pericial: una comprensión desde lo intercultural. *Colegio Trabajadores Sociales de Chile*, 1-10, consultada el 27 de julio de 2018, <http://www.trabajadoressociales.cl/provinstgo/documentos/3articulopericiasocial.pdf>
- Cisterna, I. y Rojas, P. (2013). *La Pericia Social Forense. "Modelos y Práctica de una intervención especializada en Trabajo Social"*. Chile: Human Business.
- España. Audiencia Provincial de Valencia. Sentencia nº 65/2017 de 23 enero de 2017. [versión electrónica. Base de datos Aranzadi Instituciones], consultada el 26 de septiembre de 2018, [acceso restringido].
- España. Consejo General del Poder Judicial. Sentencia nº 102/2018 de 21 de mayo de 2018. [versión electrónica. Base de datos del CENDOJ], consultada el 26 de septiembre de 2018, <http://www.poderjudicial.es/search/contenidos.action?action=contentpdf&databasematch=AN&reference=8457227&links=30030450062018100002&optimize=20180723&publicinterface=true>
- España. Ley 30/1981, de 7 de julio, por la que se modifica la regulación del matrimonio en el Código Civil y se determina el procedimiento a seguir en las causas de nulidad, separación y divorcio. BOE de 20 de julio de 1981, nº 172.
- España. Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial. BOE de 2 de julio de 1985, nº 157.
- España. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. BOE de 8 de enero de 2000, nº 7.
- España. Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. BOE de 23 de septiembre de 2015, nº 228.

- España. Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. BOE de 17 de septiembre de 1882, nº 260.
- Garzón, R. (2016). La evidencia del trabajo social forense. Canadá: Hiver.
- Gómez, F. y Soto, R. (2015a). Nuevas tareas, nuevos lugares del trabajo social judicial en España [versión electrónica]. *Serv. Soc. Soc., São Paulo*, (121), 125-142.
- Gómez, F. y Soto, R. (2015b). El trabajador social de la Administración de Justicia española en los procesos de rupturas matrimoniales [versión electrónica]. *Estudios Socio-jurídicos*, 17(2), 131-166.
- González del Pozo, J.P. (2007). La ejecución forzosa de obligaciones de hacer y entregar cosa determinada en los procesos de familia y menores, (147), 83-149.
- González-Montes, J.L. (2013). La prueba pericial en la ley de enjuiciamiento civil. Balance crítico [versión electrónica]. *Revista de Estudios Jurídicos*, (13), 1-21.
- Hernández, A. (2002). La Prueba Pericial de los Trabajadores Sociales. *La Toga*, (133), consultada el 27 de julio de 2018, <https://www.revistalatoga.es/la-prueba-pericial-de-los-trabajadores-sociales/>
- Hernández, A. (2016). Aportaciones de un dictamen pericial social en una causa de negligencia médica, *La Toga* (193), consultada el 27 de julio de 2018, <https://www.revistalatoga.es/aportaciones-de-un-dictamen-pericial-social-en-una-causa-de-negligencia-medica/>
- Krippendorff, K. (2012). *Content analysis: An introduction to its methodology*, London: Sage.
- Krmpotic, (2013). El trabajo social forense como campo de actuación en el arbitraje de lo social [versión electrónica]. *Trabajo Social Global*, 3 (4), 37-54.
- Luca, S., Navarro, F. y Cameriere, R. (2013). La prueba pericial y su valoración en el ámbito judicial español. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 15-19, consultada el 27 de julio de 2018, <http://criminet.ugr.es/recpc/15/recpc15-19.pdf>
- Miles, M.B., Huberman, A.M. y Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis. A methods sourcebook*, London: Sage.
- Nieva, J. (2010). *La valoración de la prueba*. Madrid: Marcial Pons.
- Quintero, A.M. (2014) Peritaje social: Contexto no clínico en la intervención socio-familiar [versión electrónica]. *Revista Facultad de Trabajo Social*, 30 (30), 25-40.
- Reyes, C. (2014). El Oficio de Perito Trabajador Social: Reflexiones Acerca de la Construcción y Fundamentación del Peritaje Social [versión electrónica]. *RUMBOS TS*, (9), 113-128
- Robertson, D.B. (1976). *A theory of party competition*, London: John Wiley & Son.
- Ruiz, P. (2011). El trabajador social como perito, testigo y especialista del sistema judicial español, consultada el 27 de julio de 2018, <http://www.trabajosocialbadajoz.es/colegio/wp-content/uploads/2011/05/El-T.S.-como-perito-testigo-y-especialista-del-sistema-judicial.pdf>

- Salas, M.E. (2006). ¿Qué significa fundamentar una sentencia? O el arte de redactar fallos judiciales sin engañarse a sí mismo y a la comunidad jurídica. *Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho*, (13), 1-18.
- Santosuosso, A. y Redi, C.A. (2004). *The need for scientists and judges to work together. Regarding a European network*, en A. Santosuosso, G. Gennari, S. Garagna, M. Zuccotti y C.A. Redi (Eds.), *Science, law and the courts in Europe*. Pavia: Collegio Ghisleri, Ibis.
- Simón, M. (2009). Aportaciones del Trabajo Social a la pericial de familia. *Cuadernos de Derecho Judicial*, (2), 175-210.
- Tornero, S. y Rama, A. (2015). Ejercicio libre de la profesión: el trabajador social como perito social forense. *TSDifusión*, (110), 24-26, consultada el 27 de julio de 2018, http://www.tsdifusion.es/revistas_publicadas/110/pdf/TSD110_7.pdf
- Turiel, R. (2016). *El Trabajador Social en el ámbito del peritaje*. Trabajo Fin de Grado, Universidad de Valladolid, consultada el 27 de julio de 2018, <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/19504>
- Molina, F.J. e Hinarejos, I. (2016) *Valoración y coincidencia del informe pericial con las sentencias judiciales en materia de Guardia y Custodia y Sistemas de Comunicación en los Juzgados de la provincia de Albacete (2009-2013)*, 1-55, consultada el 27 de julio de 2018, <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/Sala-de-Prensa/Notas-de-prensa/Aumentan-las-solicitudes-de-informes-periciales-en-asuntos-de-Familia-en-los-Juzgados-de-la-provincia-de-Albacete>
- Zarco, M.G. (2014). *Trabajo social en la Administración de Justicia: La Peritación Judicial Social en la Provincia de Jaén en 2013*. Trabajo Fin de Grado. Universidad de Jaén, consultada el 27 de julio de 2018, <http://tauja.ujaen.es/jspui/handle/10953.1/730>

Atención centrada en la persona (ACP): buenas prácticas en un centro de atención de menores con necesidades de apoyo (CAM Xiquets)

Inmaculada González Herrera

Trabajadora Social y directora del Centro CAN XIQUETS de Valencia

Resumen

El presente artículo aborda el modelo basado en la atención centrada en la persona (ACP) y las buenas prácticas que, día a día, se implementan en un recurso de la ciudad de Valencia (CAM Xiquets) encargado de atender a diez niños/as y adolescentes con necesidades de apoyo.

El modelo de gestión de CAM Xiquets se centra en la comunicación entre todas las partes que afectan los/as niños/as y adolescentes: las instituciones, la familia, el centro escolar, los centros de salud, hospitales y el voluntariado, etc., y el propio centro y sus educadoras. Asimismo, cuenta con cuatro pilares básicos: las habilidades comunicativas, el manejo conductual, la estimulación cognitiva/desarrollo, el apoyo educativo y la programación individualizada de cada niño/a y adolescente.

Palabras clave

Atención centrada en la persona, necesidades de apoyo, infancia, discapacidad, Sistemas Aumentativos y/o Alternativos de la Comunicación (SAACS).

Summary

The present article addresses the model based on the comprehensive care focused on the person (ACP) and the good practices that, day by day, are implemented in a resource of the city of Valencia (CAM Xiquets) in charge of taking care of ten children and adolescents with support needs.

CAM Xiquets management model focuses on communication among all parties that affect children and adolescents: institutions, the family, the school, health centers, hospitals and volunteers, etc., and the center itself and its educators. Furthermore, it also has four fundamental pillars which are: communication skills, behavioral management, cognitive stimulation / development, educational support and individualized programming for each child and adolescent.

Key words:

Comprehensive Care Focused on the person, support needs, childhood, disability, Augmentative and/or Alternative Systems of Communication (AAC).

1. Introducción

El presente artículo tiene como objetivo mostrar el funcionamiento de un centro de niños/as y adolescentes con necesidades de apoyo (CAM Xiquets) sito en Valencia (barrio de Campanar) y, en especial, su modelo de trabajo basado en la atención centrada en la persona (ACP) y en las buenas prácticas. Se ha optado por esta denominación como traducción del término “Person-Centred/Centered Care (PCC)”, acuñado internacionalmente desde hace varias décadas y que viene siendo utilizado en campos como la salud, la atención a las personas con diversidad funcional o las personas mayores que precisan cuidados de larga duración.

Cuando hablamos de “atención centrada en la persona” (ACP) es imprescindible hacer alusión a Carl Rogers (1902-1987), uno de los autores más influyentes del movimiento humanista a escala internacional. Su método terapéutico, la terapia centrada en la persona, es la base sobre la que se asienta la ACP (Mitchell y Agnelli, 2015). En concreto, este psicólogo desplazó el eje de la terapia del terapeuta al paciente e introdujo el concepto de “empatía” como forma de acercarse a los problemas de este último. Esto ocurrió en Estados Unidos en los años 40. A partir de entonces, la ACP se ha ido extendiendo lentamente hacia otras áreas y otros territorios.

Así, la ACP se introdujo en Europa de la mano de los países anglosajones y escandinavos. Sus inicios están relacionados con la atención a las personas en situación de dependencia en entornos residenciales y, más específicamente, con la atención a personas mayores (O’Dwyer, 2013).

Otro hito importante se produjo en los años 80 en Estados Unidos, cuando surgió el movimiento “Culture Change Movement”, que perseguía un cambio estructural en las residencias de personas mayores del país. En otros lugares este movimiento se ha visto reflejado en diferentes alternativas de alojamientos para personas mayores como son las unidades de convivencia desarrolladas en los países nórdicos y del centro de Europa, o los *cantou* de Francia. En estos alojamientos se crearon espacios comunitarios que favorecían el bienestar y el desarrollo de las personas, evitando su aislamiento y recuperando lo terapéutico y estimulante de la vida cotidiana (Bermejo, 2014).

Sin embargo, y como se ha comentado anteriormente, el desarrollo de este modelo no ha sido uniforme; mientras que los países del norte de Europa, Australia, Canadá y Estados Unidos han experimentado desde hace décadas una evolución de los servicios sociales hacia la ACP, en países como España esta corriente no llegó hasta los años 90 y de forma tímida e irregular, dependiendo de las Comunidades Autónomas. En la actualidad parece que su implantación ha calado en muchas entidades, privadas y públicas, implicadas en la atención a personas dependientes (Martínez et al., 2015), entre ellas CAM Xiquets.

Así, hay comunidades en las que este tipo de atención está más desarrollada: País Vasco (proyecto Etxean Ondo), promovido por el Gobierno en colaboración con la Fundación Matía; Castilla y León (proyecto “en MI casa”); o Cataluña (proyecto “Tú decides cómo envejecer”). Todas estas iniciativas persiguen los mismos objetivos, crear alojamientos en los que la atención pivote sobre los principios de la ACP que, más adelante, se desarrollan. Existen experiencias similares en Madrid, Asturias o Andalucía, pero como se ha comentado, se trata de proyectos aislados y puntuales.

La ACP es un enfoque que prioriza al ser humano, defendiendo sus derechos y su autodeterminación; es una forma de “mirar” a la persona que la reconoce como agente activo con capacidad para decidir sobre sí misma (Martínez, Díaz-Veiga, Sancho y Rodríguez, 2014). Es, asimismo, una atención profesionalizada que busca la calidad de vida de las personas que necesitan cuidados, dando prioridad al respeto a su individualidad, a su modo de vida y a sus preferencias (Martínez, 2016).

Morgan y Yoder (2012), por su parte, la definen como un enfoque holístico en la atención desde el respeto y la individualización; y el Institut of Medicine (2001) como la atención de la salud que establece la colaboración entre profesionales, pacientes y familias, y también destacan el respeto y la respuesta individualizada a las preferencias, necesidades y valores del paciente.

El concepto ACP, sin embargo, no está definido de manera unívoca, aunque como indica Martínez (2015), haya un factor común a todos ellos: la persona es un ser único capaz de tener el control de su vida y, por ello, se le debe hacer partícipe de las decisiones que le afectan, entre ellas, los cuidados que recibe.

Por su parte, Pilar Rodríguez (2014), actual presidenta de la Fundación Pilares, define la ACP como una práctica que promueve las condiciones necesarias para la mejora de la calidad de vida y el bienestar de las personas, partiendo del respeto a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación.

En cualquier caso, el modelo de ACP se asienta en un conjunto de principios esenciales, en torno a los cuales giran las intervenciones que se realizan en una u otra área. Es un modelo que permite escoger las herramientas adecuadas para intervenir con cada persona, adecuándose a sus necesidades, tal y como se trabaja en CAM Xiquets. Los principios o valores que fundamentan el modelo de ACP son los siguientes (Nolan et al., 2004; McComack, 2004; y Jiménez, 2018):

- 1) Dignidad: es el derecho que tiene cada persona, por el mero hecho de serlo, de ser respetada y valorada independientemente de sus características personales, económicas, nivel cognitivo, grado de dependencia, etc.
- 2) Autonomía o autodeterminación: uno de los objetivos de la ACP es fomentar la autonomía de la persona para que, por sí sola y dentro de sus capacidades, pueda gestionar su vida, tomar decisiones, y asumir las consecuencias de sus actos.
- 3) Singularidad o individualidad: es el principio por el que una persona se considera única y diferente. Desde esta premisa se entiende que cualquier tipo de intervención debe ser planificada para cada persona, adaptándola a sus características y necesidades.
- 4) Intimidad: según la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (2014:10) forma parte de la privacidad y “hace referencia a lo más privado del ser humano, a lo que no se puede acceder sin autorización de la persona que normalmente se obtiene cuando se establecen relaciones de confianza y seguridad”. El derecho a la intimidad es un derecho y un deber exigible para todas las personas.
- 5) Capacidad: entendemos como tal “la facultad o competencia que tienen las personas para desarrollar determinadas actividades y conductas que le permiten funcionar

en el medio social” (Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, 2014:17). En las personas en situación de dependencia las valoraciones individualizadas nos ayudan a reconocer sus capacidades y necesidades. Este reconocimiento refuerza su autoestima. De ahí que los/as profesionales implicados/as deban ser capaces de identificar y fomentar las capacidades y fortalezas para aumentar su independencia y apoyar su autodeterminación.

Además, Martínez (2013) habla de la filosofía de la ACP como un enfoque que comprende un conjunto de diez principios que, a modo de catálogo, se aplican a la atención gerontológica:

- 1°. Todas las personas tienen dignidad.
- 2°. Cada persona es única.
- 3°. La biografía es la razón esencial de la singularidad.
- 4°. Las personas tienen derecho a controlar su propia vida.
- 5°. Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía.
- 6°. Todas las personas tienen fortalezas y capacidades.
- 7°. El ambiente físico influye en el comportamiento y en el bienestar subjetivo de las personas.
- 8°. La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar de las personas.
- 9°. Las personas son interdependientes.
- 10°. Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios.

Sin embargo y pese a lo novedoso de este modelo de atención, las investigaciones que se han realizado en España y a escala internacional sobre la ACP son aún escasas (Moriana et al., 2006; Maslach y Jackson, 1996; Sagripanti, González, Messi, Romero y Khile, 2012; O’Dwyer, 2013 y Martínez, 2015), y las existentes se han centrado, fundamentalmente, en estudiar la calidad de la ACP en el colectivo de personas mayores que viven en residencias y centros de día, y el *burnout* que sufren sus cuidadores.

En cuanto a los instrumentos que facilitan la ACP, diversos autores destacan la biografía (Martínez, Díaz-Veiga, Sancho y Rodríguez, 2013) el proyecto de vida, las actividades significativas de tipo físico cognitivo o social (Fundación Matía, 2016), el rol del profesional (Brooker, Surr, 2005; BOE, 2016; y Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias, 2018) la familia (Rodríguez Rodríguez, 2012) y el espacio físico en el que viven. En adelante desarrollaremos estos aspectos, tal y como se desarrollan en CAM Xiquets.

2. Experiencia ACP-CAM Xiquets

Como se sabe, la ACP requiere adaptar los recursos personales y materiales a las necesidades específicas de, en este caso, cada niño, niña y adolescente que residen en CAM Xiquets (10 menores de edad en mayo de 2018: 7 niños y tres niñas); todos/as con necesidades de apoyo muy diversas y, por ello, es a la vez difícil y estimulante trabajar en este

recurso y adaptarse a las características personales, familiares y sociales de los y las niños/as y adolescentes en situación de tutela o guarda residencial.

Por todo ello, las herramientas escogidas por la dirección del centro y el equipo educativo para desarrollar la ACP son también muy diversas. De hecho, se han ido implementando distintos instrumentos ya existentes a medida que surgía un problema o se veía la necesidad de mejorar algún aspecto de la vida de los/as niños, niñas y adolescentes. El modelo de gestión se basa en la comunicación entre todas las partes afectadas: las instituciones, la familia, el centro escolar, los centros de salud y hospitales, el voluntariado, las asociaciones, el barrio en el que se encuentra inmerso (Campanar, como se ha dicho), y el propio centro y sus educadoras. Asimismo, cuenta con cuatro pilares básicos que se abordarán detenidamente en el apartado 6 de este artículo: las habilidades comunicativas (apoyo educativo y desarrollo afectivo-relacional), el manejo conductual, la estimulación cognitiva/desarrollo, el apoyo educativo y la programación individualizada.

Nuestra intención es compartir esta experiencia con profesionales del Trabajo Social y otras áreas relacionadas con el cuidado de la infancia con necesidades de apoyo gracias a la divulgación de un conjunto de técnicas que han permitido la mejora del entorno de los niños, las niñas y los/las adolescentes aumentado sus capacidades y adaptándose a ellas (González Herrera, 2017; y Escudero y González Herrera, 2016). Se trata, en definitiva, de ir implementado este modelo en constante cambio a partir de la incorporación de instrumentos positivos para los/las menores de edad a través de dos cuestiones relevantes: la formación continua del personal, y la comunicación entre sus miembros y el entorno que rodea a los niños, las niñas y los/las adolescentes. No en vano una de las tareas que más tiempo nos ocupa es realizar un registro de los cambios que se producen en ellos y ellas para compartirlos e intentar adaptarnos a través, como se ha dicho, de las distintas técnicas que tenemos a nuestro alcance (pictogramas, fotografías, dibujos, registros, etc.).

Otro aspecto importante del modelo que se está implementando siguiendo los principios de ACP es que se han abierto las puertas de CAM Xiquets a la sociedad para que sus usuarios/as participen de su entorno de forma inclusiva y, a su vez, el barrio se beneficie de las enormes capacidades que ofrecen a quienes les tratan. Además, diversas asociaciones, entre las que cabe destacar Mamás en Acción, acuden con asiduidad a cuidarles y acompañarles en caso de ingreso hospitalario, y realizan actividades lúdicas como los cumpleaños solidarios. Esta activa participación ha permitido generar vínculos afectivos entre los niños y las niñas y las madres, y ha ampliado su círculo afectivo.

2.1. Características de CAM Xiquets

CAM Xiquets es un centro de atención a menores de edad con necesidades específicas gestionado por la Congregación de las Hermanas de la Caridad de Santa Ana. Depende del área de infancia de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas. Así, la acción socioeducativa de CAM Xiquets está orientada a la acogida de menores de edad a partir de un gran sentido de la responsabilidad que articula una estructura organizativa, sencilla y ágil. El modelo de intervención es personalizado, es decir, intenta seguir los principios de atención integral centrada en la persona. El objetivo es conseguir una mayor calidad de vida, un desarrollo positivo de habilidades básicas y una intervención socio-familiar que permita res-

petar la dignidad, la autonomía y la singularidad de los/as niños/as y adolescentes teniendo en cuenta sus capacidades individuales.

La estancia en el centro de los y las menores de edad es de internamiento (en situación de tutela o de guarda) con posibilidad, según proceda, de salidas durante fines de semana y vacaciones con sus progenitores, familia extensa o familia de acogida. Este recurso está pensado para los y las menores de edad que no pueden vivir con su familia de origen por distintas circunstancias.

Su personal está compuesto por una dirección técnica y otra administrativa, ocho educadoras, una psicóloga y dos personas encargadas de la cocina y otras dos de los servicios de limpieza.

En concreto, las funciones que realiza el personal para alcanzar los objetivos fijados por la ACP son las siguientes:

- a) Función asistencial: durante el tiempo necesario hasta conseguir el retorno familiar o la derivación a otro recurso o familia de acogida.
- b) Función educativa: comprende los medios, actividades y esfuerzos planificados orientados al cumplimiento de los objetivos marcados en la programación anual y en el programa individual de intervención de cada niño/a que realiza el equipo educativo.
- c) Función preventiva: pretende cubrir todas las situaciones o circunstancias personales en las que se pueda encontrar un/a menor.

Para cumplir estas funciones las educadoras del recurso mantenemos los siguientes principios:

- 1º Proteger al y la menor de edad de cualquier forma de discriminación o maltrato tanto fuera como dentro del centro.
- 2º Considerar al y la menor de edad como persona sujeta a derechos, teniendo en cuenta su edad y sus capacidades.
- 3º Promover y potenciar su desarrollo integral normalizando su vida y favoreciendo su autonomía personal, contando con el apoyo y supervisión del equipo educativo.
- 4º Escucharle activamente y participar en las tareas de su vida cotidiana para favorecer el desarrollo de su responsabilidad y afianzar su autoestima y el apego seguro.
- 5º No prolongar innecesariamente su estancia en el centro.

Además, nuestro trabajo se asienta en las distintas normas que a escala internacional, nacional y autonómica han ido surgiendo para proteger los derechos de la infancia.

Por su parte, las características generales de los y las 10 menores de edad en acogimiento residencial son las siguientes: discapacidad intelectual y motora, Trastorno del Espectro Autista (TEA) de bajo rendimiento, necesidades de apoyo en la comunicación, necesidad de apoyo en las actividades básicas de la vida diaria (AVDs) y problemas de salud generalizados. Como se puede observar, el centro acoge a 10 menores de edad con distintas necesidades de apoyo y con discapacidades físicas e intelectuales graves y muy dispares. Por ello, precisa de una programación muy especializada y diversa para atenderlos/as de

forma adecuada en sus distintas necesidades. Este hecho afecta decisivamente a las técnicas comunicativas que se emplean con cada uno/a de ellos/as para intentar conseguir esa atención integral basada en la persona de la que hablábamos anteriormente.

En el presente apartado se desarrollarán a través de tablas las líneas maestras en las que se mueve la gestión de CAM Xiquets y sus trabajadoras en diversos ámbitos:

1. Institucional: se pretende mantener una coordinación fluida con los organismos relacionados con el centro y la protección de los/as menores edad.
2. Familia: se quiere mantener una relación basada en la confianza y la cordialidad, ofreciéndoles información sobre sus hijos e hijas siempre que lo soliciten o sea necesario para su bienestar.
3. Social: se tiene el objetivo de favorecer el conocimiento y acceso de los/as menores a los recursos comunitarios del entorno para propiciar el descubrimiento de sus inquietudes y preferencias. Por ello, CAM Xiquets utiliza (siempre que es posible) los servicios sanitarios, educativos y de ocio inclusivo que existen. Asimismo, las puertas del recurso están abiertas a las familias y a equipos de voluntariado.
4. Psicopedagógico: en él se asienta firmemente el modelo de ACP que queremos seguir implementando en CAM Xiquets. Por ello, le dedicaremos un apartado específico.

2.2. Buenas prácticas en CAM Xiquets; hacia la ACP

CAM Xiquets, además de por las relaciones institucionales, familiares y sociales de tipo ágil y abierto, se distingue por la puesta en marcha de cuatro pilares básicos que guían la acción del equipo educativo del centro en lo que se refiere a las buenas prácticas y la ACP. Estos pilares hunden sus raíces en las habilidades comunicativas (apoyo educativo y desarrollo afectivo-relacional, etc.), manejo conductual, estimulación cognitiva/desarrollo y atención integral centrada en la persona. En definitiva, el apoyo psicopedagógico es la tarea más importante del centro porque revierte cada día en el bienestar de los y las menores de edad.

En adelante trataremos estos cuatro pilares con mayor detenimiento, empezando por sus objetivos, metodología y actividades (Tabla 1).

Tabla 1. Ámbito pedagógico. Fuente: elaboración propia.

Objetivos	Fomentar y ampliar las habilidades comunicativas de los y las menores de edad, desarrollando su autoconcepto y sentido de autonomía.
Metodología	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistemas aumentativos y/o alternativos de la comunicación (SAACS). 2. Programa de Comunicación Total de Habla Signada Benson Schaeffer. 3. PECS: sistema de comunicación por intercambio de imágenes. 4. Pictogramas con finalidad de anticipación de rutinas. 5. Principios educacionales del Programa TEACCH adaptados a las características individuales de los y las menores. 6. Uso de apoyos fonológicos.

a) Primer pilar: habilidades comunicativas

La comunicación dota al ser humano de la posibilidad de expresar necesidades, emociones, sentimientos y sensaciones. En definitiva, ayuda a reducir los problemas de conducta; mejora el bienestar subjetivo y la autoestima; y permite crear una relación entre el/la educador/a (las familias y el voluntariado) y el niño o la niña más eficiente y afectiva.

Por ello, desde CAM Xiquets se han implementado y se siguen implementando técnicas que permiten al y la menor de edad con necesidades de apoyo en la comunicación más fluida con su entorno y con ellos/ellas mismos/as.

En concreto, se emplean a diario los Sistemas Alternativos/Aumentativos de la Comunicación (SAACS). Los SAACS se introdujeron en el recurso en 2015, tras detectar la dirección y el equipo educativo que existían carencias en el área.

1) Sistema de gestos de Benson Schaeffer (SAACS) o “Programa de comunicación total de habla signada” (Schaeffer, Kollinzas y Raphael, 2005). Este sistema se introdujo en el recurso con la llegada de la psicóloga Ester Tordera, quien organizó su puesta en marcha en coordinación con la dirección y el equipo educativo. Desde Agosto de 2017 la psicóloga del centro es Lucía Alcantarilla y es la encargada de seguir con este programa, adaptándose a las nuevas necesidades que van surgiendo. Sus características son las siguientes:

- Es un sistema recomendado por la Sociedad Española para el Desarrollo de Sistemas de Comunicación Aumentativos y Alternativos (ESAAC).
- Se emplea en muchos colegios específicos del país.
- Promueve la producción de habla y signos de forma simultánea.
- Se acompaña el gesto con la palabra, marcando las sílabas.
- Su aprendizaje y utilización no entorpece, dificulta, ni frena la aparición del lenguaje; al revés, lo favorece.
- El lenguaje que se utiliza debe ser claro y conciso: pocas palabras y, si es necesario, en tono firme, pero tranquilo.
- Para emplearlo se eligen las palabras más adecuadas y útiles.
- Es fundamental que todo el equipo utilice los gestos de la misma forma.

2) Programa TEACCH (Treatment and Education of Autist related Communication Handicapped Children) (Schopler, 2001): es una metodología dirigida, inicialmente, a niños y niñas con autismo. Actualmente se emplea en el trabajo dirigido a personas con necesidades de apoyo en la comunicación. Sus principios básicos son los siguientes:

El modelo TEACCH –*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children* (tratamiento y educación de niños autistas y con problemas de comunicación)– fue fundado en 1966 por el Dr. Schopler, en la Universidad de Carolina del Norte (Estados Unidos).

El modelo TEACCH se centra en entender la ‘cultura del autismo’, la forma que tienen las personas con TEA de pensar, aprender y experimentar el mundo, de forma que es-

tas diferencias cognitivas explicarían los síntomas y los problemas conductuales que presentan. Sus actividades incluyen, entre otras: diagnóstico, entrenamiento de los padres, desarrollo de habilidades sociales y de comunicación, entrenamiento del lenguaje y búsqueda de empleo. Se basa en identificar las habilidades individuales de cada sujeto, usando diversos instrumentos de valoración y, de forma característica, el perfil psico-educacional –*Psycho-Educational Profile-Revised* (PEP-R)

- Presentación visual de la información (uso de imágenes, pictogramas y fotos) (Aguilar, 2012). A partir de estos ejemplos en CAM Xiquets se interviene en cuestiones diversas que implican cambios (desde un ingreso hospitalario de un familiar o compañero del centro, hasta el cambio de profesora) para ayudar al y la menor que recibe una mala noticia a gestionar sus emociones (enfado, tristeza, rabia y pena) de forma positiva. Con estos instrumentos se pretende validar las emociones y realizar un acompañamiento personalizado del niño o la niña, así como mejorar su calidad de vida a través de técnicas de atención integral centradas en la persona y sus emociones.
- Horarios, agendas y paneles de anticipación que ofrecen rutinas cómodas, predecibles y consistentes; reducen la angustia; anticipan el momento de cualquier actividad; etc.
- PECS (Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes) (Charlop-Christy, Carpenter, Le, LeBlanc y Kellet, 2002). El niño o niña solo tiene que coger el símbolo del objeto/actividad deseada y dársela a su interlocutor/a.
- Panel de emociones (González Herrera, 2017). Ayuda a los y las menores de edad con necesidades de apoyo en la comunicación a explicar su estado de ánimo; lo que permite al personal de apoyo anticiparse a su conducta y ayudarle a mejorar su estado de ánimo.
- Registro de conductas inadecuadas. Este instrumento nos es de gran utilidad porque permite que todo el personal de apoyo del recurso esté al tanto de lo que le ocurre a cada niño/a para intervenir según sea la evolución en su comportamiento. En su vertiente práctica, es también muy útil cuando se producen cambios de turno o de personal.
- Paneles de petición. Su uso se realiza de modo progresivo. En este caso se pretende promover la comunicación positiva y aportar autonomía, sensación de control y bienestar en la relación educador/a con el niño o la niña.
- En cualquier caso, es fundamental ser consistente en la respuesta y que estos instrumentos sean utilizados por parte de todo el personal de apoyo y la familia del menor y la menor de edad con necesidades de apoyo.

b) Segundo pilar: manejo conductual

Este pilar también se asienta en los instrumentos desarrollados en anteriores apartados. Por ello, aquí solo los nombraremos, sin desarrollarlos.

Así, el segundo pilar que mueve nuestra actuación es apoyar a los y las menores de edad a resolver conflictos y afrontar adecuadamente sus emociones. Expresarlas (primer pi-

lar) es la fase principal; después existen diversas técnicas que les pueden ayudar a entenderlas.

La forma en la que llevamos a la práctica este pilar es, básicamente, observando los cambios en su comportamiento (registro de conductas inadecuadas) y revisando si las estrategias empleadas para evaluar su utilidad hacen que avancen en su comportamiento o no. Lo importante, como se ha dicho anteriormente, es que todo el equipo esté unido y que el niño o la niña sepan que, ante una misma conducta, siempre va a haber una misma respuesta, teniendo en cuenta sus particularidades.

Otros aspectos reseñables de este segundo pilar propios de CAM Xiquets son los siguientes:

- El/la educador/a debe ser un “modelo de comportamiento”.
- Los paneles visuales son un apoyo.
- Los premios y castigos, es decir, las consecuencias naturales de sus actos, deben ser inmediatos.
- Nos apoyamos para todo ello en los gestos e imágenes, como ya se ha comentado.
- Es importante la coherencia y consistencia de todas las personas que educan y acompañan al menor.

c) Tercer pilar: estimulación cognitiva/desarrollo

La estimulación cognitiva/conductual pretende fomentar la autonomía de los y las menores de edad y su autoconcepto, siempre a partir de los principios inspiradores en la ACP, a partir de la realización de actividades concretas que les permitan mejorar sus habilidades básicas de inteligencia y su autorregulación emocional. Entre estas actividades podemos destacar las siguientes:

- Utilización de historias sociales (Gray, 1998) que, junto con la guía verbal y el moldeamiento del adulto, permiten fomentar la autonomía en las rutinas (ducharse, lavarse las manos y los dientes, vestirse y desvestirse, cambiarse la compresa, etc.).
- Mediante el uso de un “Panel visual de encargados” se les asigna una tarea a realizar cada día, ajustada a sus necesidades y capacidades. Cada uno de ellos y ellas, cuando lleva a cabo su tarea, se ve reforzado/a tanto verbal como visualmente.
- Control de esfínteres: el objetivo es que dejen de utilizar absorbentes cuando su nivel evolutivo y su capacidad lo permiten.
- Preparación de la maleta: cuando alguno/a de los/as menores de edad con necesidades de apoyo va a pasar unos días fuera del recurso (de acampada, por ejemplo) se trabaja con él o ella empleando una guía visual. El objetivo es mejorar su autonomía y autoconcepto a través de la organización de su propia maleta.
- Colocar fotografías de ellos/as mismos/as cerca de algunos de sus objetos o espacios personales (armarios, toallas, camas, etc.) con el fin de que interioricen los espacios u objetos que “les pertenecen” o de los que son responsables.

- Utilizar láminas que representen diversas situaciones para conseguir los siguientes objetivos:
 - a) Fomentar que identifiquen comportamientos éticos y morales, frente a comportamientos inadecuados que generan malestar en el otro/a o en uno/a mismo/a.
 - b) Capacitarles para establecer sencillas secuencias temporales, referidas a las consecuencias de los propios actos, enfatizando el componente emocional de dichas consecuencias.
 - c) Favorecer estrategias básicas de autorregulación emocional a través de la identificación de las propias emociones y las de los demás (contento, enfadado, triste, llorar, etc.).
- Fomentar diversas estrategias de identificación y regulación emocional, así como de resolución adecuada de conflictos a través de las siguientes intervenciones (González Herrera, 2017):
 - a) Uso de la respiración como estrategia de autorregulación frente a las citadas emociones. En concreto, diariamente se lleva a cabo una sencilla actividad en la que los y las menores de edad escuchan música relajante, a la vez que realizan respiraciones profundas. Esta actividad, además, favorece un estado emocional de mayor concentración y calma antes de comenzar el trabajo dirigido (los talleres), que detallaremos más adelante.
 - b) Verbalización o expresión gestual de emociones propias y ajenas: favorece la expresión de la propia emoción en cada situación, así como la de los/as otros/as. En definitiva, fomenta la empatía.
- A partir de la realización de distintos talleres se pretende desarrollar la conciencia del propio cuerpo y sus partes, y sobre todo, el autoconcepto y autorregulación comportamental. Entre los distintos talleres que se llevan a cabo en CAM Xiquets destacan los siguientes:
 - a) Taller de valores: el objetivo es que adquieran conceptos relacionados con el desarrollo moral. Gracias al empleo de material visual, se identifican las causas de esas emociones y de los comportamientos inadecuados.
 - b) Taller de expresión corporal: el objetivo es desarrollar la conciencia del propio cuerpo y favorecer el desarrollo del autoconcepto a partir de las danzas cantadas y los cuenta-cuentos.
 - c) Taller de juegos y actividades cooperativas: el objetivo es favorecer el desarrollo de conductas cooperativas y pro-sociales gracias a la participación común en la realización de una única manualidad.
 - d) Taller de juego funcional y simbólico: el objetivo es fomentar el desarrollo de la abstracción y de la habilidad simbólica, así como de las acciones funcionales a través de los juegos de imitación.
 - e) Taller de circuito de psicomotricidad gruesa: el objetivo es favorecer el desarrollo adecuado de la psicomotricidad con el ejercicio de secuencias de actividades y ejercicios.

- f) Taller de disfraces: el objetivo es que tomen conciencia de su propio cuerpo, de la psicomotricidad gruesa, así como de las acciones simbólicas y del sentido de la autonomía, disfrazándose y representando acciones sencillas.
- g) Taller de grafomotricidad y manualidades: el objetivo es fomentar el desarrollo de la psicomotricidad fina a través de fichas motivadoras y significativas adaptadas a las capacidades y a las preferencias del niño o la niña.
- h) Taller de conceptos: el objetivo es que adquieran conceptos básicos y aspectos matemático-funcionales con el apoyo de fichas visuales (“arriba-debajo”, “delante-detrás”, etc.).

d) Cuarto pilar: programación integral centrada en la persona

Como se ha comentado anteriormente, este es el eje transversal que articula las acciones descritas en el presente artículo. Se trata de adaptar cada uno de los recursos empleados a la situación personal, familiar y social del menor de edad con necesidades de apoyo favoreciendo el respeto por su dignidad, autonomía, singularidad y capacidad. Para ello, y como también se ha descrito, el personal de apoyo de CAM Xiquets dispone de recursos que permiten saber el estado emocional del menor (registro de conductas, panel de emociones, etc., explicados en anteriores apartados). A la hora de implementar estas buenas prácticas se tienen en cuenta las capacidades del menor de edad, siempre pensando en la mejor forma para mejorarlas.

e) Resumen de las intervenciones

A partir de la información obtenida de los/as menores de edad con necesidades de apoyo gracias a los informes escolares y médicos, los registros de conducta, la observación directa e indirecta, las entrevistas, la valoración inicial y la situación vital actual, se pueden determinar algunas de sus necesidades a partir de las cuáles se establecen unos objetivos terapéuticos de intervención.

Áreas (conductas y acciones)			
Cognitiva-conductual	Social-comunicativa	Afectiva-emocional	Físico-corporal
<p>Dificultad para mantener la atención: Musicoterapia y repetición de patrones rítmicos sencillos, la espera y la toma de turnos. Rutinas bien establecidas. Anticipación de sucesos a través de SAAC. Plan conductual positivo en colaboración con su centro escolar. Actividades creativas de dibujo, música y cuentos.</p> <p>Baja tolerancia a la frustración (conductas disruptivas y autolesivas): <i>Cuaderno de lo que está bien y está mal:</i> se presenta una situación y el menor debe identificar si el comportamiento es aceptable o no. Reconducir las autolesiones. Historias sociales. Refuerzos positivos.</p> <p>Motricidad no muy fina. Ejercicios específicos.</p> <p>Obsesión por la comida: Tiempos de espera y negociación.</p> <p>Presenta estereotipias y rituales con su saliva: Extinción de la conducta ritualista de meterse el dedo en la boca. Utilizar un puzle como reforzador. Técnica de refuerzo diferencial, donde se refuerza, gestual y verbalmente, el comportamiento alternativo.</p>	<p>Dificultad comunicativa: Musicoterapia, moldeado gestual, manipulación de objetos reales. Paneles de anticipación de las rutinas diarias. Panel individual para manifestar sus necesidades y estado anímico. Apoyos visuales. Entorno accesible a través de los SAAC. Puzle-calendario. Se trabajan las estaciones, los meses del año y los días de la semana, y su reconocimiento mediante festividades. Diario para promover el pensamiento en positivo. Organización de ideas y pensamientos mediante “la tira de contar”, que especifica dónde, cuándo, con quién, qué pasó y cómo se sintió.</p> <p>Lenguaje bimodal (se comunica a través del lenguaje, los signos y mediante PECS). Mantener una distancia interpersonal adecuada para mejorar la calidad de sus interacciones. Reforzar la anticipación de sucesos a través de SAAC.</p> <p>Bajo autocontrol Estrategias de autocontrol mediante técnicas de respiración y relajación.</p>	<p>Dificultad para controlar los impulsos: Momentos de relajación. Acompañamiento emocional. Trabajar las emociones básicas (alegría, tristeza y enfado) y buscar alternativas (llorar, pedir ayuda, reír, etc.). Panel de las emociones. Refuerzo positivo.</p> <p>Celotipia Historias sociales.</p> <p>No aplica las emociones básicas a su vida cotidiana: Uso del <i>termómetro de emociones</i> y técnicas de relajación y respiración. Se trabaja la secuencia de los pasos a seguir en diversas actividades y/o situaciones.</p> <p>Baja tolerancia a la frustración (agresiones y autoagresiones). Plantear alternativas a las conductas autolesivas. Momentos de relajación. Acompañamiento emocional. Trabajar las emociones básicas (alegría, tristeza y enfado) y buscar alternativas (llorar, pedir ayuda, reír, etc.). Panel de las emociones. Refuerzo positivo.</p> <p>Duelo: Historias sociales. Estrategias de regulación emocional.</p>	<p>Retraso psicomotor: Musicoterapia y sala sensorial.</p> <p>Soplo y babeo: Técnicas de respiración para mejora el soplo.</p> <p>Conductas autolesivas: Plantear alternativas a las conductas autolesivas.</p> <p>Menstruación: Historias social sobre el cambio de compresa.</p> <p>Control de esfínteres. Trabajar el control de esfínteres mediante paneles e historias sociales</p> <p>Crisis convulsivas por Síndrome de West: Musicoterapia y sala sensorial.</p>

Además, CAM Xiquets cuenta con un riguroso sistema de registros para mejorar la vida de los y las menores de edad del centro y la planificación general del personal del recurso, en especial tras un cambio de turno: registro de conductas antecedentes y consecuencias; de defecación, micción y menstruación; de constantes vitales; de reflujo gástrico; de visitas de familiares; de recogida anticipada del colegio; etc.

Para ello, se emplean numerosos instrumentos, tal y como te ha comentado anteriormente: secuencias de imágenes (apoyo visual) de higiene personal (lavado de manos y dientes, cambio de compresa, etc.) y de fomento de la autonomía personal (vestirse, desvestirse, etc.); secuencia de masturbación; calendario visual; termómetro y panel de emociones; anticipación de las sorpresas; talleres de las fiestas (cumpleaños, Fallas, Navidad, Pascua, día del padre o de la madre, talleres de las estaciones en los que participan los niños y niñas a través de manualidades con las que decoran el Centro, etc.). Con estos últimos talleres pretendemos fomentar la participación de los y las menores de edad en el entorno que les rodea y también provocarles una de las emociones más importantes para cualquier ser humano: la alegría.

3. Conclusiones

- La formación continua del personal es necesaria para contribuir a la mejora de la atención en los recursos de personas con necesidades de apoyo, tengan diversidad funcional, sean personas mayores o, como es el caso, se trate de niños/as y adolescentes en situación de riesgo con necesidades de apoyo. Por ello, en CAM Xiquets, se han ido incorporando paulatinamente nuevas técnicas y enfoques que mejoren las capacidades de los/as menores de edad con necesidades de apoyo como, por ejemplo, los sistemas de comunicación aumentativa y alternativa.
- Además, a través de las programaciones de intervención individual y su posterior evaluación, podemos realizar un seguimiento personalizado y ver si se cubren las necesidades de los/as menores de edad con necesidades de apoyo y poder adaptarnos a los cambios que van surgiendo.
- En todo este proceso es importante coordinarse con todas las personas que tienen relación con los/las menores de edad con necesidades de apoyo para unir esfuerzos (familias, otros profesionales y voluntariado) para observar las posibles mejoras en nuestra intervención diaria.
- De las referencias bibliográficas realizadas se concluye que la ACP influye significativamente en el bienestar del usuario y en la realización personal del profesional que la realiza, debido a una mayor implicación en la intervención y la atención directa (Morian, 2006).
- Todas estas herramientas y objetivos tienen un eje transversal: la ACP. Este modelo permite respetar la dignidad, la autonomía, la singularidad y la capacidad de cualquier ser humano y, en especial, de los/as niños/as y adolescentes con diversidad funcional porque reconoce su valía y dignidad por el mero hecho de ser personas, y les ayuda a desarrollarse de manera plena.

Referencias bibliográficas

- Aguilar, T. D. J. C. (2012). Atención a la diversidad en el aula. *Visión Educativa IUNAES*, 5(12), 63-71.
- Bermejo L. (2014). *Estudio sobre la creación de una unidad de calidad de vida en personas con demencia en sus fases iniciales*. Colección Estudios. Serie Dependencia. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso), N.º 12015, 25-36. Recuperado de http://www.fundacionreinasofia.es/Lists/Documentacion/Attachments/66/12015_unidad_calidad_vida.pdf.
- Brooker D. y Surr C. (2005). *DCM: Principles and Practice*. Bradford: University of Bradford.
- Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias. *Guía de buenas prácticas en residencias de personas mayores en situaciones de dependencia*. Recuperado de https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/1.2_Residencias%20Mayores-Parte%20II.pdf.
- Charlop Christy, M. H., Carpenter, M., Le, L., LeBlanc, L. A. y Kellet, K. (2002). Using the picture exchange communication system (PECS) with children with autism: Assessment of PECS acquisition, speech, social-communicative behavior, and problem behavior. *Journal of applied behavior analysis*, 35(3), 213-231.
- Escudero, A. G. y González Herrera, I. (2016). III Congreso Nacional de inteligencia emocional y I Congreso iberoamericano de inteligencia emocional. *TS nova: trabajo social y servicios sociales*, (13), 81-82.
- González Herrera, I. (2017). Trabajar las emociones con menores con diversidad funcional intelectual y necesidades de apoyo. *TS nova: trabajo social y servicios sociales*, (14), 63-70.
- Gray, C. (1998). Historias sociales y conversaciones en forma de historieta para estudiantes con Síndrome de Asperger o Autismo de Alto Funcionamiento. En Schopler, E. Mesibov G. y Kunc L. (Eds), *¿Síndrome de Asperger o Autismo de Alto Funcionamiento* (pp. 1-25). New York: Plenum Press.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Vol. 6. Washington, DC: National Academy Press.
- Jiménez Ortiz, C. (2018). *Atención centrada en personas con demencia* (Trabajo Fin de Grado). Universidad de Cantabria, Santander.
- Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Ley 39/2006, de 14 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 299.
- Martínez T., Díaz-Veiga P., Sancho M. y Rodríguez P. (2013). Conocer a la persona y apoyar su autodeterminación. *Cuadernos prácticos*, nº7: el plan de atención y vida. San Sebastián: Fundación Matía.
- Martínez T., Díaz P., Sancho M. y Rodríguez P. (2014). *Modelo de Atención Centrado en la persona*. Cuadernos prácticos, nº2. La atención centrada en la persona. ¿Cómo llevarla a la práctica? San Sebastián: Fundación Matía.

- Martínez T., Díez P., Sancho M. y Rodríguez P. (2015). Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los cuadernos prácticos. Madrid: Informes de Envejecimiento. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/en-red-modeloatencioncuadernosmatia.pdf>.
- Martínez, T., Suárez-Álvarez, J., Yanguas, J. y Muñiz, J. (2015). Spanish validation of Aplicación del modelo de atención centrada en la persona en un servicio de atención domiciliaria the Person-Centred Assessment Care Pool (P-CAT). *Aging and Mental Health*, 26, 1-9. doi: 10.1080/13607863.2015.1023768.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1996). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Mitchell, G., y Agnelli, J. (2015). Person-centred care for people with dementia: Kitwood reconsidered. *Nursing Standard*, 30(7), 46-50. doi: 10.7748/ns.30.7.46.s47.
- Moriana, J. A., Alos, F., Pino, M. A., Herruzo, J., Ruiz, R., Alcalá, R., y Corpas, A. J. (2006). Análisis y comparación del nivel de burnout en los profesionales asistenciales. *Psicología Conductual*, 14(1), 7-13.
- Nolan, M., Davies, S., Brown, J., Keady, J. y Nolan, J. (2004). Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing, *International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing* 13, 3a, 45-53.
- O'Dwyer, C. (2013). Official conceptualizations of person-centered care: Which person counts? *Journal of Aging Studies*, 27(3), 233-242. doi: 10.1016/j.jaging.2013.03.003.
- Obra Social La Caixa (2016). *Cuidar como nos gustaría ser cuidados*. Recuperado de: https://obrasociallacaixa.org/documents/10280/566144/carta_primero_las_personas_es.pdf/c61beob7-4139-465e-8f07-941574d0a2ac
- Rodríguez Rodríguez P. (2012). *Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia: diseño arquitectónico y modelo de atención*. Madrid: Fundación Caser para la dependencia.
- Rodríguez Rodríguez P. (2014). *Modelo de atención integral y centrada en la persona: teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. Madrid.: Tecnos.
- Sagripanti, O. G., González, J. M., Messi, I., Romero, J., y Khlie, Y. (2012). El efecto del burnout en la antigüedad en el puesto de trabajo: análisis mediacional de la ansiedad. *Revista electrónica de investigación Docencia Creativa*, 1(1), 4-11.
- Schaeffer, B., Kollinzas, G. y Raphael, A. (2005). *Habla signada: para alumnos no verbales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Schopler, E. (noviembre de 2001). El programa TEACCH y sus principios. *Jornadas Internacionales de Autismo y PDD*, Barcelona.
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2014). *50 recomendaciones básicas de aplicación práctica del modelo de planificación y atención gerontológica centrada en la persona (PAGCP)*. Recuperado de https://www.segg.es/media/descargas/50_Recomendaciones_PAGCP_SEGG.pdf.

El Cyberbullying, Grooming y Sexting, en la Política Pública Mexicana: Un tema emergente para el trabajo social

Modalidad de concurso: Investigación

Diego Aguilar Villarreal

Trabajador social e Investigador, Académico de Instituciones Públicas y Privadas
y Director de Investigación de la AMCDC A.C.

Resumen

El presente trabajo es una investigación que explora y describe la política pública nacional en México, desde el enfoque de la Alianza para el Gobierno Abierto, acerca de los comportamientos de los adolescentes en redes sociales, por medio de la recopilación de información de páginas web oficiales y no oficiales; aborda los aspectos conceptuales, jurídicos y referenciales del Cyberbullying, Grooming y Sexting, así como sustenta el tema como emergente para el Trabajo Social, con conceptos diferenciables de lo Social y Trabajo Social.

Palabras Clave:

Política Pública, Trabajo Social, Cyberbullying, Grooming y Sexting

Abstract

The present work is an investigation that explores and describes the public policy national in Mexico, From the approach of the Alliance for the Opened Government, about the behaviors of the teenagers in social networks, by means of the summary of information of official and not official web pages; it addresses conceptual aspects, juridical and referential of the Cyberbullying, Grooming and Sexting, as well as it sustains the topic as emergent for the Social Work, with concepts distinguishable of the Social and Social Work

Key words:

Public policy, Social Work, Cyberbullying, Grooming and Sexting.

Introducción

Este trabajo, es una investigación¹ exploratoria descriptiva, documental virtual², longitudinal, acerca de la política pública nacional, sobre comportamientos adolescentes en redes sociales: Cyberbullying, Grooming y Sexting; por medio de la recopilación de información en espacios virtuales de instituciones de gobierno y sitios diversos, con una perspectiva de Gobierno Abierto, desde el elemento de transparencia.

Se compone de cuatro partes, la primera es el planteamiento metodológico que se llevó a cabo en esta investigación, la segunda son los resultados que se obtuvieron por esta investigación, la tercera es una discusión sobre los resultados obtenidos de dicha investigación, y la cuarta es una propuesta como temática emergente para el Trabajo Social, en México, con propuesta de conceptos diferenciables, para analizar lo Social y el Trabajo Social.

El sustento para la recopilación de la información gubernamental, es la *Alianza para el Gobierno Abierto*, que se estableció en el 66° periodo de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, celebrado en septiembre de 2011, dicha Alianza para el Gobierno Abierto (Open Government Partnership (OGP))³, fue acogida por México; Esta Alianza, compromete a México atender cuatro áreas clave, medidas por indicadores objetivos y validado por expertos independientes, que son:

- *Transparencia*. Informar sobre las actividades y decisiones del gobierno de manera abierta, integral, oportuna y de libre acceso al público.
- *Participación ciudadana*. Movilizar a los ciudadanos a participar en el debate público, proporcionar información y hacer contribuciones que conducen a un gobierno más receptivo, innovador y eficaz.
- *Rendición de cuentas*. Justificar sus acciones a través de normas, reglamentos y mecanismos. Actúan sobre las críticas o los requisitos que se les piden, y aceptan la responsabilidad por incumplimiento con respecto a las leyes o compromisos.
- *Tecnología e Innovación*. Ofrecer a los ciudadanos el libre acceso a la tecnología para impulsar la innovación y aumentar la capacidad de los ciudadanos en el uso de la tecnología.

Ante lo anterior, el elemento que se utilizó es la transparencia, es decir se consideró que el gobierno federal en México, presenta su información en espacios virtuales oficiales, por lo que la recopilación de la información se obtuvo de espacios virtuales gubernamentales; todas las fuentes se verificaron en tres momentos, el primer momento, en búsquedas informales y formales de páginas web gubernamentales, de organismos internacionales

.....

- 1 La investigación, contó con el apoyo de la Asociación Mexicana contra Delitos Cibernéticos A.C.
- 2 A campo virtual, nos referimos a una búsqueda en páginas y sitios web, gubernamentales y no gubernamentales, de origen nacional e internacional que sustentarán la veracidad de la información de manera relacional.
- 3 Página consultada el 1 de junio de 2018 en <http://www.opengovpartnership.org/>. Asimismo César Calderón refiere en su artículo "Por qué un gobierno abierto" que *gobierno abierto* no es sólo de la idea de gobernanza, ni de remozar la administración pública, sino de reinventar y reorganizar todo el sistema aportándole nuevas capacidades en todos sus puntos, provenientes de la apertura a la ciudadanía (libro *El desafío hacia el gobierno abierto en la hora de la igualdad*, publicado por la CEPAL, consultado en: <http://www.eclac.cl/ddpe/publicaciones/xml/9/46119/W> <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/3969>.

y asociaciones civiles; un segundo momento en volver a consultar fuentes oficiales, organismos internacionales, asociaciones civiles, así como fuentes periodísticas, en sus páginas web; y un tercer momento, al concluir la investigación, se corrobora y verifican si hay cambios en la información de las páginas web.

El trabajo realizado, es inédito, no se ha encontrado una investigación que describa la alineación, importancia y atención, de la política pública del Cyberbullying, Grooming y Sexting, en redes sociales para niñas, niños y adolescentes en México, desde el Trabajo Social, utilizando la política de transparencia del Gobierno Abierto

Proceso Metodológico

El trabajo inició a partir de dos preguntas, la primera es ¿Existe un programa federal sustentado en la política pública, que atienda comportamientos adolescentes en redes sociales por Cyberbullying, Grooming y Sexting?, y una segunda, ¿Puede sustentarse, como tema emergente, la atención de comportamientos adolescentes en redes sociales, por Cyberbullying, Grooming y Sexting, para el Trabajo Social?

La investigación, comienza en junio de 2017 y concluye a principios de junio de 2018, cuyo objetivo es realizar una investigación exploratoria-descriptiva virtual, acerca de la política pública federal, sobre comportamientos adolescentes en redes sociales: Cyberbullying, Grooming y Sexting, manifestada en aspectos conceptuales, jurídicos, normativos y contextuales, en México de 2013 a 2018, con enfoque de Gobierno Abierto, que sustente el tema como emergente para el trabajo social.

La búsqueda y confirmación de la información, en fuentes oficiales y no oficiales, se dio en tres momentos espaciados por periodos de cuatro meses; y las variables que se emplearon son los aspectos conceptuales, jurídicos, normativos y contextuales del Cyberbullying, Grooming y Sexting.

La recopilación de información inicia a partir de consultar los principales periódicos mexicanos en sus páginas web, como el Universal, Excélsior, Milenio, entre otros, sobre lo que es Cyberbullying, Grooming y Sexting, partiendo de dicha información, se buscan los indicadores, relacionados con la materia, mencionados en las *Tendencias de Seguridad Cibernética en América Latina y el Caribe* (OEA Y SYMANTEC, 2014); y en El Índice Mundial de Ciberseguridad y Perfiles de Ciberbienestar (IMCYPB, 2015).

Con una información base, se parte a profundizar en cinco aspectos: El primero, en lo que existe en política pública, referido en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y en la Estrategia Digital Nacional 2013-2018; el segundo se buscan indicadores e investigaciones oficiales, por lo que se rastrea el Modulo de Ciberacoso; el tercero, es corroborar los conceptos que manejan las instituciones públicas como la Secretaria de Educación Pública, la Secretaria de Salud, La Policía Federal Preventiva, entre otras; el cuarto, es indagar en las normas jurídicas nacionales, así como acuerdos y tratados internacionales en materia de protección de niños, niñas y adolescentes, que se relacionaran con el tema de investigación; el quinto, fue indagar acciones legislativas federales; finalmente se corroboró la información en sitios web oficiales, del gobierno mexicano. Toda la búsqueda de información, se llevó a cabo en sitios que se encuentran en el internet.

Los resultados que a continuación, se mencionan, se subdividen en tres puntos, el conceptual, el jurídico, los elementos referenciales, que darán pie a través de una conclusión a una propuesta de temática emergente para el Trabajo Social.

Resultados

Los resultados obtenidos en esta investigación, describen el contexto, los conceptos, la Política Pública y elementos referenciales sobre el Cyberbullying, Grooming y Sexting, que dan sustento a una discusión y propuesta como tema emergente para el trabajo social, que se verá al final de éste trabajo.

Contexto

La población total de niños y adolescentes, que oscila entre 5 a 19 años de edad, en México, es aproximadamente del 27.6%, de 119,530,753 habitantes, según estimadores de la población del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Tabulados de la Encuesta 2015. Los hogares con computadoras han crecido, entre 2001 y 2016, a 15,184,257 y con conexión a internet a 15,658,535, (ENDUTIH, 2016); En 2017, el número total de usuarios de internet es 71,300,000 y cuentan con un teléfono inteligente o Smartphone es de 60.6 millones, donde el 81%, dispone de conexión móvil, asimismo, las actividades que más realizan por internet son para comunicarse, para obtener información, para acceder a contenidos audiovisuales, para entretenimiento y para acceder a redes sociales. (ENDUTIH, 2018)

La encuesta, Módulo sobre Ciberacoso 2015, del INEGI, describe que en México, 4.5 millones de niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años han sido víctimas de ciberacoso, por medio del envío de mensajes con insultos, amenazas o intimidaciones, o incluso situaciones más graves, como la publicación de información falsa, vergonzosa o íntima sobre el adolescente, víctima de violencia. (INMUJERES, 2016).

Los datos obtenidos de fuentes oficiales, dan cuenta de la problemática que existe y pone en riesgo a los adolescentes por sus prácticas en redes sociales, siendo importante el atenderla desde una visión integral, dando prioridad, en este trabajo desde lo social, pero con sustento institucionalizado desde la política pública.

Política Pública sobre Cyberbullying, Grooming y Sexting

Éste punto, refiere los conceptos de cyberbullying, grooming y sexting, posteriormente describe el sustento jurídico así como la política pública de 2013-2018, para atender las conductas de los niños, niñas y adolescentes, para finalmente mencionar las acciones que se emplean en la atención de dichas conductas.

El estudio de política pública sobre redes sociales, que realizan Aguilar y Aguilera (2018), al analizar los conceptos institucionales en México, sobre comportamientos adolescentes en redes sociales, refiriéndose al Cyberbullying, Grooming y Sexting, hacen referencia a una falta de claridad conceptual y de medición a través de variables, misma que genera una diversidad conceptual, a su vez son poco claros y a veces confusos, al no sustentar su definición conceptual, ignorando el concepto referencial que proporciona la Suprema Corte

de Justicia de la Nación (SCJN), partiendo del Bullying, que daría pie a un concepto operacional sobre el Ciberbullying.

El ciberbullying, puede ser considerado una derivación del Bullying, la Suprema Corte de Justicia de la Nación en el Amparo Directo 35/2014, indica como sinónimo el “Bullying y acoso escolar”, definido como:

“Todo acto u omisión que de manera reiterada agrede física, psicoemocional, patrimonial o sexualmente a una niña, niño, o adolescente; realizado bajo el cuidado de las instituciones escolares, sean públicas o privadas. Dicho concepto establece como conductas constitutivas de bullying, aquellos actos u omisiones los cuales al tener un carácter reiterado pueden dar lugar a un patrón de acoso u hostigamiento; señala a las niñas, niños y adolescentes como el sujeto receptor de la agresión; el concepto también establece el tipo de daño, el cual puede ser de diversa índole, físico, psicoemocional, patrimonial o sexual; finalmente, la definición denota el ámbito donde se propicia el acoso, aquel acoso que se realice en aquellos espacios en los que el menor se encuentra bajo el cuidado del centro escolar, público o privado.”

Existen Instituciones que hacen referencia al Ciberbullying, que se describen en el Programa Nacional para Abatir y Eliminar la Violencia Escolar: *Programa y Manual de Aplicación, de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH)*, refiere, como tipo de violencia que llevan a cabo los estudiante, al “Ciberbullying” o Intimidación cibernética, por medio del: “uso de medios electrónicos, como páginas de internet, chats, Fotolog, Facebook, Hi5, correo electrónico y teléfono celular, en forma repetitiva y hostil, con el fin de ejercer acoso psicológico entre iguales y dañar al otro, aprovechando que es muy difícil ser detectados y controlados por estos medios, debido a que no es fácil identificar al agresor”. (CNDH, 2009, p.16)

Otro concepto es el que se menciona en el cuadrúptico, “Prevención y atención de las agresiones sexuales contra niñas, niños y adolescentes. VIOLENCIA SEXUAL”, describe al “Ciber Acoso” y el “Grooming”, como un significado similar, siendo: “Ganarse su confianza a través de redes sociales o celular para poder abusar de él.” (CNDH, 2009, p.24)

El Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), puntualiza el ciberacoso como: “una forma de violencia ejercida mediante el uso de internet, con prácticas que afectan la vida privada y social de las víctimas, quienes son insultadas, amenazadas o excluidas de grupos formados en las redes sociales.” (INMUJERES, 2016, p.1)

En 2016, la Dirección General de Divulgación de la Ciencia de la UNAM (DGDC-UNAM), en su campaña informativa Sexting: La moda que expone la intimidad, señala:

- **Sexting** es una palabra del inglés que une sex (sexo) y ting (derivado de texting o envío de mensajes de texto por medio de dispositivos móviles).
- **Ciberbullying**. Se denigra, humilla, burla y/o se hace cualquier comentario desagradable en redes sociales sobre el protagonista de la imagen.
- **Grooming**. Se basa en el intercambio de imágenes o videos entre un adulto y un niño, cuya finalidad es una interacción sexual.

Pero el concepto fundamental, para orientar la política pública, es el que se puntualiza, el portal de la página web, de la Secretaría de Educación Pública, denominado “Clic

seguro”⁴, que define:

- **Ciberacoso:** Uso de correo electrónico, redes sociales, blogs, mensajería instantánea, mensajes de texto, celulares y sitios de Internet difamatorios para realizar ataques personales.
- **Cyberbullying:** Acoso que se da entre niños y se produce a través de Internet, mediante el uso de celulares u otros medios electrónicos.
- **Grooming:** acoso sexual a un menor a través de la Red. Los acosadores aparentan ser menores de edad y tratan de establecer una amistad con su víctima.
- **Sexting:** Envío de contenidos sexuales (fotografías y/o vídeos) a otras personas por medio de celulares.

De lo anterior, se puede observar una diversidad y falta de claridad conceptual institucional, sobre el cyberbullying, grooming y sexting, entre las instituciones públicas mexicanas, que genera una confusión en la explicación causal de las conductas en redes sociales, sustentando la conclusión que refieren Aguilar y Aguilera (2018).

Los elementos jurídicos, por lo cual México se ve obligado de acuerdo a su Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 133⁵ Constitucional, que da pie a considerar la protección a los niños y adolescentes por violencia, que se asocian con los comportamientos de los adolescentes conductas adolescentes en redes sociales de cyberbullying, grooming y sexting, en el ámbito nacional e internacional, son:

– *Internacionales:*

- Convención sobre los Derechos del Niño.
- Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía.
- Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional.
- Documento WSIS-03/GENEVA/4-S, Cumbre de la Sociedad de la Información.
- Resolución 70/125 ONU, Examen general de la aplicación de los resultados de la Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información.
- Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

.....

4 <http://clicseguro.sep.gob.mx/>

5 Artículo 133. Esta Constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión. Los jueces de cada entidad federativa se arreglarán a dicha Constitución, leyes y tratados, a pesar de las disposiciones en contrario que pueda haber en las Constituciones o leyes de las entidades federativas.

– Nacionales:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículos: 1° (Derechos Humanos), 3° (Educación), 4° (Salud), 6o. (Acceso a la Información y tecnologías de la información y comunicación), Artículo 7o. (Libertad de expresión).
- Ley General de Educación, Artículos: 1°, 2°, 3°, 7°, 8°, 30°, 33°, y 70°.
- Ley General de Salud, Artículos: 1°, 1° Bis, 2°, 3°, 6°, 57°, 58°, 59°, 60°, 66°, 71°, 72°, 73°, 96° y 112°.
- Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes: Artículos: 1°, 2°, 3°, 5°, 6°, 11°, 12°, 46°, 47°, 49°, 57° y 58°.
- NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la salud escolar.
- Manual de Organización de la Policía Federal (Dirección General de Investigación de Delitos contra la Seguridad e Integridad de las Personas).

En lo que respecta a la Política Pública Federal, para atender los comportamientos de los adolescentes, se observan en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, en el apartado **México en Paz**, enfoca el avance de la democracia, la gobernabilidad y la seguridad de la población, donde concibe la participación como el eje de la relación entre gobierno y sociedad, que permite el desarrollo y fortalecimiento del tejido social, la paz, la transparencia y rendición de cuentas, reduciendo la corrupción, por medio de sus puntos:

- i) El acceso a datos abiertos con información pública del gobierno que resulte útil y valiosa para la seguridad ciudadana.
- ii) El acceso a canales de comunicación e interacción como redes sociales, *blogs* y *wikis* que permitan a la población convertirse en un actor más activo en el fortalecimiento de la cultura cívica y el seguimiento de la acción pública; y
- iv) La generación de mecanismos de denuncia ciudadana de actos negativos o conductas delictivas que vulneren la seguridad de la población. (PND, 2013)

En México Incluyente. Cuyo objetivo de inclusión social, está relacionado con la obtención de elementos en los puntos:

- ii) Posibilita que los derechos humanos sean garantizados con independencia de la condición social de las personas.
- iii) Permite, además, el ejercicio de los derechos humanos que están directamente relacionados con las TIC. (PND, 2013)

Dentro de los ejes transversales del PND 2013-2018, el eje transversal **Gobierno cercano y moderno** (Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018), estipula en el “Objetivo 5: Establecer una Estrategia Digital Nacional que acelere la inserción de México en la Sociedad de la Información y del Conocimiento”. (PND, 2013)

La **Estrategia Digital Nacional** (EDN), en prevención de la violencia, busca fomentar la adopción y el desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación, e impulsar un gobierno eficaz que inserte a México en la Sociedad del Conocimiento. Establece los

elementos para atender las condiciones de violencia y seguridad, observadas en su objetivo cinco, Seguridad Ciudadana, que es la utilización de las TIC para promover la seguridad, cuyos objetivos secundarios son:

1. Generar herramientas y aplicaciones de denuncia ciudadana en múltiples plataformas, a través de dispositivos móviles o fijos.
2. Desarrollar instrumentos digitales para la prevención social de la violencia, por medio de la difusión de información, atención de violencia en niños, niñas y adolescentes, fortalecer acciones de prevención de adicciones y detectar e intervenir problemas de aprendizaje y conducta a través de las TIC.
3. Impulsar la innovación cívica por medio de las TIC, para potenciar la innovación cívica y la capacidad de la ciudadanía en la participación de asuntos públicos en materia de seguridad a través de la incentivación y co-creación con la ciudadanía, de servicios públicos y soluciones a problemas públicos. (EDN, 2013).

Su habilitador, Inclusión y Habilidades Digitales de la EDN, refieren:

- **Inclusión y Habilidades Digitales**, están relacionadas con que los sectores sociales puedan aprovechar y utilizar las TIC de manera cotidiana, así como promover el desarrollo equitativo de habilidades para operar tecnologías y servicios digitales, y la democratización del acceso a las TIC, mediante:
- **Inclusión y habilidades digitales con equidad de género**. Incorporar una visión de equidad de género para la igualdad de oportunidades, así como para la prevención de la violencia y las distintas formas de discriminación en contra de las mujeres.
- **Habilidades para la Seguridad Digital**. Prevenir conductas delictivas contra niñas, niños y adolescentes, entre otros, ciberbullying, sexting, pornografía infantil y actos de violencia, en coordinación con las dependencias e instituciones competentes. (EDN, 2013)

El habilitador Marco Jurídico, menciona que para propiciar un entorno de certeza y confianza, favorables en la adopción y fomento de las TIC; están entre otros: la Protección de los derechos humanos; Gobernanza de Internet; Privacidad y protección de datos personales; Seguridad de la información y delitos informáticos; Educación y salud digitales; Donde el tema seis, expresa:

Impulsar la incorporación al marco normativo de las mejores prácticas en materia de prevención y seguridad ciudadana, cuyo fin es prevenir riesgos contra la integridad y patrimonio, así como una armonización legal, respecto a riesgos de seguridad, por uso inadecuado de TIC. (EDN, 2013)

La Estrategia Nacional de Ciberseguridad (ENC) 2017, cuyo objetivo es identificar y establecer las acciones en materia de ciberseguridad aplicables a los ámbitos social, económico y político que permitan a la población y a las organizaciones públicas y privadas, el uso y aprovechamiento de las TIC de manera responsable para el desarrollo sostenible del Estado Mexicano; tiene entre sus objetivos estratégicos: La Sociedad y derechos; La Economía e innovación; las Instituciones públicas; La Seguridad pública; y la Seguridad nacional. (ENC, 2017)

Los principios rectores de la ENC, son: Perspectiva de derechos humanos, Enfoque basado en gestión de riesgos, Colaboración multidisciplinaria y de múltiples actores; Considera 8 ejes transversales: Cultura de ciberseguridad, Desarrollo de capacidades, Coordinación y colaboración, Investigación, desarrollo e innovación TIC, Estándares y criterios técnicos, Infraestructuras críticas, Marco jurídico y autorregulación, y Medición y seguimiento. (ENC; 2017)

En aspectos sociales, la ENC, puntualiza sus acciones en La Cultura de ciberseguridad, considerada como “El conjunto de valores, principios y acciones en materia de concientización, educación y formación, que se llevan a cabo por la sociedad, academia, sector privado e instituciones públicas, que inciden en la forma de interactuar en el ciberespacio de forma armónica, confiable y como factor de desarrollo sostenible”. Por medio de políticas públicas, estrategias, programas, proyectos, acciones e iniciativas que:

- Contribuyan a la promoción, cumplimiento y protección de los derechos de individuos y organizaciones públicas y privadas, con énfasis en la protección de niñas, niños y adolescentes en el ciberespacio y sus derechos.
- Favorezcan el máximo aprovechamiento y uso responsable de las tecnologías de la información y comunicación, la convivencia armónica y el desarrollo de actividades en el ciberespacio.
- Fortalezcan la prevención de riesgos y conductas delictivas que afectan a individuos, organizaciones privadas y públicas. (ENC, 2017)

Asimismo, referente al Desarrollo de capacidades, considerado el “Conjunto de acciones encaminadas a la generación y fortalecimiento de las capacidades organizacionales, de capital humano y recursos tecnológicos en materia de ciberseguridad, que permitan a la sociedad, academia, sector privado e instituciones públicas contar con los recursos para la gestión de riesgos y amenazas en el ciberespacio, así como el incremento de la resiliencia nacional por medio de elementos que:

- Incentiven el desarrollo de capital humano mediante la formación de los siguientes puntos:
 - i. Especialistas y profesionales de la ciberseguridad.
 - ii. Líderes profesionales de la ciberseguridad como conductores de estrategias y políticas.
 - iv. Profesionales de la investigación y persecución de los delitos que se cometen a través de las TIC, así como de la procuración e impartición de justicia. (ENC, 2017).

En lo que respecta al planteamiento de la política pública, para atender comportamientos de adolescentes por Cyberbullying, Grooming y Sexting, son claras y se relacionan en su PND y sus diversas estrategias y programas.

Finalmente, en lo que respecta a las acciones para atender situaciones que conllevan a delitos cibernéticos en México, asociados al Cyberbullying, Grooming y Sexting, datan desde el año de 2013, encontrándose en tres esferas, que son Internacional, legislativas y gubernamentales, especificadas en:

- A. Esfera internacional, en las “*Tendencias de Seguridad Cibernética en América Latina y el Caribe*” (OEA Y SYMANTEC, 2014); y en El Índice Mundial de Ciberseguridad y Perfiles de Ciberbienestar (IMCYPB), de 2015; en ambos se pueden encontrar coincidencias, donde refieren que:
- La Policía Federal a través de su División Científica, encargada de la seguridad y el delito cibernético, genera conciencia sobre seguridad cibernética, a través de conferencias y un taller, para instituciones gubernamentales y privadas, educativas y ciudadanos;
 - Falta de legislación;
 - Limitada capacidad de la policía;
 - Falta de conciencia de la población sobre seguridad cibernética;
 - Inexistencia de proyectos o programas para la investigación y desarrollo de estándares;
 - Cumple con la Convención Los Derechos del Niño, así como al Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución y Pornografía Infantil; y atiende quejas de los crímenes contra los niños.
- B. Esfera legislativa, que comprende los exhortos legislativos en la Cámara de Diputados y Cámara de Senadores.
1. En la Comisión de Derechos de la Niñez de la XLIII legislatura de la H. Cámara de Diputado (2015), que resuelve en sus puntos de acuerdo 61 y 62, sobre pornografía infantil y grooming, lo siguiente:
 - Solicita al Titular de la Procuraduría General de la República, para que su Fiscalía Especial para los Delitos de Violencia Contra las Mujeres y Trata de Personas, implemente medidas necesarias en la investigación y sanción de los delitos asociados con la emisión, generación, acopio, almacenamiento y demás relacionados con la pornografía infantil.
 - Exhorta a las autoridades de los tres niveles de Gobierno a que ejecuten permanentemente campañas de información a niñas, niños y adolescentes y a personas adultas, sobre el llamado “cortejo” o “grooming”; dando a conocer de manera detallada en que consiste este acercamiento por parte de los delincuentes, como identificarlo, como se puede denunciar, e invitar a los padres de familia a involucrarse en las actividades de sus hijos a fin de evitar la comisión de un posible ilícito.
 2. La Comisión de los Derechos de la Niñez y de la Adolescencia de la LXIII Legislatura, de la H. Cámara de Senadores (2016), exhorta a la titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), en coordinación con la Coordinadora Nacional de Seguridad (CNS), implementar campañas de prevención, sobre los riesgos que corren los menores de edad al utilizar las redes sociales e internet, fomentando su uso responsable y seguro.
 3. Acciones de la Policía Federal, de acuerdo a respuestas al poder legislativo de la Cámara de Diputados (2016) y Cámara de Senadores (2016):

- Implemento una estrategia basada en tres ejes: prevención y atención ciudadana, investigación e inteligencia, y reducción y mitigación de riesgos de amenazas y ataques cibernéticos.
- Campañas informativas de comisión de delitos y conductas irregulares de “grooming”, “sexting” y “ciberbullying”.
- Asesoría técnica sobre “grooming”.
- Pláticas y talleres.
- Convenio con el SNDIF.

Con los resultados obtenidos, es posible llegar a una discusión o conclusión sobre el trabajo de investigación obtenida.

Discusión o Conclusión

Los resultados obtenidos permiten describir, la información obtenida los aspectos conceptuales, jurídicos, normativos y contextuales, con la finalidad de dar una primera conclusión, acerca de la investigación sobre la política pública federal, en comportamientos adolescentes en redes sociales: Cyberbullying, Grooming y Sexting, manifestada en aspectos conceptuales, jurídicos, normativos y contextuales, en México de 2013 a 2018, son:

- a. Los conceptos que utilizan las instituciones públicas mexicanas, consultadas, no establecen con claridad variables o indicadores que permitan evaluar a futuro las acciones que pudiesen implementarse.

No se utiliza el concepto referencial que dictamina la Suprema Corte de Justicia de la Nación, de México, para elaborar un concepto operacional sobre el Cyberbullying y el Cyberacoso, que guie como deben observarse y atenderse dichos fenómenos.

Los conceptos de Cyberbullying, Grooming y Sexting, empleados por las instituciones públicas, en ocasiones no son claros y confunden términos, por lo que no se sabría cual utilizar de manera confiable.

- b. En lo que respecta a la política pública, existe una alineación estructural que guía el hacer de política mexicana, basado en principios jurídicos nacionales e internacionales, que permiten establecer acciones para llevar a cabo acciones de prevención y atención en comportamientos por Cyberbullying, Grooming y Sexting.

Respecto a los marcos jurídicos para sancionar comportamientos conductuales por Cyberbullying, Grooming y Sexting, no se encuentran tipificados en el Código Penal Federal y el Código Civil Federal, por lo que no hay sanciones para aquellos que cometan conductas que dañen la integridad de los menores, bajo los conceptos señalados, aunque podrían ser asociados a otros delitos.

- c. En lo que respecta a las acciones que se encontraron, para referir la atención al Cyberbullying, Grooming y Sexting, hay una cuestión ilógica procedimental, debido a que se deja a la policía federal, en su ramo cibernético que imparta cursos, pero así mismo no hay un marco jurídico que sancione dichas conductas.

La lógica de prevención de Ciberbullying, Grooming y Sexting, por parte de la Policía Federal y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, dar pláticas, sin embargo si no hay conceptos adecuados, es difícil dar elementos para su atención.

No se encontraron investigaciones, desde las instituciones públicas mexicanas, que analicen los comportamientos de los adolescentes por Ciberbullying, Grooming y Sexting, con un enfoque de lo social.

Finalmente, se puede concluir que hay una contraposición entre lo que busca la política pública y las acciones de las instituciones públicas, sobre comportamientos juveniles conductuales y actitudinales, en redes sociales, por la incongruencia conceptual, investigaciones desconocidas sobre dichos comportamientos, acciones no proactivas institucionales e inexistencia de marco jurídico específico, referente al ciberbullying, grooming y sexting, lo que deja en estado de indefensión, por situaciones de violencia, a los adolescentes, incumpliendo con ello lo establecido en lineamientos internacionales y jurídicos mexicanos.

El estado de indefensión que se encuentran los niños, niñas y adolescentes, debido a la atención inadecuada de las instituciones gubernamentales, por la falta de educación de sus comportamientos en redes sociales, los expone a situaciones de sextorción, pornografía infantil y causales para la trata de personas como violación; lo anterior da pie a que se analicen los comportamientos conductuales y actitudinales desde el trabajo social, para presentar propuestas de intervención o construcción.

Propuesta de Tema emergente para el Trabajo Social

En este segundo punto, se aborda la importancia del trabajo social, para atender comportamientos conductuales y actitudinales en redes sociales como es el Ciberbullying, Grooming y Sexting, pero para ello es necesario utilizar significados, que cobijen el actuar del trabajador social, como a continuación se menciona.

El trabajo social como profesión, tiene diversas aristas de análisis, algunas que tienen posturas epistemológicas y teóricas marcadas, en las corrientes positivistas o fenomenológicas/hermenéuticas, mismas que se ven reflejadas en el intento de proponer un objeto de estudio adecuado a el ejercicio profesional y que generan confusión al momento de plantear el hacer del trabajador social en su ámbito formativo y profesional.

Para sustentar la flexibilidad de análisis e intervención del trabajador social, desde una propuesta diferenciada en sus conceptos de Trabajo Social y Social, en un primer elemento se considera a Morín y a Kuhn, ya que refieren:

La perspectiva que se tiene acerca de la realidad, fundamenta el objeto de estudio y el hacer cotidiano de una profesión, en este caso del trabajo social; Kuhn, menciona que hay elementos históricos que fundamentan el ejercicio contemporáneo profesional de los miembros de una comunidad científica, que para modificar el paradigma profesional, es necesario tomar en cuenta los elementos predominantes de una comunidad científica, debido a que poco o mucho han consolidado la visión de un ejercicio profesional actual, lo anterior da pie a modificar dicho paradigma, por medio de la proposición o de la crítica, reconociendo las crisis o deficiencias en el pensar y hacer de las comunidades científicas. (Kuhn, 1971)

Morín, hace una propuesta de comprender y explicar la realidad, por medio de un pensamiento complejo, en donde dicho pensamiento, busca ver al todo como lo fundamental en relación a sus partes, a cada parte como lo más importante en relación al todo y finalmente como a las partes y al todo como una relación de interacción donde se complementan y en la cual la parte genera al todo y el todo construye a cada parte. (Morín, 1970)

En otro momento, se analizan las aportaciones de profesionistas, en espacios de reflexión y análisis con colegas trabajadores sociales como D. Aguilar, E. Bautista, Carbajal, S. Galeana, E. Evangelista, R. Silva, M. Sánchez, N. Tello, M. Velasco, L. Villavicencio, T. Zamora, entre muchos más; que dan elementos para germinar una idea funcional diferenciable del trabajo social en los espacios académicos, laborales y sociales, donde se converge y diverge en relación al análisis de lo social, que permite establecer una propuesta de su significado.

Finalmente, no se pueden ignorar las aportaciones bibliográficas de los trabajadores sociales mexicanos como Valero (1999), Evangelista (1999, 2011y 2018), Galeana (1996 y 1999), Meave (1999), Rangel (1986), Tello (1999), y muchos más, que aportan de mayor o menor grado a presentar un paradigma diferenciado del ejercicio del trabajo social, con posturas y posicionamiento ideológico marcados, que dejan en claro la forma epistemológica y teórica de mirar a las personas, el espacio de ejercicio profesional y la función del trabajo social.

A lo anterior, se presenta un concepto que busca abarcar actividades y funciones diversas, desde lo social, observando el objeto de estudio e intervención, las interacciones e interrelaciones observadas y comprendidas por conductas y actitudes; Por lo que Aguilar (2015 y 2018), propone al trabajo social, como: Una profesión del área de las ciencias sociales, que explica y comprende hechos y fenómenos sociales, generados por la interacción e interrelación entre las personas, a través de marcos y referentes teóricos, donde interviene o construye, en espacios macro y micro sociales, en el ámbito individual, familiar, comunitario e institucional, por medio de metodologías y métodos cuantitativos y cualitativos, para reproducir o construir procesos sociales, a través de conductas o actitudes, en beneficio de la sociedad y comunidades particulares, con sustento normativo y jurídico. (Aguilar, 2015, p.84).

Sin embargo, se puede establecer de manera general, en un concepto referencial, que el ***Trabajo social es una profesión del área de las ciencias sociales que explica o comprende la interacción e interrelación de los comportamientos conductuales y actitudinales, de las personas en sociedad, situados en ámbitos individuales, familiares, comunitarios e institucionales, para intervenir o construir en hechos o procesos sociales que beneficien a la sociedad y/o comunidades particulares, con sustento jurídico.***

Es por lo anterior, que estableciendo los procesos teóricos y metodológicos en frases conceptuales para explicar y comprender nuestro ejercicio profesional, puede dar cabida a cualquier tema social que se desee, relacionándolo siempre con el concepto de lo social, que es el universo, dimensión, espacio o ambiente, en el que se desempeña el trabajador social.

Dando como ejemplo, la definición operacional del ***Trabajo Social en Política Pública, que es la Profesión del área de las ciencias sociales que explica la interacción de los comportamientos conductuales de las personas en sociedad, situados en ámbitos individuales, fami-***

liares, comunitarios e institucionales, para intervenir en hechos que beneficien a la sociedad y/o comunidades particulares, con lineamientos jurídicos, y mecanismos institucionalizados para el bien público.

Explicar o Comprender lo Social, es algo complejo, debido a que es que no se han encontrado con claridad, lo que es lo social, aun cuando es el espacio en donde labora el trabajo social, por lo que la propuesta a seguir, es la que menciona Aguilar (2015), sobre lo social, que lo considera como: “Todo lo que se presenta en una sociedad, producido por comportamientos manifestados en interacciones e interrelaciones que se reproducen o construyen entre personas, en el ámbito familiar, comunitario e institucional, observables en hechos o fenómenos, particulares o generales, que se explican o comprenden por medio o a través de actos o acciones, entre los individuos o sujetos que conforman dicha sociedad, a su vez reflejada en conductas o actitudes cotidianas, en espacios determinados, donde las necesidades y problemas son reflejo o consecuencia, de dichas interacciones e interrelaciones”

Los temas virtuales son comportamientos que pueden analizarse como conductuales o actitudinales, sin embargo es necesario generar procesos formativos, para los trabajadores sociales, con el fin de que puedan explicar o comprender la realidad desde perspectivas generales o particulares, así como en procesos de reproducción de conductas o construcción a partir de actitudes, que conlleven a un bienestar social, con un sustento normativo y jurídico, que permita conocer las formas de interacción e interrelación que se observan en los comportamientos de los adolescentes.

Es por todo lo anterior, que el trabajador social debe abrir espacios de análisis e intervención profesional, que den pie a situarse y posicionarse en elementos que se están generando y que a su vez ponen en riesgo a los adolescentes, por situaciones diversas que aún no se explican o comprenden desde lo social, con un enfoque del trabajo social, siendo por lo tanto un tema emergente para el Trabajo Social. Siempre basado en conceptos referenciales y operacionales, con una visión de lo social así como una intervención profesional desde el trabajo social, no queriendo imitar sino allegarse, desde la transversalidad, conocimiento que le sea útil, para su ejercicio profesional.

Para concluir, con los resultados obtenidos de la investigación acerca de la política pública mexicana, sobre comportamientos adolescentes en redes sociales: Cyberbullying, Grooming y Sexting, se puede afirmar que el Trabajo Social tiene una veta amplia para intervenir o construir, desde un enfoque de lo social, siempre y cuando comience a flexibilizar y ampliar su paradigma de ejercicio profesional, para con ello contribuir al fin teleológico del Estado, el bien público.

Bibliografía

- Aguilar Idáñez, María José. (2013). Trabajo Social, Concepto y Metodología. Paraninfo. España.
- Aguilar Villarreal, Diego. (2003). Tesis Propuesta de Intervención Comunitaria con Visión Social Empresarial en Instituciones de Asistencia Privada, que Brinden Servicios de Salud, Experiencia en Fundación Caritas Salud Familiar y Comunitaria IAP. UNAM-ENTS. México.
- (2011). La Transparencia: desde una Investigación Cuantitativa, Universidad Sentimientos de la Nación, México. en Gil Rodríguez, Reyna (2011).
- (2012). La Transparencia como un Elemento Emergente. Organización. Organización Latinoamericana de Administración. México.
- (2013). La Relevancia de la Transparencia en el Desarrollo Humano, UNAM. México.
- (2014). Tesis El Ejercicio de la Transparencia en los Estudiantes de la UNAM. UNAM-ENTS. México.
- Baena, Guillermina. (1993) Instrumentos de Investigación. Editores Mexicanos Unidos. México.
- Chirino Sierra, Alejandro y Alarcón Muñoz, David. (2013). Desarrollo Humano: Algunas Miradas Polifacéticas. UNAM-ENTS. México.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2009). Programa Nacional para Abatir y Eliminar la Violencia Escolar: Programa y Manual de Aplicación. México. <https://mediacionpucv.wikispaces.com/file/view/violencia.pdf/.../violencia.pdf>
- Consejo de Europa. (2001). Convenio sobre la ciberdelincuencia. Budapest. www.oas.org/juridico/english/cyb_pry_convenio.pdf
- Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM). 2017. Cámara de Diputados. www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150917.pdf
- Corbetta, Piergiorgio. (2007) Metodología y Técnicas de Investigación Social. Mc Graw Hill. México.
- Díaz Torres, Manuel.(2002) Manual de Metodología de la Investigación II. Universidad Anáhuac. México.
- Estrategia Digital Nacional (EDN). (2013). Gobierno de la República Mexicana. México. <http://cdn.mexicodigital.gob.mx/EstrategiaDigital.pdf>
- Estrategia Nacional de Ciberseguridad (EDC). (2017). Gobierno de la República Mexicana. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/.../file/.../Estrategia_Nacional_Ciberseguridad.pdf
- Evangelista Martínez, Elí. (1998). Historia del Trabajo Social en México. UNAM-Plaza y Valdés. México.
- (2011) Aproximaciones al Trabajo Social Contemporáneo. Red de Investigaciones y Estudios Avanzados en Trabajo Social A.C. México.

- (2013) Desarrollo Histórico del Trabajo Social en México. RIEATS A.C. México.
- Evangelista Martínez, Elí y Castro Sánchez Ana Elisa. (2000). Acción Cultural y Trabajo Social. México, Entorno Social. México.
- Flecha, Ramón; Gómez, Julio; Lidia Puigvert. (2001). Teoría Sociológica Contemporánea, Paidós Studio. España.
- Galeana de la O, Silvia. (1996) Modelos de Promoción Social en el Distrito Federal. UNAM-ENTS. México.
- Coord. (1999). Promoción Social. Una opción Metodológica. UNAM-Plaza y Valdez. México.
- Gil Rodríguez, Reyna. Coord. (2011). Retos de la Investigación para Impulsar el Desarrollo Humano y Social. Universidad Sentimientos de la Nación. A.C. México
- Gubba E.G. y Lincon Y.S. (2000). Paradigmas en Competencia en la Investigación Cualitativa, en Denman Champion, Catalina A. y Haro Encinas, Jesús Armando. Colegio de Sonora. México.
- Hernández Sampieri, Roberto et. al. Metodología de la investigación. México, McGraw-Hill, 2008.
- H. Cámara de Diputados (2015). XLIII legislatura. Dictamen 61 y 62. Gaceta parlamentaria, año xix, número 4426-v, martes 15 de diciembre de 2015. gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/63/2015/dic/20151215-VII.html
- (2016). XLIII legislatura. Boletín N°. 1031. CNS informa a diputados sobre acciones para prevenir y combatir la comisión de delitos cibernéticos. <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2016/Febrero/26/1031-CNS-informa-a-diputados-sobre-acciones-para-prevenir-y-combatir-la-comision-de-delitos-ciberneticos>
- (2016). Número 4476-I. Contestación de la Secretaría de Gobernación, a punto de acuerdo, aprobado por la Cámara de Diputados, por el que se solicita ejecutar de manera permanente campañas de información entre niños, adolescentes y adultos sobre el cortejo, o grooming, dando a conocer de manera detallada en qué consiste este acercamiento por los delincuentes y cómo identificarlos y denunciarlos. gaceta.diputados.gob.mx/Black/Gaceta/Anteriores/63/2016/.../Comunicacion-4.html
- H. Senado de la República. (2016). XLIII legislatura. Dictamen en sentido positivo de la comisión de los derechos de la niñez y de la adolescencia, correspondiente a la proposición con punto de acuerdo que exhorta a la titular del sistema nacional para el desarrollo integral de la familia para que en coordinación con la comisión nacional de seguridad, implementen campañas de prevención, sobre los riesgos que corren los menores al utilizar las redes sociales e internet. fomentando su uso responsable y seguro. México. www.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/.../Dic_Der_Ninez_Redets_sociales_e_internet.pdf
- Índice mundial de ciberseguridad y perfiles de ciberbienestar. (2015). Unión Internacional de Telecomunicaciones. https://www.itu.int/dms_pub/itu-d/opb/str/D-STR-SECU-2015-PDF-S.pdf

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información (INEGI). (2017). Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH). México. http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/OtrTemEcon/ENDUTIH2018_02.pdf
- (2015). Módulo Sobre Ciberacoso (MOCIBA). México. <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/investigacion/ciberacoso/>
- (2017). Comunicado de Prensa núm. 122/17. AUMENTAN Uso de Internet, Teléfonos Inteligentes y. Tv Digital. Aguascalientes, Ags. www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/especiales/especiales2017_03_02.pdf
- (2017). Comunicado del 15 de Mayo del 2017, “Estadísticas a Propósito del Día Mundial De Internet (17 De Mayo). Aguascalientes, Ags.
- (2016). Encuesta Intercensal 2015, comprendido entre 2010-2020, referida al 15 de marzo de 2015. www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/
- Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), (2016). Boletín Año 2, Número 7, 15 de julio de 2016. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/BoletinN7_2016.pdf
- Kuhn, Thomas. (1971). La Estructura de las Revoluciones Científicas. Fondo de Cultura Económica, México.
- Ley de Seguridad Nacional, (2005). Cámara de Diputados. México. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LSegNac.pdf>
- Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. (2014). Diario Oficial de la Federación. México. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5374143&fecha=04/12/2014
- Ley General de Educación. (2017). H. Cámara de Diputados. México. www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/137_220317.pdf
- Ley General de Salud. (2017). H. Cámara de Diputados. México. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_220617.pdf
- Ley General de Víctimas, (2017). Cámara de Diputados. México. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV_030117.pdf
- Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2017). Diario Oficial de la Federación. México. www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5076728&fecha=2/01/2009
- Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de Estos Delitos. (2012). Cámara de Diputados. México. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPSEDMTP.pdf>
- Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia. (2017). Diario Oficial de la Federación. México. www.dof.gob.mx/avisos/2128/SG_240112/SG_240112.htm
- Luckmann Thomas. (1996). Teoría de la Acción Social. Paidós Básica. España.
- Luengo G., Enrique. (1991) Problemas Metodológicos de la Sociología Cocontemporanea. Universidad Iberoamericana. México.

- Matus Sepulveda, Teresa. (2001) *Perspectivas metodológicas en Trabajo Social*. Editorial Espazio. Argentina.
- Mardones, J. M y Ursua N. (1996). *Filosofía de las Ciencias Humanas y Sociales*. Fontamara. México.
- Mc Guigan, F.J. (1990) *Psicología Experimental*. Trillas. México.
- Meave, Etna. (1999) *Construcción Teórica: Trabajo Social y Sistematización*. ETME Ediciones. México.
- Mendoza Contreras, Fernando. (1999). *Lineamientos Elementales de Sociología*. Editorial Porrúa y Universidad Anáhuac. México.
- Mendoza Rangel, María del Carmen.(2002) *Una Opción Metodológica para los Trabajadores Sociales*. ATSMAC. México.
- Morín, Edgar. (2004). *Introducción al Pensamiento Complejo*. Editorial Gedisa. México.
- Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la salud escolar. DOF: 09/12/2013. México. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5324923&fecha=09/12/2013
- Observatorio de la Ciberseguridad en América Latina y El Caribe. (2016). *Ciberseguridad. ¿Estamos preparados en América Latina y el Caribe?*. OEA-BID. <https://publications.iadb.org/handle/11319/7449?locale-attribute=es&>
- Organización de los Estados Americanos. (2014). *Tendencias de Seguridad Cibernética en América Latina y el Caribe*. OEA-Symantec. <https://www.symantec.com/content/es/mx/.../b-cyber-security-trends-report-lamc.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2015). *Resolución A/RES/70/1, aprobada el 25 de septiembre de 2015. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. ONU. <http://www.un.org/es/ga/70/resolutions.shtml>
- ONU. (2013). *Oficina de Las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Estudio exhaustivo sobre el delito cibernético (Borrador febrero de 2013)*. E.U. https://www.unodc.org/documents/organized-crime/cybercrime/Cybercrime_Study_Spanish.pdf
- ONU. (2000). *Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional*. <http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/BDL/2002/1305>
- ONU. (2000) *Resolución. A/RES/54/263 del 25 de mayo de 2000. Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía*. <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/OPSCCRC.aspx>
- ONU. (2015). *13° Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Justicia Penal. A/CONF.222/12*. https://www.unodc.org/documents/congress/Documentation/A-CONF.222-12_Workshop3/ACONF222_12_s_V1500666.pdf
- ONU- UIT. (2004). *Declaración de Principios. Construir La Sociedad de la Información: Un Desafío Global Para El Nuevo Milenio*. Cumbre Mundial Sobre la Sociedad de la

- Información Ginebra 2003- Tunes 2005. <https://www.itu.int/net/wsis/docs/geneva/official/dop-es.html>
- ONU. (1989). Resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Convención sobre los Derechos del Niño (CSDN). <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/44/25>
- Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018. (2013). Gobierno de la Republica. Diario Oficial de la Federación (DOF). México. www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5299465
- Programa Nacional de Seguridad Pública (PNSP) 2014-2018. (2014). Gobierno de la Republica. Diario Oficial de la Federación. México.. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343081&fecha=30/04/2014
- Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia. 2014-2018 (PNPSVD). (2014). Gobierno de la Republica. Diario Oficial de la Federación. México. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343087&fecha=30/04/2014
- Programa para la Seguridad Nacional (PSN) 2014-2018. (2014). Diario Oficial de la Federación. México. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5342824&fecha=30/04/2014
- Programa para un Gobierno Cercano y Moderno (PGCM) 2013-2018. México, <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/3114/programa-para-un-gobierno-cercano-y-moderno.pdf>
- Programa Sectorial de Defensa Nacional 2013-2018. (2013). Diario Oficial de la Federación. México. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326566&fecha=13/12/2013
- Programa Sectorial de Educación 2013 2018. (2013). Diario Oficial de la Federación. México. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5326569
- Programa Sectorial de Salud 2013 2018. (2013). Diario Oficial de la Federación. México. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013
- Reglamento de la Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia (2017). Diario Oficial de la Federación. México. www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5360883&fecha=1/12/1922
- Sánchez Rosado, Manuel, Comp. (1999) Manual de Trabajo Social. UNAM-ENTS. México.
- Coord. (2004) Manual de Trabajo Social. UNAM-ENTS. México.
- Silva Arcienega, M. del Rosario. (2003). Apuntes para la Elaboración de un Proyecto de Investigación. ENTS-UNAM. México.
- Silva Arciniega, M. de. Rosario y Brain Calderón, M. Luisa. (2006). Validez y Confiabilidad del Estudio Socioeconómico. UANM-ENTS. México.
- Tello Peón, Nelia, comp. (1998) Rediseñando el Futuro: Retos que Exigen Nuevas Respuestas. UNAM-ENTS. México.
- (1999). Modelo de atención a la Salud del Nivel Hospitalario. UNAM-ENTS. México.
- (2008). Trabajo Social en la Comunidad. EOPSAC. México.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF). (2015). Primera sesión ordinaria de 2015. México. dnias.dif.gob.mx/wp-content/uploads/2015/04/estatuto_organico_sndif.pdf

(SNDIF). Informes de actividades, anuales de 2013 a 2017. México. sitios.dif.gob.mx/transparencia/planes_programas_informes/

Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT). (2009). EL CIBERDELITO: GUÍA PARA LOS PAÍSES EN DESARROLLO. División de Aplicaciones TIC y Ciberseguridad. Departamento de Políticas y Estrategias. Sector de Desarrollo de las Telecomunicaciones de la UIT. https://www.itu.int/dms_pub/itu-d/oth/01/oB/D010B0000073301PDFS.pdf

Universidad Nacional Autónoma de México (2016). Sexting: La moda que expone la intimidad. Dirección General de Divulgación de la Ciencia. México. www.unamiradaalaciencia.unam.mx/download/pdf_prensa/unamirada_593.pdf

Valero Chávez, Aida. (1999). El Trabajo Social en México. UNAM-ENTS. México.

El imaginario social de la práctica de la actividad física en estudiantes universitarias

María de los Ángeles Fuentes Vega

Maestra en Ciencias Sociales.

Virginia Romero Plana

Doctora en Estudios Mexicanos

Luz Jhoana Gutiérrez Córdova

Trabajadora Social y Maestra en Educación

Daniel González Lomelí

Doctor en Psicología

María de los Ángeles Maytorena Noriega

Doctora en Ciencias Sociales

Resumen

La extensión constante de la actividad física (AF) por medio del deporte o el ejercicio físico en la vida social ha propiciado que en las últimas décadas las Ciencias Sociales se muestren interesadas en estudiar este fenómeno a partir de las dimensiones social, cultural y económica. Así mismo en diversas investigaciones se han demostrado los múltiples beneficios que trae consigo la práctica de AF en hombres y mujeres. En relación a este punto y considerando la perspectiva de género es necesario resaltar que los factores que predicen la práctica de la AF están fuertemente influenciados por el género. El objetivo de la presente investigación es conocer la percepción que tienen las estudiantes universitarias respecto a la práctica de la AF. El estudio se llevó a cabo con la participación de 15 estudiantes de segundo semestre de la carrera de Trabajo Social. Los resultados encontrados revelan que las jóvenes han construido un imaginario de la actividad física en relación a los aspectos corporales (físicos) y además se forman un imaginario individual con relación al movimiento que realizan cuando desarrollan alguna actividad de la vida cotidiana como limpiar, por ejemplo. También reportan ciertas barreras que les impiden realizar algún tipo de actividad física.

Palabras clave:

Imaginario social, universidad, salud, género, actividad física, México.

Abstract

The constant extension of physical activity (PA) through sport or physical exercise in social life, which has led to the social sciences being sampled in the last decades for participating in this phenomenon in the social, cultural and economic dimensions.

Likewise, in diverse investigations have been show multiple benefits have by the practice of PA in men and women. In relation, this point and considering the gender perspective, it is necessary to emphasize that the factors that predict the practice of PA are strongly influence by gender. The objective of the present investigation is to know that the university students have regarding the practice of the PA. The study was carry out with the participation of 15 students of the second semester of the social work career. The results show that young women have a perception of the physical activity imaginary related to physical (physical) aspects; in addition, an individual imaginary was form in relation to the movement that makes people develop activity of everyday life such as cleaning, for example. They also report a barrier that prevents them from doing any kind of physical activity.

Key words:

Social imaginary, university, health, gender, physical activity, Mexico.

Introducción

La actividad física (AF) suele presentarse en la vida cotidiana de las personas de manera persistente mediante el deporte, el ejercicio físico o las actividades diarias, motivo por el cual, en las últimas décadas ha sido un tema relevante para las Ciencias Sociales, cuyas disciplinas se han interesado por investigar dicho fenómeno desde diferentes perspectivas ya sean sociales, culturales o económicas; sin duda alguna actualmente el deporte forma parte de la sociedad y la cultura e interacciona de diversas maneras en la vida de las personas y grupos sociales (García, Puig y Lagardera, 2014).

Azofeifa (2018) señala que la práctica de la AF es considerada un hábito saludable dentro de las actividades diarias que realiza una persona, además de llevar implícito importantes niveles de motivación que conllevan a iniciarla y mantenerla a lo largo del tiempo. Así mismo se pueden identificar como factores motivantes aspectos psicológicos, que van desde intereses interpersonales, de salud, imagen corporal o aquellos relacionados con aspectos sociales como la aptitud física, además de la diversión y la interacción con iguales.

Cabe destacar que el género es también un factor determinante en la realización de algunas actividades en la vida de las personas, González y Rivas (2017) mencionan que diversos patrones y factores para la práctica de la AF están fuertemente influenciados por el género.

Por lo que se refiere a ésta investigación en específico es necesario resaltar que partimos de una propuesta interdisciplinar de un proyecto de tesis doctoral, bajo esta premisa la aplicación del cuestionario utilizado para esta investigación se hizo con fines de validar el instrumento en una prueba piloto.

El presente escrito muestra el planteamiento del problema, además de una breve descripción de cómo las Ciencias Sociales se han interesado por estudiar el fenómeno de la AF desde el deporte, visto como parte de la cultura de la sociedad; posteriormente abor-

daremos la práctica de la AF como parte de la cultura y de un significado cultural creando imaginarios sociales, e impactando la práctica o no de la AF en el desarrollo de la sociedad, y cómo ha sido abordado desde la perspectiva de género.

Planteamiento del problema

Al estudiar la práctica de actividad física (AF) identificamos que ésta puede ser investigada desde una visión multidisciplinar, es posible observar que a partir de diversos enfoques y diferentes posiciones se comprende a mayor profundidad dicho fenómeno. No obstante, al igual que en cualquier otro tema es necesario e importante considerar que debemos partir desde lo disciplinar e ir integrando otras disciplinas según sean las necesidades que integre dicha investigación (Tamayo, 2003), la inclusión de otras disciplinas debe ser un apoyo para las diferentes variables que nos interese estudiar, en relación a la práctica de AF, con el fin de lograr una comprensión más completa de este fenómeno social.

Es importante recalcar que la investigación la realizamos con estudiantes a nivel universitario, que de acuerdo con Mollinedo, Trejo, Araujo y Lugo (2013) las y los jóvenes son primordialmente uno de los grupos más vulnerables a esta problemática, porque al iniciar sus estudios universitarios dejan de lado o abandonan el hábito de practicar la actividad física, esto suele pasar al dedicar más horas al estudio y al reducir su tiempo de ocio. Sin embargo, Pavón y Moreno (2008) señalan que los estudiantes universitarios son conscientes de los efectos positivos que tiene el practicar actividad física de forma regular y el de llevar un estilo de vida saludable y activo.

La actividad física, la cultura y el imaginario social

Antes de abordar este punto precisamos definir conceptos tales como la actividad física, el ejercicio físico, la cultura y el imaginario social. La actividad física está definida “como el conjunto de tareas motoras propias de una persona, que se realizan como parte de su actividad doméstica, laboral, escolar, recreativa y profesional” (López, González y Rodríguez, 2006: 190). En cuanto al ejercicio físico Keysor (2003: 129) “lo define como un componente de la actividad física en donde se presentan movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos que se realizan con o sin el fin de acondicionamiento físico”.

Si bien el concepto de cultura ha sido básico para la sociología, en la antropología es donde se puede encontrar la definición de sir Edward Taylor, quien proponía una visión global de la cultura, vista como “esa totalidad compleja que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, las leyes, las costumbres y cualesquiera otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad” (1958: 1 como se citó en Kottak, 2011).

Clifford Geertz (2003) concuerda con Max Weber al afirmar que la cultura se presenta como una telaraña de significados, que las mismas personas van tejiendo a su alrededor quedando atrapadas dentro. Es decir, propone una definición donde la cultura es una estructura de significados, que está compuesta por conjuntos de símbolos, y que para estudiarla es fundamental estudiar e interpretar dichos símbolos; en sí la cultura son las ideas basadas en el aprendizaje y los símbolos culturales. En conclusión, la cultura es un producto

de seres sociales que actuando dan significado a su propia realidad. Para Geertz los individuos interiorizan un sistema de significados y símbolos previamente establecidos y al usar este sistema cultural dan una definición a su mundo, expresan sus sentimientos y realizan juicios (Kottak, 2011).

Giménez expresa que la cultura “es como una dimensión analítica de la vida social y el conjunto de hechos simbólicos presentes en una sociedad; la organización social del sentido” (2005: 67). Así mismo Giménez resalta que la cultura no debe considerarse como algo estático e inmodificable sino todo lo contrario, la cultura está siempre “moviéndose y cambiando”. El mismo autor menciona que fueron varios enfoques los que enriquecieron el concepto de cultura, haciéndola una categoría más amplia, holística y relacional.

Otro rasgo importante que hay que destacar en relación a lo que expone Giménez, es que la cultura está relacionada con las representaciones sociales las cuales se materializan en formas simbólicas, sostenidas por los modos de comportamiento, las prácticas sociales, los usos y costumbres, etcétera; y con base en estas representaciones sociales es posible encontrar el imaginario social, el cual según Murcia y Jaramillo (2005) presenta una relación con las representaciones de la realidad, es decir se va plasmando mediante categorías y esquemas que se van formando en la mente de las personas. Las categorías pueden ser directas o indirectas, las primeras se asocian a imágenes de una realidad externa, mientras que, con las categorías indirectas, se hace referencia a algo que solamente es imaginado, es decir no hay una imagen previa. Por su parte Moscovici (1968) señala que las categorías se perciben de una manera general de la realidad, en donde se va formando una imagen que inicia como algo particular y que al momento en que se comparte con otras personas que tienen la misma imagen se forma un modelo de totalidad. El autor aquí hace referencia a una representación simbólica relacionada con lo denotativo del objeto o fenómeno. Murcia y Jaramillo (2005) mencionan que existen tendencias más construccionistas en relación a lo que menciona Moscovici; estas tendencias van considerando las realidades sociales, las cuales se construyen como producto de las relaciones que diariamente establecen los seres humanos y que van adquiriendo un sentido.

Escobar señala que “un imaginario es un conjunto real y complejo de imágenes mentales, independientes de los criterios científicos de verdad y producidas en una sociedad a partir de herencias, creaciones y transferencias relativamente consientes” (2000: 113). El autor también menciona que los imaginarios bajo el contexto de lo simbólico, ofrecen una interpretación en la cual se vinculan las representaciones colectivas socialmente; al considerar los contextos simbólicos se debe conocer que estos narran o enuncian el saber constitutivo de las diferentes formaciones sociales, los cuales permiten expresar el saber social. Al respecto Shotter (2001) señala que es aquí donde se ubican los imaginarios, en donde se asumen construcciones que se activan entre lo social y lo individual, se puede apreciar entonces una construcción social de lo imaginario desde las realidades conversacionales.

Otro autor define los imaginarios sociales como “esquemas socialmente construidos, que permiten percibir, explicar e intervenir en lo que cada sistema social diferenciado se tenga por realidad” (Pintos, 2012: 20). Mientras que Aliaga y Escobar (2006) parten de que los imaginarios sociales son estructuras subjetivas que le dan un significado a la realidad; estas estructuras tienen su base en los conocimientos ya establecidos y de la capacidad cognoscitiva de imaginar, además de que surgen de una construcción social que está basa-

da en prácticas que se crean o mantienen por una serie de factores simbólicos, estos factores pueden ser las tradiciones, las rutinas diarias o la memoria histórica de las personas. Así mismo estos autores señalan que en los imaginarios sociales se encuentran elementos de cultura y elementos propios de subjetividad.

Continuando con Aliaga y Escobar (2006) el imaginario viene a establecer un parámetro que da un valor a la realidad, las personas empiezan a generar niveles de validez y significación imaginaria a ciertos aspectos de la realidad, formando así una base interpretativa que van estructurando y desarrollando a lo largo de su vida, le dan sentido a su personalidad y a su carácter de una manera más particular, creando así su identidad que les permite manifestarlas en expresiones colectivas.

De ahí que afirmemos que la actividad física a través de los juegos, el deporte y otros ejercicios estructurados u organizados, forman un factor de protección, ya que ofrece la posibilidad de expresarse, adquirir confianza en sí mismo y tener una vida más saludable. Así mismo, que la actividad física influye favorablemente en las personas, y en el estado de ánimo, repercute en la mejora de las relaciones interpersonales y en el rendimiento de actividades intelectuales, por lo que podemos identificar a la actividad física como un factor que ofrece ventajas significativas a la población (López, González y Rodríguez, 2006).

Nos preguntemos qué relación hay entre la actividad física y la cultura o bien ¿qué relación hay entre la actividad física y el imaginario social? Afirmamos que si se parte de que la cultura está relacionada con las representaciones sociales materializadas en formas simbólicas y que se sostienen por modos de comportamiento, la actividad física viene a ser esa práctica social que forma parte de una cultura y se descubre en un imaginario social.

Avanzando en este razonamiento la actividad física al presentarse en sus diferentes componentes (deporte o ejercicio físico) se precisa más que nada por el contexto, es decir todo aquello con lo que interactúe, a la vez que cubre las necesidades y disposiciones a las cuales las personas reaccionan; a este fenómeno de actividad física lo comprendemos ampliamente cuando se le ubica en el mundo de la cultura física, ya que hace notar que las personas son seres cinéticos en el momento en que se reconocen socioculturalmente. Participar en algún deporte o practicar actividad física viene a modificar los tipos corporales y la forma en que los valores culturales provocan que varíen de acuerdo al género de las personas que lo practican.

El modo en que se practica la actividad física da identidad a las personas que la realizan, como menciona Giménez (2005) la identidad sólo puede consistir en la apropiación distintiva de ciertos repertorios culturales que se encuentran en nuestro entorno social, en nuestro grupo o en nuestra sociedad, es decir es aquello que realiza cada individuo, es su cultura interiorizada que expresa de una manera muy específica cómo practicar la actividad física por ejemplo, y que además lo hace ser distintivo y contrastante en relación con otras personas.

Habría que mencionar además los significados culturales los cuales se objetivan en forma de artefactos o de comportamientos observables, según Giménez (2005) estos significados representan las formas culturales exteriores, en este caso la actividad física es una forma cultural exteriorizada, pero también se encuentran las formas interiorizadas, las cuales se presentan en forma de esquemas cognoscitivos o representaciones sociales y que es

a lo que Bourdieu llama “*habitus*”. Bajo esta premisa, quienes practican la actividad física lo hacen porque así lo aprendieron; es decir, abarca también la propia corporeidad; ya que para alguien que practica dicha actividad existe una conexión entre el *habitus* y la AF.

Entre estos dos tipos de formas culturales hay una relación indisociable, lo cual nos lleva a entender que no se concibe una sin la otra, esta distinción de Bourdieu permite tener una visión completa de la cultura, además de considerarla desde el punto de vista de los propios actores sociales (Giménez, 2005).

Al estudiar las relaciones entre la actividad física y la cultura lograremos observar el paradójico proceso que existe entre ambas. Además, hay que señalar que la sociedad siempre está presente porque la metáfora deportiva o de la misma actividad física está formando parte de la vida pública.

La actividad física como perspectiva cultural posmoderna

Águila y Sicilia (2014) mencionan que desde las últimas décadas del siglo pasado se ha mantenido un interesante debate sobre las transformaciones que están sucediendo en la sociedad, algunos autores lo señalan como una nueva forma social que denominan posmoderna, en oposición, otros autores la perciben como una extensión de la modernidad; la actividad física no está fuera de este debate, ya que tanto en el deporte como en la misma actividad física se ha destacado la coexistencia de marcadores modernos y posmodernos. Hay que mencionar, además, que el deporte, al ser concebido ampliamente abarcando toda la práctica física, ha sido considerado, desde su inicio, un fenómeno social que va en aumento y desarrollándose en conjunto con el desarrollo de las sociedades modernas y, por tanto, supone un reflejo sociocultural de la condición posmoderna de la época actual.

Hoy es común observar cómo ha surgido una inquietud por mantener los estándares de belleza, los cuales incluyen un cuerpo estéticamente atractivo hacia los demás. Esta influencia no necesariamente cuenta con bases científicas fundamentadas y quizás a esto se deban los efectos secundarios que han sido nocivos en la salud de los individuos, efectos que se presentan por el uso y abuso constante de sustancias con la intención de bajar de peso rápidamente, por ejemplo, algunos de estos efectos pueden ser problemas renales, hepáticos, dermatológicos, psicológicos, etcétera (García y Fonseca, 2012). A partir de esto, consideramos que la actividad física guarda una relación muy estrecha con factores sociales y culturales, de entre los cuales García y Llopis (2011) mencionan que la práctica deportiva de los padres es determinante en la realización de este, como lo es también el hecho de haber disfrutado de un pasado activo.

También es conocido que, en algunos países orientales, sobre todo, se le presta total atención al autocuidado del cuerpo y la actividad física forma parte de ese cuidado; hay otros países (occidentales) donde sólo se aprecia al cuerpo como un organismo biológico y no se trabaja sobre la autoconciencia para el cuidado del mismo organismo.

En el ámbito de la actividad física y el deporte es común que quienes la practican, no consideren que a través de todas las técnicas y/o procedimientos que aprenden mientras la realizan o bien que enseñan a otros para llevarla a cabo, también están transmitiendo la cultura corporal, es decir orientan en valores de cuidados; y es en este marco donde parte

la premisa de que tanto la actividad física como el deporte son agentes que recrean y transmiten, a la vez que legitiman una cultura corporal específica (Barbero, 2006).

En ese tenor la actividad física forma parte de la cultura, ya que tiene un significado cultural objetivado, es decir se expresa como un comportamiento observable y que a su vez se relaciona en su forma interiorizada con aquellos valores y creencias que le han transmitido a su persona, su familia, sus amigos o conocidos y también aquellas personas con las cuales ni siquiera interactúa (Bourdieu, 2015).

La perspectiva de género en la práctica de actividad física

Hoy en día estudiar las diferencias que existen en las personas con relación al género es un tema importante y relevante para incluirse en ciertas investigaciones, por lo cual se le ha dado relevancia en los últimos años (Alvariñas, Fernández y López, 2009). Igualmente, los autores mencionan que al tenerse presente esta perspectiva ayuda a tener una mejor comprensión del pensamiento y comportamiento de los jóvenes, además reconocemos como poco a poco la práctica de AF va formando parte de la vida de las mujeres, sobre todo.

Hormiga (2014) señala que al considerar la perspectiva de género en la investigación de la práctica de AF, ésta viabiliza tener un mejor conocimiento sobre el tema, ya que ofrece una guía acerca de qué variables y factores investigar para tener una idea más clara respecto a la participación del género en la práctica de la AF. Esta observación que señala la autora se relaciona también con el estilo de vida de las personas, ya que el trabajo, el uso del tiempo, la percepción del mismo cuerpo y los estereotipos del movimiento y la belleza son indicadores importantes para comprender la práctica de la AF.

Lo dicho hasta aquí por la autora lleva a considerar que el abordaje de la perspectiva de género es primordial para poder conocer la percepción que tienen tanto mujeres como hombres en relación a la práctica de la AF, las necesidades particulares que ésta presenta, así como sus novedades, formando parte de la totalidad de la vida de las personas, así mismo esto vendría a favorecer el establecimiento de estrategias que promocionen la salud mediante la práctica de la AF (Hormiga, 2014).

Por su parte Pavón y Moreno (2008) resaltan que hay que considerar todas las líneas de investigación posible, pero se centran en destacar aquellas líneas que presentan las diferencias entre la motivación y el nivel de la actividad física observada en mujeres y hombres. Estos autores señalan que diversas investigaciones han expuesto que las mujeres suelen ser más sedentarias porque los fines por los cuales practican AF no están relacionados con la competición, más bien sus objetivos van orientados a un resultado a largo plazo, y en el caso de los hombres, éstos disfrutan la práctica de AF o ejercicio físico sobre todo cuando hay una competición por la cual recibirán un reforzamiento inmediato que los hace mantener dicha conducta, concordando con esta postura Alvariñas et al. (2009) afirman que el hecho de ser hombre o mujer condiciona el pensamiento y la forma de sentir de las personas, modulando sus actitudes y conductas en relación a la AF, siendo en la mayoría de los casos los factores socioculturales los que influyen en el momento de decidir practicar una AF, asociando el ejercicio físico y el deporte generalmente al hombre, ya que le vinculamos con actividades de fuerza y riesgo, y a las mujeres con actividades de ritmo y expresión.

Investigaciones realizadas sobre la temática

En cuanto a investigaciones realizadas para esta temática de la AF en el aspecto social, existe un vacío en la literatura al respecto, y las investigaciones disponibles están orientadas al análisis documental o bien al análisis mediante la observación. En el primer grupo se encuentra la investigación de Mena-Bejarano (2006) en la cual, se buscan las debilidades y fortalezas de algunas experiencias en Bogotá con relación a prevención a la salud con énfasis en la actividad física, para dicho análisis la autora realizó una revisión documental de modelos teóricos de intervención y lineamientos tanto nacionales como internacionales relacionados con la actividad física; dicho análisis le permitió conocer aspectos favorables y desfavorables de los programas de AF los cuales se presentaban a personas y comunidades a través de la realización de talleres teóricos y prácticos, pero no cubrían todo el proceso vital humano, ya que los programas estaban elaborados para poblaciones específicas; pudo observar también la poca divulgación para dichos programas, ya que no se implementaban estrategias comunicativas donde se permitiera a la población conocer sobre estos programas.

En el contexto mexicano Balderrama-Ruedas, Díaz-Domínguez y Gómez-Castillo (2014) mediante el método etnográfico, utilizando como técnicas la observación, el diario de campo y las encuestas, buscaron conocer las actitudes de estudiantes universitarias hacia la activación física y el deporte dentro de su formación académica y su desempeño como futuras docentes. El análisis realizado les permitió identificar que al inicio de la investigación las estudiantes mostraban una actitud negativa debido a factores como el contexto cultural de donde provenían, la falta de AF en sus anteriores escuelas y la falta de información de programas de activación física. Los autores pudieron apreciar que a lo largo de la investigación algunas estudiantes no cambiaron de actitud respecto a la práctica de actividad física, ya que reportaron que no les gustaba practicarla además de que en su familia no se les formó el hábito de la AF o el deporte; también obtuvieron que la AF y el deporte no eran conceptos bien entendidos por las estudiantes ya que creían que estos sólo hacían referencia a rutinas de ejercicio intenso. Con base en los resultados obtenidos, los investigadores refieren que en México no se tiene una cultura adecuada por la AF y el deporte, además de que se carece de infraestructura y apoyo por parte de las dependencias.

Otra investigación en el ámbito internacional realizada por Pavón y Moreno (2008) en la cual los autores buscaban conocer las diferencias que se presentan de acuerdo al género de estudiantes universitarios sobre la práctica físico-deportiva y los programas organizados por la universidad, la muestra estuvo conformada por 1512 estudiantes de la Universidad de Murcia, quienes dieron respuesta al cuestionario de motivaciones e intereses hacia las actividades físico-deportivas (MIAFD). Los resultados encontrados reflejan que los hombres suelen ser quienes llevan a cabo la práctica de AF y que las mujeres suelen practicarla en menor frecuencia; también se destaca que los hombres prefieren realizar la práctica de AF o de algún deporte en específico durante su tiempo libre, en cambio la mujer suele llevarla a cabo en sus actividades sociales y aficiones personales; por último se señala que las mujeres muestran un interés por la práctica de AF con fines saludables y el hombre lo hace más por niveles de competencia o rendimiento.

Otra pesquisa relacionada con la perspectiva de género y la práctica de AF es la realizada por Blández, Fernández y Sierra (2007) en la cual se buscó identificar a partir de un análisis

cuantitativo, la percepción que tienen los estudiantes de educación primaria y secundaria de los estereotipos más relacionados con la práctica de la AF y el deporte. Dicha investigación se realizó en Madrid y Castilla La Mancha, en donde seleccionaron 8 centros públicos de nivel primaria y secundaria, cada uno de los grupos de discusión estuvieron conformados por 8 estudiantes teniendo en cuenta el género (4 mujeres y 4 hombres) y el equilibrio del nivel de participación en actividades extraescolares (practican AF /no practican AF). Para el desarrollo de las sesiones de discusión se elaboró un guion semi-estructurado con 8 preguntas clave. Los resultados que obtuvieron señalan que tanto las mujeres como los hombres muestran estar igualmente interesados en la práctica de algún tipo de AF y que sus gustos y motivaciones varían dependiendo del género, se destaca también que, de acuerdo a las respuestas de los estudiantes, los hombres son los más interesados en la práctica de AF; además identifican que los estudiantes perciben que determinadas actividades físico-deportivas son específicas dependiendo del género. En general los autores concluyen confirmando que los estereotipos de género en relación a la práctica de AF y el deporte están presentes en los niveles de educación tanto primaria como secundaria, hay una tradicional división entre los deportes al clasificarlos como masculinos o femeninos.

Objetivos y metodología del estudio

Tal y como comentamos en la introducción de este artículo lo presentado en este trabajo es una parte del planteamiento metodológico global de una tesis doctoral en Ciencias Sociales, con énfasis en Psicología. El objetivo general del proyecto de investigación es probar un modelo de relaciones entre variables biopsicosociales y la práctica de AF en estudiantes universitarios, del cual desprendemos los objetivos específicos: a) especificar un modelo de relaciones entre la actividad física y variables psicológicas (como la morosidad, locus de control, la perspectiva temporal y autoeficacia) y variables biológicas (como el estado nutricional); b) validar un modelo de relaciones entre la actividad física y variables psicológicas (como la morosidad, locus de control, la perspectiva temporal y autoeficacia) y variables biológicas (como el estado nutricional) y; c) conocer la percepción que tienen las y los estudiantes universitarios respecto a la representación social del imaginario en la actividad física.

En este artículo sólo analizaremos la parte correspondiente al objetivo específico de “conocer la percepción de las estudiantes universitarias sobre la actividad física y su relación de ésta con el cuerpo”, de manera tal que identifiquemos el imaginario social de la práctica de AF, a partir de la aplicación del cuestionario de imaginario social en AF que elaboramos para los fines de la investigación interdisciplinar. De dicho objetivo específico es del cual resulta esta propuesta metodológica y de análisis.

El trabajo lo proyectamos desde un enfoque mixto. Por una parte, desde el enfoque cuantitativo se trabajará mediante procedimientos o tratamientos analíticos a partir de una serie de instrumentos seleccionados y elaborados los cuales son: adaptación del inventario de locus de control en ejercicio físico-deportivo (González, 2015), adaptación del cuestionario de morosidad en el ejercicio físico-deportivo (González, 2015), cuestionario de perspectiva temporal de Zimbardo y Boyd ZTPI (1999), Cuestionario de autoeficacia para regular el ejercicio (Bandura, 2006), cuestionario de hábitos alimenticios (Castro 2008), que ayudará a organizar, resumir y agrupar los datos (Kerlinger y Lee, 2002). Y desde el en-

foque cualitativo pretendemos la puesta en marcha de la aplicación de una encuesta, cuyo cuestionario fue diseñado con el fin de explorar, describir y comprender las experiencias del estudiantado universitario con respecto al imaginario social en la práctica de actividad física (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

La técnica elegida para esta parte del trabajo bajo el enfoque cualitativo será la encuesta (Jansen, 2013). Elaboramos un cuestionario, el cual se tituló “Cuestionario del imaginario en la actividad física” (anexo 1). Hecho *ex profeso* para los fines de esta investigación, el cuestionario pretende obtener información acerca de la percepción que tienen las y los estudiantes universitarios sobre la práctica de actividad física y/o de ejercicio físico. Este instrumento está construido por 19 preguntas abiertas.

Lo presentado en estas páginas es la prueba piloto realizada a fin de validar el instrumento, el cual se pretende aplicar en la población muestra del trabajo de campo final del proyecto de investigación en cuestión.

A través de un muestreo por conveniencia la muestra del estudio quedó integrada por 15 estudiantes mujeres, que cursan el segundo semestre de la licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de Sonora, ubicada en el noroeste de México. Esta población femenina fue la participante de la prueba piloto para la validación del instrumento elaborado para recolectar información sobre el imaginario social de la práctica de la actividad física. Aun sabiendo el sesgo que conlleva la aplicación de una encuesta bajo un muestreo por conveniencia, consideramos pertinente por su novedosa temática construir un análisis que partiera de los resultados y de la misma base que había creado el sesgo: que todas las personas participantes eran mujeres y estaban vinculadas a los estudios en Trabajo Social.

Tras solicitar la autorización de la docente encargada del grupo donde aplicamos el cuestionario y la de las jóvenes, de forma voluntaria, programamos una cita para ir al aula, espacio donde se llevó a cabo la encuesta. La aplicación fue realizada de la siguiente manera: primeramente, informamos a las estudiantes sobre el objetivo de la investigación y la finalidad de su participación en la encuesta para dar paso al reparto de los cuestionarios; después se les explicó de manera breve los conceptos de actividad física y ejercicio físico con el fin de que tuvieran claridad sobre los conceptos manejados principalmente en dicho instrumento. A lo largo del tiempo que se dio para rellenar el cuestionario hubo comentarios y preguntas sobre determinados significados los cuales fueron aclarados por la persona que aplicó la encuesta aclaró para que pudieran seguir con la actividad. Todas estas aclaraciones se apuntaron en un cuaderno para posteriormente mejorar el instrumento.

A continuación, mostraremos el análisis de la información obtenida en la aplicación del cuestionario piloto en una muestra por conveniencia dentro de la etapa de validación del instrumento; por lo tanto, este apartado es estrictamente un análisis de cómo es la percepción de un grupo de estudiantes de la licenciatura en Trabajo Social sobre la actividad física y/o el ejercicio físico.

El análisis de los resultados fue realizado mediante un proceso de tratamiento analítico de las respuestas de las estudiantes, así también se organizó la información en categorías descriptivas para algunas de las respuestas obtenidas, siguiendo los cuatro pasos propuestos por Valles (1999) para analizar información obtenida mediante el uso de la entrevista. Los pasos fueron:

- a) Leer las respuestas de cada entrevista, subrayando aquellas palabras y frases que hacían referencia a las categorías formadas, para ubicar la información. Se identificaban con un color en específico (código) de acuerdo a la categoría que pertenecían.
- b) Una vez realizada la codificación se procedió a ubicar la información en la categoría correspondiente.
- c) Posteriormente se interpretó la información.
- d) Una vez hecha la descripción se organizó la información en una línea narrativa y puntualizando con lo que algunos autores señalan al respecto, además de presentar ejemplos de respuestas de las participantes (las cuales se mencionan bajo un nombre ficticio, cuidando así la confidencialidad de las participantes), que permitiera identificar la percepción que se formaban de acuerdo a la pregunta realizada.

Resultados y discusión

Mediante las respuestas obtenidas de datos generales encontramos, al preguntárseles sobre si practican algún tipo de actividad física, que 13 de las 15 estudiantes mencionaron que practican algún tipo de actividad física como parte de sus tareas de la vida cotidiana. Así mismo de acuerdo a las respuestas proporcionadas por las jóvenes respecto a si practican algún tipo de actividad física 8 de las participantes refieren realizar actividades como caminar, correr, etcétera. Cinco de las estudiantes refieren que la AF que realizan corresponde a labores del hogar como práctica de actividad física, y sólo 2 refieren otras actividades como bailar y trabajar.

López (2017) señala que, para formar el concepto de un imaginario como una construcción social, se deben considerar aquellos elementos de configuración que determinen lo que se piensa o se concibe de un tema a partir de la relación de una persona con el contexto y las experiencias sobre los cuales se construirán los imaginarios. Respecto a este punto para conocer cómo idean la AF, solicitamos a las participantes que la definieran a través de cinco palabras mediante las cuales se representará tal concepto. Las respuestas obtenidas nos permitieron hacer una clasificación de 4 categorías para integrar las actividades en las cuales las jóvenes concretan la AF, dichas categorías son: a) *movimiento/caminar*; b) *limpieza/hogar*; c) *movimiento/baile* y; d) *trabajo*.

Respecto a la primera categoría “movimiento/caminar” las participantes expresaron realizar actividades como caminar, correr, estiramiento, activación, levantar cosas pesadas, ejercicio. A continuación, presentamos algunas de las respuestas que dieron las participantes:

Participante 10: “Gasto de energía, caminando y corriendo”.

Participante 12: “Moverse, caminar, correr, saltar”.

Participante 13: “Diario, caminar, esfuerzo, estiramiento, flexibilidad”.

En la segunda categoría “limpieza/hogar” las estudiantes mencionaron realizar actividades como barrer, trapear, limpiar y/o lavar ropa. Respuestas de algunas participantes:

Participante 4: “Actividad en el hogar, barrer, trapear, lavar, limpiar”.

Participante 7: *“Barrer, caminar, bailar”*.

Participante 11: *“Trapear, barrer, caminar, limpiar”*.

En la tercera categoría “movimiento/baile” las estudiantes aludieron actividades como estiramiento, flexibilidad y baile. Respuestas de algunas participantes:

Participante 7: *“Barrer, caminar, bailar”*.

Participante 11: *“Trapear, barrer, caminar, limpiar, bailar”*.

Participante 13: *“Diario, caminar, estiramiento, flexibilidad, bailar”*.

En la cuarta categoría “trabajo”, refieren actividades como trabajar, caminar en el trabajo y/o levantar cosas pesadas. Respuestas de algunas participantes:

Participante 2: *“Realizar alguna actividad en casa como lavar ropa, trapear, barrer, levantar cosas pesadas o también cuando uno trabaja y está en movimiento”*.

Participante 3: *“Es el esfuerzo físico que se tiene que realizar para levantar cosas pesadas por ejemplo”*.

Participante 5: *“Los movimientos que hacemos a diario para ir a trabajar o ir a la escuela”*.

En lo que se refiere al concepto de la AF la literatura señala que es todo aquel movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que generan un gasto de energía (OMS, 2016). Con relación a lo que las estudiantes reportan es interesante observar como 7 de las 15 participantes en esta muestra tienen una percepción sobre definir la actividad física con actividades que se relacionan con la limpieza, tanto personal como la del hogar; también consideran el caminar o correr dentro de su definición, aunque destacan las actividades de limpieza por encima de éstas. Por consiguiente, enunciarnos que las participantes mantienen una ideología de género según las actividades que realizan en el hogar. Considerando esta perspectiva autores como Valera y Paterna refieren que la ideología de género “es aquella que incluye todas las creencias sobre los roles y responsabilidades que son considerados apropiados para mujeres y hombres” (2016: 2628), dichas ideologías pueden estar relacionadas con roles o conductas, en el caso de las mujeres sería, por ejemplo, hacer las compras de la casa, cuidar a los niños, cocinar, lavar y limpiar.

Ahora bien, en cuanto a la pregunta de qué significado le dan a la práctica de AF, identificamos que 9 de las 15 de las participantes relacionaron la AF con movimientos del cuerpo y con energía. Coincidiendo así con lo señalado por Escalante quien menciona que “el cuerpo del ser humano está preparado para moverse, y más aún, tiene la necesidad de hacerlo” (2011: 325) de tal manera que sus movimientos corporales están definidos por las actividades que tienen que realizar. Respuestas de algunas participantes:

Participante 2: *“Movimientos o actividades que tenemos que realizar a menudo.”*

Participante 5: *“Son todos los movimientos que realizamos en nuestra vida cotidiana.”*

Participante 12: *“Cualquier actividad que requiera un movimiento.”*

En relación a las consecuencias que genera la práctica de AF, “tanto positivas como negativas”, como se observa en la tabla 1 (anexo 2) en la salud de las participantes, 12 de ellas señalaron que obtienen consecuencias positivas al practicar algún tipo de AF, mientras que 3 participantes mencionaron que hay consecuencias negativas al practicarla.

Al respecto Martín et al. (2015) señalan que según diversos autores los beneficios que trae a las personas el practicar AF son múltiples, que van desde lo físico, lo psicológico y social; a lo que se suman Reynaga et al. (2016) cuando indican que la AF puede ser un factor estratégico que ayude en la mejora y el mantenimiento de la salud, física, psicológica y social, ya que permite mejorar el desempeño en las actividades que las personas realizan.

En el análisis de la información obtenida por las participantes observamos que se perciben más consecuencias positivas que negativas al llevar a cabo la práctica de AF, resaltando que los beneficios que ven reflejados son en la salud física y emocional. Respuestas de algunas participantes:

Participante 1: *“Considero consecuencias positivas ya que puedo tener buena salud, disminuir el estrés, tener buen aspecto físico y una mejor condición física.”*

Participante 3: *“Considero consecuencias positivas porque estoy más en forma, tengo más condición, le hace muy bien a mi salud”, “también considero que puede haber consecuencias negativas como hacer algo y recibir un golpe y lastimarte”.*

Participante 7: *Creo que positivas porque tengo mejor humor y físicamente estoy más saludable”.*

Les preguntamos también si era importante para ellas combinar la AF o el EF con una buena alimentación, y sus respuestas se inclinaron para 14 de ellas en estar de acuerdo con tal afirmación, lo cual se relaciona con sus respuestas acerca de los beneficios de la pregunta anterior en relación con una buena salud física. Las categorías que se desprenden de sus respuestas aparecen en la tabla 2 (anexo 3). Respuestas de algunas participantes:

Participante 1: *“Si es importante para mantener en buen estado el cuerpo, tener buena salud, y no sufrir enfermedades cardiovasculares”.*

Participante 4: *“Porque nos ayudaría a estar en un mejor estado físico, además de que al tener una buena alimentación y combinarla con la AF o EF siempre será bueno para nuestra salud”.*

Participante 8: *“Porque te ayuda a estar más saludable y tener mejor rendimiento en tu vida diaria”.*

En la pregunta sobre si creen que el practicar AF es responsabilidad de ellas mismas, 14 de las estudiantes respondieron que sí es responsabilidad propia el decidir practicarla o no, dicha responsabilidad la relacionan con una serie de beneficios hacia su persona, como por ejemplo, toma de decisiones, distinguir entre lo que es bueno o malo para el organismo, el interés propio por una actividad y la mejora en la salud; hubo quien mencionó también que esta responsabilidad recae en los padres cuando los hijos son niños, y una persona dijo que

no hay implícita ninguna responsabilidad ya que es involuntario el movimiento. Respuestas de algunas participantes:

Participante 1: *“Cada quien es responsable de su cuerpo y salud... pero también es responsabilidad de los padres cuando los hijos son niños”.*

Participante 5: *“Si es nuestra responsabilidad porque uno debe ver por su salud e interesarse por uno mismo y cuidarse”.*

Participante 15: *“Si es nuestra responsabilidad porque nadie va a llegar a decirte lo que tienes que hacer, es decisión propia hacer AF o no”.*

A pesar de que en la pregunta anterior la mayoría coincidió en que es su responsabilidad si practican o no AF, en la pregunta sobre si creían que el que practicasen AF o no dependía de algo externo a ellas, 5 de las estudiantes mencionaron que *“si existe algo externo”* y señalaron el contexto donde viven o situaciones ajenas que no pueden controlar las que no les permiten realizar AF (se refiere al locus de control externo, como lo señalan González, Maytorena y Fuentes, 2018), las otras 10 estudiantes indicaron que *“no existe algo externo”* que simplemente no practican AF porque a veces no tienen tiempo o bien que es sólo por decisión propia practicarla o no. Dentro de estas respuestas las jóvenes hacen alusión a los espacios donde viven, a lo cual la literatura señala que en cualquier tipo de ambiente en el que se viva se pueden presentar barreras que propicien la inactividad física (Cortés, Orozco, Gatica y Cifuentes, 2016) por tal motivo puede ser considerado entonces como un factor externo que influye al momento de decidir practicar AF o no. Respuestas de algunas participantes:

Participante 2: *“No creo que exista algo externo, simplemente no tengo tiempo a veces de realizar alguna actividad física importante”.*

Participante 5: *“No creo que se deba a algo externo, ya que uno debe tomar la decisión y ser responsable con uno mismo, más porque hay una relación con el tema de salud”.*

Participante 12: *“Considero que, si existe algo externo, ya que se pueden presentar situaciones que uno no puede controlar o que no dependen de uno como los espacios y ya por eso no se practica la AF”.*

Con el fin de suscitar la reflexión incluimos algunas preguntas que ahondaran en una proyección a futuro. En esta tesitura les preguntamos cómo considerarían que sería su calidad de vida (física y emocional) en un futuro si practicaban algún tipo de AF regularmente, las 15 estudiantes respondieron que ven una calidad de vida en términos generales *“buena”* ya que consideran que podrían estar en forma y sentirse bien con ellas mismas.

En relación a este punto Palou, Vidal, Ponseti, Cantallops y Borrás señalan que la calidad de vida relacionada con la salud *“es un recurso para la adaptación y el crecimiento saludable”* (2012: 393) los mismos autores indican que este constructo es multidimensional ya que considera aspectos físicos, psicosociales, mentales. Ante esto observamos que las respuestas que refieren las estudiantes caen dentro de esta enunciación.

Por lo que se refiere a la actitud temporal de las estudiantes, Carcelén y Martínez (2008) especifican que el considerar una actitud temporal, esta viene a constituir un efecto posi-

vo, negativo o neutral en cualquier perspectiva de tiempo. Además de que es importante porque impactan en la motivación de las personas en la medida de aproximarse al futuro imponiéndose metas u objetivos mientras viven el presente y asumen su pasado.

Así mismo en este contexto considerando la perspectiva de futuro en el tiempo presente, hace entrever que las metas y objetivos sobre practicar AF o no, vienen a ser motivacionales, es decir, al considerarlos en el tiempo presente conforman una perspectiva temporal de futuro definiendo un tiempo para concretar dichas metas ya sea a corto, mediano o largo plazo (Carcelén y Martínez, 2008). Algunas categorías de las respuestas obtenidas ante este cuestionamiento aparecen en la tabla 3 (anexo 4). Respuestas de algunas participantes:

Participante 3: *“Considero que mi calidad de vida será mucho mejor porque estaré en forma, y mejoraría mi condición, además mi vida en general sería más saludable”*.

Participante 7: *“Considero que será más saludable, porque al sentirme bien físicamente estaré bien emocionalmente”*.

Participante 13: *“Considero que tendría más energía, más salud, tendría un estado de ánimo positivo ya que tendría mayor energía, flexibilidad”*.

Para la pregunta sobre si consideraban que su decisión de llevar a cabo algún tipo de AF o de no realizarla se veía influenciada por las personas y/o cosas a su alrededor, 7 de las estudiantes mencionaron que sí consideraban que su decisión de realizar AF estaba influenciada por otras personas o cosas, señalaron que se sienten más motivadas a realizarla si lo hacen en compañía de alguien más, o bien que si no la practicaban es porque no tienen tiempo o no es seguro hacerlo en el lugar donde viven. Las otras 8 estudiantes respondieron que sus decisiones de practicar o no AF no está influenciada por otras cosas o personas ya que mencionan que sólo depende de ellas realizarla o no, que nadie más puede influir en sus decisiones, pero al igual que quienes respondieron que sí, coinciden que en ocasiones por cuestiones de tiempo no pueden practicar AF.

Aún y cuando el porcentaje de quienes refieren que sí son influenciadas, por otras personas o motivos, es más bajo que las que respondieron que no, es importante indicar que coinciden con lo que la literatura refiere en cuanto al apoyo social, ya que investigaciones realizadas han demostrado la asociación positiva del apoyo social con la práctica de algún tipo de AF. Autores como Beets, Vogel, Forlaw, Pitetti y Cardinal (2015) afirman que se han identificado diversos factores que se correlacionan con la práctica de AF, factores sociales, ambientales o individuales los cuales actúan como mediadores y potenciadores al momento de realizar una actividad; así mismo destacan la influencia que presenta el dominio social en las personas, particularmente visto como apoyo social, el cual viene a ser proporcionado por familiares o amigos. Los mismos autores recalcan que aproximadamente los primeros dieciocho años de vida de un joven, éste lo pasa muy cerca de sus padres o compañeros en cantidades similares de tiempo y en este transcurso tanto padres como compañeros ejercen una influencia en la persona sobre diversos comportamientos tales como la práctica de AF por ejemplo; por lo tanto éstos actores están identificados como agentes de socialización para los comportamientos de salud de los jóvenes (Beets, Vogel, Forlaw, Pitetti y Cardinal, 2015). Respuestas de algunas participantes:

Participante 1: “No considero que mi decisión se vea influida por otras cosas o personas, porque tengo la capacidad de decidir si lo hago o no, sin embargo, a veces tengo tantas cosas que hacer que le doy más prioridad a otras actividades”.

Participante 6: “Si creo que mi decisión se ve influenciada por otras cosas o personas por que de cierta manera al comenzar algún cambio sobre todo en nuestro cuerpo hay otros factores que pueden motivarnos para realizar la AF”.

Participante 12: “Considero que sí es más sencillo y divertido hacerlo cuando estás acompañado de amigos, familiares o personas cercanas”.

En relación a los motivos por los cuales suelen posponer la práctica de la AF, las estudiantes señalaron que los principales son porque no tienen tiempo o bien sienten pereza, sobre todo cuando pueden hacer otro tipo de actividad que no les requiere esfuerzo alguno. Hubo quien mencionó también que uno de los motivos para no practicarla es porque están enfermas o porque se sienten muy cansadas.

Es interesante notar en esta pregunta cómo prevalece entre las jóvenes la respuesta de “tener pereza o flojera” para realizar algún tipo de AF. La literatura señala que esta barrera interna tiene razones intrínsecas muy personales las cuales están relacionadas con otros factores que pueden generar que la persona decline de realizar la AF (Sevil, Práxedes, Zaragoza, del Villar y García, 2017). Los mismos autores señalan diversas investigaciones que reportan las barreras de cansancio y pereza, sobre todo en jóvenes universitarios. González, Maytorena y Fuentes (2018) a través de un análisis factorial confirmatorio construyeron un modelo de morosidad en el contexto del ejercicio Físico-Deportivo en donde quedó demostrado que los estudiantes universitarios suelen presentar una alta morosidad en la práctica de ejercicio físico. Mientras que en otro estudio se identificó un efecto directo, negativo y significativo de la orientación al futuro sobre la conducta morosa en estudiantes universitarios (González, Maytorena, Lohr y Carreño, 2006).

Respecto a la falta de tiempo Martínez, Puig y García (2014) expresan que el campus universitario es un contexto clave para promover y desarrollar comportamientos saludables entre los jóvenes como lo es la práctica de AF; sin embargo, exponen también que puede ser un factor que funge como una barrera para la práctica de ésta, ya que los jóvenes señalan tener más responsabilidades al estar en ese ámbito educativo. Los autores subrayan también que hay que considerar que en algunos casos el estudiantado suele venir de otras entidades, lo cual genera un aumento progresivo de responsabilidades para dichos jóvenes, teniendo que atender sus actividades académicas, tareas domésticas y/o compromisos sociales. Ahora bien, algunas de las respuestas obtenidas las clasificamos en categorías y se presentan en la tabla 4 (anexo 5). Respuestas de algunas participantes:

Participante 4: “me siento cansada o realmente no tengo ganas de practicarla”.

Participante 7: “Falta de tiempo y agotamiento”.

Participante 12: “Por flojera”.

Otra pregunta que hicimos fue que si en caso de no ser físicamente activas, consideraban si debieron practicar algún tipo de AF en el pasado para continuar practicándola en el presente, la mitad de las estudiantes respondió que consideraban que sí debieron formar

ese hábito en el pasado, ya que así les sería más fácil poder practicarla ahora, mientras que el resto de las estudiantes consideró que no es necesario haberla practicado en el pasado, ya que indican por ejemplo que nunca es tarde para comenzar con la práctica y empezar a formar dicho hábito. Respuestas de algunas participantes:

Participante 1: *“Considero que si es importante haberla practicado en el pasado porque así tendría el hábito de hacer ejercicio y formaría parte de mi rutina”.*

Participante 4: *“Yo creo que no necesariamente es así, ya que en cualquier momento puedo comenzar a practicar cualquier tipo de actividad física”.*

Participante 9: *“Considero que sí porque me sentiría más motivada y crearía mejores cambios conforme a mi edad”.*

Para la pregunta de que si pensaban que podían practicar AF aún y cuando se sintieran cansadas 9 de las estudiantes respondieron que sí podían practicar AF cuando se sentían cansadas; ellas expusieron que la realizaban porque les gustaba y lo hacían para sentirse bien, de este modo indicaron que tenían que practicarla al tener que realizar alguna tarea en casa. Respecto a las que respondieron negativamente (6 estudiantes) señalaron que no la practicaban porque no poseían la energía suficiente para realizar otras actividades y sólo preferían estar sentadas o en reposo, además mencionaron que es importante y necesario que el cuerpo descanse. Respuestas de algunas participantes:

Participante 1: *“No la practico porque no poseo la energía suficiente para realizar los movimientos”.*

Participante 8: *“Si la practico aun y cuando estoy cansada porque todavía puedo moverme y seguir intentándolo”.*

Participante 15: *“Si practico, porque la AF me da más energía”.*

En la pregunta sobre si practicaban AF cuando se sentían deprimidas, 6 estudiantes respondieron que sí la practican porque les ayuda a distraerse de lo que estén pensando en el momento y las otras 9 participantes respondieron que cuando se sienten deprimidas no la practican y refirieron que es porque no se sienten con ganas, sólo desean estar dormidas, alejadas de los demás. Respuestas de algunas participantes:

Participante 5: *“No la practico, porque si no la hago cuando de buen ánimo menos si me sintiera deprimida”.*

Participante 6: *“Cuando me siento así, sólo tengo ganas de estar dormida y encerrada en mi cuarto”.*

Participante 13: *“No tengo ni ganas de levantarme o dedicar tiempo para salir de casa”.*

Para la pregunta sobre si practican AF cuando se sienten ansiosas, 13 participantes indicaron que practican la AF, pero es importante señalar aquí que las estudiantes, consideran e identifican a la ansiedad como un exceso de energía, no tienen clara la definición del trastorno psicológico el cual es “un mecanismo adaptativo natural que permite a la persona ponerse en alerta ante ciertos sucesos comprometidos” (Riveros, Hernández y Rivera, 2007: 95). Respuestas de algunas participantes:

Participante 2: *“Si la practico cuando estoy ansiosa porque me sirve para descargar mi energía y aprovecho para hacer algo también”.*

Participante 6: *“Si la practico porque no sé qué hacer, opto por estar en constante movimiento para despejarme y descargar mi energía”.*

Participante 9: *“Sí, tengo que hacerlo porque me siento con mucha energía y tengo que agotarla moviéndome mucho”.*

Al cuestionárseles sobre si practicaban AF durante el periodo de vacaciones, 12 de las estudiantes respondieron que sí suelen practicar la AF durante ese periodo ya que es cuando tienen mayor disponibilidad de tiempo para hacerlo.

Las otras 3 estudiantes respondieron que no lo hacen porque precisamente por ser vacaciones prefieren descansar y no realizar nada que les genere mucho esfuerzo. Respuestas de algunas participantes:

Participante 1: *“Si la practico porque es cuando tengo tiempo libre, y procuro al menos realizar una hora día de AF”.*

Participante 3: *“Si, es cuando más la practico porque tengo más tiempo y me puedo enfocar en la AF que quiero hacer”.*

Participante 7: *“No la practico porque al salir de vacaciones lo único que quiero y deseo hacer es descansar”.*

Respecto a si sienten pereza practicar algún tipo de AF, sobre todo si no sienten motivación para hacerlo, 13 de las estudiantes respondieron que sí y relacionan el estado de ánimo como un factor motivante para realizar sus actividades, el resto de las estudiantes señalaron que les da pereza practicar AF, porque tienen otros deberes con los cuales cumplir. Respuestas de algunas participantes:

Participante 1: *“Si siento flojera realizar algún tipo de AF porque no tengo una meta para realizarla”.*

Participante 8: *“Si siento pereza, tal vez por sentirme sin energía y no querer hacer nada”.*

Participante 4: *“La mayoría de las veces no suelo tener pereza al realizar AF”.*

En cuanto a si acostumbraban interrumpir la AF cuando ésta era difícil, 11 de las estudiantes respondieron que no acostumbran interrumpir la AF que estén practicando aún y cuando ésta sea difícil o compleja, algunas mencionaron que les gusta terminar lo que empiezan, y buscan otras formas de hacerla de manera que les resulte más sencilla, otras señalaron que ven como un reto realizar algo complejo o difícil. El resto de las estudiantes que respondió que sí interrumpen la AF cuando es difícil o compleja, mencionaron que se enfadan, que buscan realizar otras actividades que no fueran difíciles o complejas. También mencionaron que no se sienten capaces de realizarlas o bien reconocían sus límites en cuanto a lo que pueden realizar o no. Respuestas de algunas participantes:

Participante 2: *“No me gustar interrumpirla porque me gusta terminar lo que ya empecé”.*

Participante 5: *“Si la interrumpo porque me enfado o me canso si no me sale o si me cuesta mucho trabajo hacerla”.*

Participante 10: *“Si la interrumpo porque a veces reconozco mis límites”.*

Les cuestionamos también sobre qué es lo que les lleva a realizar algún tipo de AF, las estudiantes refirieron diferentes motivos para hacerlo, motivos tanto estéticos como de salud, la necesidad de estar haciendo algún tipo de actividad, o el tener que limpiar. La literatura señala que tanto para practicar la actividad física o cualquier otra actividad de un ámbito distinto, el éxito de realizarlas recae en la presencia de algunos factores, ya sea de tipo ambiental, biológicos, psicológicos, entre otros (Garita, 2006). Es de destacarse el factor biológico relacionado con el cuerpo (con fines estéticos) ya que las jóvenes a quienes se entrevistó indicaron que uno de sus principales motivos es el aspecto físico; y siendo así se puede mencionar en este punto que las estudiantes se forman una construcción social o un imaginario de su cuerpo en la cual buscan tener una apreciación positiva del mismo y así incidir en su bienestar psicológico por sobre el bienestar físico en algunos casos.

Ante eso autores como Camacho, Fernández y Rodríguez (2006) señalan que en diversas investigaciones se ha confirmado que las jóvenes que presentan una imagen corporal negativa están predispuestas a presentar problemas psicológicos, como baja autoestima, por ejemplo, sufrir de depresión o de trastornos alimentarios. Así mismo apuntan que se ha demostrado mediante investigaciones que la práctica de AF es reconocida por su promoción a la salud tanto física como psicológica por lo cual es importante conocer el impacto que tiene ésta sobre la imagen corporal femenina. Algunas categorías referentes a las respuestas de las estudiantes las exhibimos en la tabla 5 (anexo 6). Respuestas de algunas participantes:

Participante 1: *“Los principales motivos son cuando quiero bajar de peso, o sacar el estrés o sentir mayor relajación”.*

Participante 9: *“Principalmente mis ganas de usar un bikini”.*

Participante 12: *“Porque me siento gordita”.*

Al final preguntamos si se había modificado la percepción que ellas tenían acerca de la AF o el EF después de responder a este cuestionario: las 15 estudiantes respondieron que sí, mencionando que ahora entendían la diferencia de los conceptos de AF y EF, que creían que hacían referencia a lo mismo, pero que mediante las preguntas que respondieron pudieron entender que la AF la practican a diario, muchas veces sin darse cuenta. A continuación, exponemos las respuestas de tres de las participantes:

Participante 3: *“Si cambio mi forma de ver la AF porque no me había tomado el tiempo de hacerme estas preguntas y además ahora conozco la diferencia entre AF y EF y pues me gustaría poder realizar una AF ahora”.*

Participante 4: *“Claro que cambió mi percepción porque me di cuenta de que es diferente la AF y el EF y que la actividad la practico a diario y muchas veces sin darme cuenta”.*

Participante 7: *“Después de estas preguntas creo que la AF se trata de toda actividad que genere cansancio y EF es seguir por ejemplo una rutina del gimnasio”.*

Además de poder diferenciar entre estos dos términos conceptuales, relacionados con la vida cotidiana y lo físico, el haber contestado el cuestionario les hizo reflexionar acerca de la importancia de llevar un estilo de vida físicamente más activo.

Aportes y conclusiones

La información obtenida mediante este cuestionario hace entrever el modo en que las jóvenes perciben la actividad física, destacando principalmente aspectos corporales (físicos). Cuando les cuestionamos sobre cómo definen la AF, sólo la asocian con movimiento del cuerpo o con realizar actividades de la vida cotidiana, que en un principio pareciera que no la perciben como parte de realizar alguna actividad física moderada o vigorosa o bien con el ejercicio físico. Es decir, el imaginario que se forman las estudiantes respecto a la práctica de AF va sólo en relación al movimiento cuando realizan alguna actividad cotidiana como limpiar, por ejemplo; entonces podemos afirmar que las estudiantes universitarias construyen el imaginario de la actividad física como aquellas actividades que realizan cotidianamente. Respuesta similar encontró López (2017) en su tesis de imaginarios sociales de directivos docentes, quienes definen este imaginario como la rutina diaria relacionada con la actividad laboral. Ahora bien, ante la definición que las jóvenes construyen, consideramos que ésta se vio fuertemente influenciada por la definición de conceptos presentada al inicio de la entrevista, ya que aclaraba qué es AF y qué es EF.

Otro de los puntos importantes a resaltar de los resultados obtenidos es sobre las barreras que reportan las estudiantes que les impide realizar la actividad física. Éstas son el contexto en el que viven con relación a la seguridad o bien las barreras personales como razones de actitud o disposición al indicar que sienten “flojera” de realizar algún tipo de actividad física o morosidad como lo señalan González, Maytorena y Fuentes (2018). Cortés et al. (2016) reportan que aun y cuando existen políticas y programas que promueven la AF éstos no se ejecutan si la persona no percibe un ambiente de seguridad en el lugar donde la llevaría a cabo. Hay que destacar también que las jóvenes reconocen que practicar AF les trae beneficios positivos en su salud, pero a la vez la finalidad de algunas de las participantes al realizar actividad física es porque buscan resultados estéticos reflejados en su imagen corporal.

En relación a la perspectiva de género, respecto a esta investigación realizada sólo con mujeres, las jóvenes conservan una ideología de género respecto a ciertas actividades que realizan, es decir las consideran propias del quehacer de la mujer. Valera y Paterna (2016) también señalan este punto resaltando que hay actividades propias de los hombres y de las mujeres.

Con base en la aplicación del cuestionario sería conveniente modificar algunas de las preguntas, así como el orden de presentación. Aplicar la entrevista de manera personal a cada uno de los participantes seleccionados con el fin de coadyuvar a obtener la mayor cantidad de información posible respecto al problema de estudio. De igual manera analizar si es conveniente reiterar las diferencias de los conceptos de AF y EF antes de la aplicación buscando con esto no influir en las respuestas de los estudiantes. Además, hay que señalar que la muestra fue sólo de estudiantes mujeres, y para un segundo estudio considerar una muestra con el mismo número de mujeres que de hombres.

Podemos afirmar que la actividad física ha evolucionado de forma importante con el tiempo ya que hoy en día el número de practicantes sin importar su estatus social buscan identificarse socialmente mediante el imaginario que se forman en relación a los beneficios que puede aportar dicha práctica. Y a raíz de ello diversas disciplinas se han abocado a es-

tudiarla, tratando de encontrar las diferentes relaciones que puede tener en diversos contextos y ámbitos. Hoy en día, la AF es considerada un fenómeno mundial, que ha permitido conocer, además de tratar de interpretar, el estilo de vida de quienes la practican.

La actividad física es una forma objetivada simbólicamente que se presenta en un contexto específico, y la misma persona se encarga de darle un sentido imaginario al plantearse sus expectativas a futuro, lo que le motiva a realizarla, así como qué espera lograr u obtener con esta práctica, el imaginario le permite a la persona formarse quizás una imagen ideal de lo que les gustaría ser al llevar a cabo la práctica de actividad física.

La posmodernidad también ha afectado a la práctica de la actividad física, ya que conforme se va desarrollando un país o ciudad, se van modificando los estilos de vida, y a raíz de esto hoy en día el sedentarismo está presente tanto en niños como en adultos, siendo un fenómeno alarmante y preocupante la inactividad física que muestra la sociedad, además de que se está convirtiendo en una amenaza latente para la salud pública.

Bibliografía

- Águila, C. y Sicilia, A. (2014). La Actividad física en España ante la dialéctica modernidad-posmodernidad: el caso de los centros fitness. *Revista de Escuela de Educación Física Movimiento*, 20(3), 1223-1242.
- Aguilar, J. y Valencia, A. (1994). Medición e interrelaciones entre temor al fracaso y morosidad. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 10(2), 145-155.
- Aliaga, F. y Escobar, G. (2006). El imaginario social del joven en Chile una aproximación teórica al concepto del joven problema. *APOSTA Revista de Ciencias Sociales*, 31, 1-17.
- Alvariñas, M., Fernández, M. A. y López, C. (2009). Actividad física y percepciones sobre deporte y género. *Revista de Investigación en Educación*, 6, 113-122.
- Azofeifa, C. (2018). Comparación entre los motivos para la práctica de actividad física según el género y el tiempo de práctica en un grupo de estudiantes. *Revista MH Salud*, 14(2), 14-21. <https://doi.org/10.15359/mhs.14-2.1>
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents*, 307-337.
- Beets, M., Vogel, R., Forlaw, L., Pitetti, K. y Cardinal, B. (2015). Social support and youth physical activity: The role of provider and type. *Journal Health Behavior*, 30(3), 278-289.
- Balderrama-Ruedas, J., Díaz-Domínguez, P. y Gómez-Castillo, R. (2014). Actitudes hacia la actividad física y el deporte. *Revista Ra Ximhai*, 10(5), 338-352.
- Barbero, J. (2006). Deporte y cultura: de la modernidad a los discursos posmodernos del cuerpo. *Educación Física y Deporte*, 25(1), 69-93.
- Blández, J., Fernández, E. y Sierra, M. (2007). Estereotipos de género, actividad física y escuela: La perspectiva del alumnado. *Revista de Curriculum y Formación de Profesorado*, 11(2), 1-21.
- Bourdieu, P. (2015). Los tres estados del capital cultural. *Sociológica México*, 2(5).

- Camacho, M., Fernández E. y Rodríguez M. (2006). Imagen corporal y práctica de actividad física en las chicas adolescentes: Incidencia de la modalidad deportiva. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 2(3), 1-19.
- Castro, P. (2008). *Elaboración y validación de un cuestionario de hábitos alimentarios para pacientes con sobrepeso y obesidad*. Tesis inédita doctorado. Universidad de Coruña, España.
- Carcelén, M. y Martínez, P. (2008). Perspectiva temporal futura en adolescentes institucionalizados. *Revista de Psicología*, 16(2), 255-276.
- Cortés, J., Orozco, E., Gatica, G. y Cifuentes, E. (2016). Análisis de algunas barreras del ambiente construido para la actividad física en la ciudad de Cuernavaca, Morelos, México. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 48(2), 196-205.
- Chirivella, E. (2001). Deporte, salud, bienestar y calidad de vida. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 1(1), 27-38.
- Escalante, Y. (2011). Actividad física, ejercicio físico y condición física en el ámbito de la salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 84(4), 325-328.
- Escobar, J. (2000). *Lo imaginario entre las Ciencias Sociales y la Historia*. Medellín: Colombia, Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- García, J. y Fonseca, C. (2012). La actividad física en los y las jóvenes mexicanos y mexicanas: un análisis comparativo entre las universidades públicas y privadas. *MH Salud*, 9(2), 1-29.
- García, M. y Llopis, R. (2011). *Encuesta sobre los hábitos deportivos en España 2010. Ideal democrático y bienestar personal*. Madrid, España: Consejo Superior de Deportes y Centro de Investigaciones Sociológicas.
- García, M., Puig, N. y Lagardera, F. (2014). *Sociología del Deporte*. España: Alianza Editorial.
- Garita, E. (2006). Motivos de participación y satisfacción en la actividad física, el ejercicio físico y el deporte. *Revista MH Salud*, 3(1), 1-16.
- Geertz, C. (2003). *La Interpretación de las Culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Giménez, G. (2005). *La Cultura como Identidad y la Identidad como Cultura*. Consejo Nacional de la Cultura y las Artes. México.
- González, D. (1999). Locus de control escolar en estudiantes universitarios: un análisis confirmatorio. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1), 74-56.
- González, D., Maytorena, M., y Fuentes, M. (2018). Locus de control y morosidad como predictores del ejercicio físico-deportivo en estudiantes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología*, 27(2), 15-30.
- González, D., Maytorena, M., Lohr, F. y Carreño, E. (2006). Perspectiva temporal y morosidad académica en estudiantes universitarios, *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 15-24.
- González, N. y Rivas, A. (2017). Actividad física y ejercicio en la mujer. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25(1), 125-131. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.12.008>

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc-Graw Hill.
- Hormiga, C. (2014). Perspectiva de género en el estudio de la práctica de actividad física. *Revista Ciencia y Salud*, 13(2), 243-259.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del Comportamiento*. 4a Ed. México: Mc Graw Hill.
- Kottak, C. (2011). *Antropología Cultural*. México: Mc-Graw Hill.
- López, V. (2017). *Imaginarios sociales de los directivos docentes sobre actividad física, educación física y cuerpo en la localidad 18 Rafael Uribe de Bogotá*. Tesis inédita de maestría en actividad física para la salud. Universidad Santo Tomas, Bogotá, Colombia.
- López, J., González, M. y Rodríguez, M. (2006). Actividad física en estudiantes universitarios: prevalencia, características y tendencia. *Medicina Interna de México*, 22(3), 189-196.
- Martín, I., Chirrosa, L., Reigal, R., Hernández, A., Juárez, R. y Guisado, R. (2015). Efectos de la actividad física sobre las funciones ejecutivas en una muestra de adolescentes. *Revista Anales de Psicología*, 31(3), 962-971.
- Martínez, R., Puig, A. y García, O. (2014). Perceived barriers to physical activity and related factors in spanish university students. *Open Journal of Preventive Medicine*, 4, 164-174.
- Mena-Bejarano, B. (2006). Análisis de experiencias en la promoción de actividad física. *Revista de Salud Pública*, 8(2), 42-56.
- Mollinedo, F., Trejo, P., Araujo, R. y Lugo, L. (2013). Índice de masa corporal, frecuencia y motivos de estudiantes universitarios para realizar actividad física. *Revista Educación Médica Superior*, 27(3), 189-199.
- Moscovici, S. (1968). *Psicología Social II. Pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós.
- Murcia, N. y Jaramillo, L. (2005). Imaginarios del joven colombiano ante la clase de educación física. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3(2), 1-28.
- Palou, P., Vidal, J., Ponseti, X., Cantallops, J. y Borrás, P. (2012). Relaciones entre calidad de vida, actividad física, sedentarismo y fitness cardiorrespiratorio en niños. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(2), 393-398.
- Pavón, A. y Moreno, J. (2008). Actitud de los universitarios ante la práctica de actividad físico-deportiva: diferencia por géneros. *Revista de Psicología del Deporte*, 17(1), 7-23.
- Pintos, J. (2012). Inclusión-Exclusión los imaginarios sociales de un proceso de construcción social. *SEMATA, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 16, 17-52.
- Reynaga-Estrada, P., Arévalo, E., Verdesoto, A., Jiménez, I., Preciado, M. y Morales, J. (2016). Beneficios psicológicos de la actividad física en el trabajo de un centro educativo. *Revista Retos*, 30, 203-206.
- Riveros, M., Hernández, H. y Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 10(1), 91-102.

- Sevil, J., Práxedes, A., Zaragoza, J. y del Villar, F. (2017). Barreras percibidas para la práctica de actividad física en estudiantes universitarios. Diferencias por género y niveles de actividad física. *Revistas Científicas Javerianas*, 16(4), 3-21. <https://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-4.bppa>
- Shotter, J. (2001). *Realidades conversacionales. La Construcción de la Vida a través del Lenguaje*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Tamayo, M. (2003). *El Proceso de la Investigación Científica*. México: LIMUSA.
- Valera, L. y Paterna, C. (2016). Ideología de género en el alumnado de educación infantil. En: J. Castejón (Coord.), *Psicología y Educación: Presente y futuro*, (pp. 2627-2635). ACIPE: Asociación Científica de Psicología y Educación.
- Valles, M. (1999). *Técnicas Cualitativas de Investigación Social*. España: SÍNTESIS.
- Zimbardo, P. y Boyd, J. (1999). Putting Time in Perspective: A Valid, Reliable Individual-Differences Metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1271-1288.

Anexo 1

Imaginario en Actividad Física

María de los Ángeles Fuentes Vega, Virginia Romero Plana

Edad: ____ Sexo: _____ Carrera: _____ Semestre: _____ ¿Practica algún tipo de actividad física? _____ ¿cuál? _____ ¿Cuántas horas o días a la semana? _____

AF = Actividad física; EF= Ejercicio físico

Instrucciones: Este cuestionario pretende obtener información acerca de su percepción sobre la práctica de **AF** y/o **EF**, por favor lea atentamente cada una de las preguntas que se le presentan a continuación y responda honestamente cada una de ellas. *No deje ninguna pregunta sin responder.*

Actividad física: se define como todo movimiento corporal que es producido por los músculos esqueléticos y que genera un gasto de energía, es importante indicar que no debe confundirse la AF con el EF ya que este último es una subcategoría de la AF en donde dicha subcategoría es planeada, estructurada y repetitiva y tiene como fin un objetivo, ya sea el de mejorar o mantener uno o más componentes del estado físico (OMS, 2016).

Ejercicio físico: se define como un componente de la actividad física en donde se presentan movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos que se realizan con o sin el fin de acondicionamiento físico” (Keysor, 2003:129).

1. Escriba 5 palabras a través de las cuales usted defina que es la **AF**.
2. ¿Qué significado le da a la práctica de **AF**?
3. ¿Considera que la práctica de **AF** genera consecuencias positivas o negativas en su salud?
Sí _____ No _____
¿Especifique cuáles?
4. ¿Es importante para usted combinar **AF** o **EF** con una buena alimentación?
Sí _____ No _____
¿Por qué?
5. En referencia a medidas antropométricas (peso, talla, cc, IMC), ¿cuál considera que sería la relación de éstas con la práctica de AF?
Y ¿Por qué?
6. ¿Cree que el que usted practique o no **AF** depende de algo externo a usted?
Sí _____ No _____
¿Por qué?
7. ¿Cree usted que el practicar **AF** es responsabilidad de uno mismo?
Sí _____ No _____
¿Por qué?
8. ¿Cómo considera que será su calidad de vida (física y emocional) en el futuro si practica algún tipo de **AF** regularmente?
Sí _____ No _____
¿Por qué?

9. ¿Considera que su decisión de llevar a cabo algún tipo de **AF** o de no llevarla a cabo es influenciada por las personas y/o cosas a su alrededor?

Sí _____ No _____

¿Por qué?

10. ¿Cuál cree que sea el motivo por el cual pospone realizar algún tipo de **AF**?

11. En caso de no ser físicamente activo(a) ¿piensa que debió practicar algún tipo de **AF** en el pasado para continuar practicándola en el presente?

Sí _____ No _____

¿Por qué?

12. ¿Piensa que puede practicar **AF** aun y cuando se sienta cansado(a)?

Sí _____ No _____

¿Por qué?

Ansiedad: “Es un mecanismo adaptativo natural que permite a la persona ponerse en alerta ante ciertos sucesos comprometidos” (Riveros, Hernández y Rivera, 2007: 95).

Depresión: es una alteración del tono del humor hacia formas de tristeza profunda, con reducción de la autoestima y necesidad de autocastigo (Galimberti, 2002).

13. ¿Usted practica **AF** cuando su estado de ánimo es deprimido(a)?

Sí _____ No _____

¿Por qué?

14. ¿Usted practica **AF** cuando se siente ansioso(a)?

Sí _____ No _____

¿Por qué?

15. ¿Practica **AF** durante el periodo de vacaciones?

Sí _____ No _____

¿Por qué?

16. ¿Suele darle pereza practicar algún tipo de **AF** si no se siente motivado(a)?

Sí _____ No _____

¿Por qué?

17. ¿Acostumbra interrumpir la **AF** cuando ésta es compleja o difícil?

Sí _____ No _____

¿Por qué?

18. ¿Según usted que lo lleva a realizar algún tipo de **AF**?

19. ¿Ha modificado la percepción que tiene acerca de la **AF** o **EF** después de responder este cuestionario?

Sí _____ No _____

¿Por qué?

¡Muchas gracias!

Anexo 2

Tabla 1.
Consecuencias de la práctica de la AF

Consecuencias	
Positivas	Negativas
Buena salud	Lesiones
Disminuye el estrés	Desgaste físico
Aspecto físico	Cansancio
Condición física	Estrés
Estar en forma	Enfermedades
Salud emocional	
Mejor estado cardiaco	
Más energía	

Fuente: elaboración propia

Anexo 3

Tabla 2.
Beneficios de combinar la AF con el EF

Categorías	
Cuerpo	Salud
Buen estado	Buena salud
Mejor estado físico	Bienestar físico
Bajar de peso	Más energía
Aumentar la masa muscular	
Quemar grasa	
Tener una bonita figura física	

Fuente: elaboración propia

Anexo 4

Tabla 3.
Proyección futura de la calidad de vida (física y emocional)

Categorías		
Salud	Estado de ánimo	Imagen corporal
Buena salud	Estar bien emocionalmente	Estar en forma
Buena condición	Contenta conmigo misma	Estar a gusto con mi cuerpo
Mejor salud	Buen estado de ánimo	Cambios buenos en mi cuerpo
Más energía	Estado de ánimo positivo	Tener un buen físico
Estar más activa		

Fuente: elaboración propia

Anexo 5

Tabla 4.
Motivos para posponer la práctica de la AF

Categorías				
Actitud	Tiempo	Estado físico	Otras actividades	Recursos
No tengo ganas	No me alcanza el tiempo	Me siento cansada	Porque tengo que ir a la escuela	Por falta de dinero
Por flojera	No tengo tiempo por otras actividades	Por agotamiento	Prefiero usar el celular	
Por pereza	Falta de tiempo	Por enfermedad	Prefiero ver televisión	
No me gusta practicar AF	Sin tiempo			
Por flojera más que nada				
Por desidia				

Fuente: elaboración propia

Anexo 6

Tabla 5.
Motivos para realizar algún tipo de AF

Motivos		
Salud	Cuerpo	Otros motivos
Para sacar el estrés	Tengo mucha energía acumulada	Por relajación
Bajar de peso	Mis ganas de usar un bikini	Limpieza
Mejorar la salud	Sentirme gordita	Por gusto nada más
		La necesidad de moverme
		Las personas cercanas a mí

Fuente: elaboración propia

Mediación intercultural: estudio de la satisfacción de las personas refugiadas en un Centro de Acogida a Refugiados (CAR)

Amin Yassin Omran

Trabajador Social, Mediador Intercultural y educador social

Resumen

El presente artículo pretende analizar desde un punto de vista teórico y empírico la situación general de las personas refugiadas, a escala internacional, nacional y, especialmente, en un Centro de Acogida a Refugiados (CAR) de Mislata (Valencia). Para ello, se han analizado 106 encuestas cumplimentadas entre 2016 y 2018 destinadas a conocer su grado de satisfacción con el recurso y con la ayuda que prestan sus mediadores/as interculturales.

El objetivo es plasmar los conflictos armados de las últimas décadas, sus consecuencias en relación con el número de personas muertas y desplazadas, las características de los campos de refugiados/as, la repercusión que estos conflictos y el cambio climático tienen en el resto de países, así como estudiar el papel que juegan los/as mediadores/as interculturales en su reubicación en el CAR y si la atención que les prestan les es satisfactoria.

Como conclusión general se puede decir que los resultados alcanzados en el presente estudio parecen alentadores ya que los servicios y la atención personalizada que se ofrecen desde el CAR satisfacen ampliamente las expectativas de las personas refugiadas, e incluso son mejor valorados/as cada año.

Palabras clave

Personas refugiadas, asilo, Centro de Acogida a Refugiados (CAR), conflicto armado, mediador/a intercultural, satisfacción.

Summary

The present article aims to analyze, from a theoretical and empirical point of view, the general situation of refugees, on an international and national level and, especially, in a Refugee Welcome Center (RWC) located in Mislata (Valencia). For this purpose, 106 surveys completed between 2016 and 2018 have been analyzed to determine their degree of satisfaction with the resource and with the help provided by their intercultural mediators.

The ultimate goal is to get to know the armed conflicts of recent decades, their consequences in relation to the number of dead and displaced persons, the characteristics of the refugee camps, the impact that these conflicts together with the cli-

mate change have in the rest of the countries, as well as to assess the role played by intercultural mediators in their relocation in the RWC as well as if the attention given to them is satisfactory.

As a general conclusion, it can be said that the results obtained in the present study seem encouraging as the services and personalized attention offered by the RWC largely meet the expectations of refugees, and the more significant is that each year they are better valued.

Key words

Refugees, asylum, refugee reception center (RWC), armed conflict, intercultural mediator, satisfaction.

1. Marco teórico

1.1. Estado de la cuestión

El Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), organismo dependiente de la ONU, nació tras la Segunda Guerra Mundial con el objetivo de ayudar a las personas desplazadas tras un conflicto.

En la actualidad, la crisis que suscita mayor interés es la situación de las personas refugiadas afectadas por el conflicto sirio. Sin embargo, esta crisis que ya dura más de siete años es una más de los numerosos conflictos armados que han producido movimientos migratorios en todo el mundo (Quílez Playán, 2017). La siguiente tabla recoge algunos de ellos.

Tabla 1
Conflictos bélicos de los siglos XX y XXI (personas desplazadas y muertas).

Conflicto	Años	Personas muertas o desplazadas
Conflicto palestino-israelí	Desde 1948	Desde sus orígenes se estima que el número de personas internas desplazadas ha sido de aproximadamente 400.000 (OCHA, 2018).
Conflicto en Colombia	Desde 1964	Desde 1997 hasta 2013 han sido registradas 5.185.406 personas desplazadas internas con un impacto desproporcionado en la población afrocolombiana y las comunidades indígenas (ACNUR, 2014).
Guerra civil angoleña	(1975-2002)	Más de medio millón de muertos/as y cuatro millones de personas refugiadas o desplazadas.
Primera Guerra del Golfo	(1990-1991)	210.000 muertos/as (Greenpeace, 1991).
Guerra somalí	Desde 1991	300.000 muertos/as y más de 1,5 millones de desplazados/as internos (Observatori Solidaritat, 2018).
Guerra civil argelina	(1991-2002)	El número de muertes se estima entre 150.000 y 200.000 y más de 1 millón de desplazados/as
Disolución de la URSS (conflicto Armenia/Azerbaiyán)	Desde 1994	En el conflicto murieron entre 20.000 y 30.000 personas, y más de un millón huyó de sus hogares (ACNUR, 2016).
Ex Yugoslavia (Guerra de los Balcanes)	Finales del S.XX	200.000 personas resultaron muertas y alrededor de 2,7 millones fueron desplazadas. Muchos/as de estos/as desplazados/as viven todavía en la pobreza (ACNUR, 2012)

Guerras civiles costarricenses	(2002-2011)	Aproximadamente 700.000 personas son actualmente apátridas o les falta documentación para demostrar su nacionalidad, con lo que no tienen acceso a la educación o la sanidad (ACNUR, 2013).
Segunda Guerra del Golfo	(2003-2011)	Más de 2 millones de personas se desplazaron en 2014 debido a los constantes conflictos en el área (ICRI).
Guerra de Siria	Desde 2011	Además de acabar con la vida de entre 300.000 y 470.000 personas, el conflicto ha desencadenado una grave crisis humanitaria. Hasta marzo de 2017 unos 4,8 millones de personas han huido de Siria, la mayoría mujeres y niños/as (ONU, 2018).

Fuente: elaboración propia a partir de VV.AA.

Así, según ACNUR (2017), alrededor de 1 millón de personas solicitan asilo cada año. Esta misma organización señala que a finales de 2016 había más de 2,8 millones de solicitantes de asilo a escala internacional y aproximadamente 65,5 millones de personas se habían visto obligadas a abandonar sus hogares, es decir, un promedio de 20 personas por minuto tuvieron que huir de sus casas.

En total, tres países (Siria, 5,5 millones de personas; Afganistán, 2,5 millones; y Sudán del Sur, 1,4 millones) expulsaron al 55% del total de la población refugiada del mundo. En cuanto a los desplazados/as internos/as, ACNUR señala el siguiente *ranking*: Colombia, 7,4 millones de personas; Siria, 6,3 millones; e Irak, 3,6 millones, de los que más de la mitad eran menores de 18 años.

En cuanto a los países de acogida, el Alto Comisionado señala que Turquía es el mayor país de acogida, con 2,9 millones de refugiados/as (aproximadamente un refugiado/a por cada seis ciudadanos/as) y El Líbano es el país que acoge a más refugiados/as en comparación con su población. Estos datos están relacionados con el conflicto que asola Siria desde hace siete años.

Al respecto, Valencia recibió el pasado 17 de junio de 2018 a 629 personas migrantes del buque “Aquarius”. Según indicó Médicos Sin Fronteras España (2018), en él iban personas migrantes de 26 nacionalidades (23 africanas y tres asiáticas).

España es actualmente la tercera vía marítima de entrada de inmigración irregular en la Unión Europea, por detrás de Italia y Grecia. Así, el “Aquarius” no es un caso aislado, aunque haya sido muy mediático; hasta julio de 2018, más de 9.300 inmigrantes irregulares llegaron a las costas de España, el doble de los que lo hicieron en el mismo período de 2017, según datos de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2018). Otra cifra sobrecogedora es que, hasta el 10 de junio de 2018, 244 personas perdieron la vida en el intento, frente a las 61 del año anterior.

Otras fuentes aumentan esta cifra. Así, según el informe publicado por la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR, 2017) en 2016, 5.098 personas fallecieron en el Mediterráneo cuando intentaban alcanzar las costas europeas desde Turquía, Libia, Egipto o Marruecos. Se trata de la cifra más elevada registrada hasta el momento y representa un dramático incremento respecto a 2015, cuando murieron 3.784, y respecto a 2014, cuando perdieron la vida 3.279. Y es un drama que no cesa: entre enero y mayo de 2017, cerca de 1.650 personas murieron en estas rutas. El Mediterráneo es la travesía más peligrosa del mundo para las personas refugiadas y migrantes, concluye el informe.

Frente a esta situación, España y los países de la Unión Europea han firmado convenciones, tratados y planes de acción que les obligan a acoger a las personas merecedoras de protección internacional. Sin embargo, el plan de reubicación de la Unión Europea ha sido un fracaso: de las 160.000 personas refugiadas acordadas, los Estados han acogido sólo a 28.000. Además, España se encuentra entre los Estados con una tasa mayor de incumplimiento de su cuota (apenas ha acogido al 11% de las personas refugiadas acordadas). El pasado mes de Julio la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo condeno al estado español por incumplir parcialmente sus obligaciones de tramitación de solicitudes de asilo de personas refugiadas procedentes de Grecia e Italia, tal como se había comprometido a hacer ante el Consejo Europeo, en el 2015 le asignó un cupo de 19.449 personas durante dos años. Mientras tanto y según Médicos sin Fronteras (2017), en las islas griegas de Samos y Lesbos permanecían en 2017 más de 15.000 solicitantes de asilo. Según la organización, *la salud mental de muchas de estas personas se estaba deteriorando cada día más por las pésimas condiciones en las que vivían, la falta de recursos y la violencia a la que eran sometidos/as.*

Sin embargo, los conflictos y guerras no son el único motivo para la migración; el cambio climático (la subida del nivel del mar, el deshielo del ártico o el calentamiento del planeta que inunda o seca las tierras de cientos de comunidades) aboca a millones de personas a la emigración. En concreto, se calcula que unos 20 millones de personas al año se desplazan forzosamente por el cambio climático, un número mayor que por los conflictos y las guerras. Por ello, ACNUR pide que se considere personas refugiadas a los/as desplazados/as por el clima y calcula que podrían llegar a 250 millones de personas en 2050. De hecho, los expertos aseguran que el cambio climático estará detrás de la próxima gran crisis de refugiados/as. Además, sostienen que las implicaciones del cambio climático tienen efectos sociopolíticos que derivan en conflictos que terminan forzando movimientos humanos (como se ha visto desde Darfour a Siria). En algunas partes del planeta las poblaciones son, literalmente, expulsadas por las consecuencias del cambio climático. Entre ellas, destacan Shishmaref (Alaska); Bangladesh; Kirivati, Tuvalu o las Islas Salomón (archipiélagos del Océano Pacífico); Somalia; Panamá; Paoyhan (Perú); etc.

Un reciente informe (Oxfam Intermón, 2018) ha calculado el coste del cambio climático en el mundo. Así, señala la organización no gubernamental, adaptar los ecosistemas, naturales y humanos exigirá invertir entre 140.000 y 300.000 millones de dólares anuales en 2030, que se multiplicará por 5 en 2050.

1.2. Características de los campos de personas refugiadas

Según ACNUR los campos de refugiados/as son asentamientos humanos diseñados para dar atención a las personas que huyen de la guerra o de los conflictos armados. Normalmente se ubican en territorios fronterizos, lejos de las zonas de conflicto. Surgieron en 1951 tras la Convención del Estatuto de los Refugiados.

En cualquier caso, los campos de personas refugiadas no son una solución a largo plazo; la atención que se les ofrece es provisional, hasta que las condiciones permitan que vuelvan a sus países de origen. Sin embargo, cuando esto no es posible los organismos humanitarios gestionan otras alternativas como el reasentamiento en un tercer país o la integración en el país de acogida.

Según el citado organismo los campos para personas refugiadas, en general, tienen las siguientes características:

- 1) Atención específica a aquellas personas que huyen de conflictos armados y han tenido que abandonar sus países de origen. En casos excepcionales acogen a desplazados/as internos/as.
- 2) Provisionalidad, es decir, su función no es establecer ciudades-campamento por tiempo indefinido.
- 3) Reconocimiento, lo que significa que los organismos de atención y las autoridades del país donde se construyen les otorgan esta calificación.

1.3. El sistema de acogida de personas refugiadas en España

En España existe una Red Estatal de Acogida que engloba los siguientes recursos:

- Dos Centros de Estancia Temporal de Inmigrantes (CETI) en Ceuta y Melilla, dependientes del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social y destinados a solicitantes, beneficiarios/as de protección internacional y personas migrantes que acceden de forma irregular a estas ciudades.
Otros dispositivos de acogida dependiente del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, y otros gestionados por entidades y ONG especializadas en asilo son CEAR, ACCEM y Cruz Roja, las más importantes.
- Cuatro Centros de Acogida a Refugiados (CAR): dos en Madrid (Alcobendas y Vallecas), uno en Sevilla y uno en Valencia (Mislata), dependientes del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social de la Dirección General Integración y Atención Humanitaria, destinados a solicitantes y beneficiarios/as de protección internacional.

Los CAR son establecimientos públicos de servicios sociales especializados en la acogida temporal y atención primaria a personas solicitantes de asilo, refugiadas o en situación de acogida temporal y otros estatutos de protección subsidiaria en España.

El cometido principal del CAR de Mislata, objeto de la investigación realizada, es potenciar la capacidad de inclusión de los/as residentes/as en la sociedad española. Funciona como un agente mediador en el proceso de inclusión a través de los siguientes servicios:

- Alojamiento y manutención temporal.
- Información y asesoramiento sobre su nueva situación.
- Orientación para su incorporación al sistema educativo, sanitario y social.
- Atención psicológica.
- Atención social especializada.
- Desarrollo de cursos para el aprendizaje del idioma y de habilidades sociales básicas.
- Orientación e intermediación para la formación profesional y la inserción laboral.
- Actividades ocupacionales y de ocio y tiempo libre.
- Actividades de sensibilización y de divulgación de la actuación del CAR dirigidas a la sociedad de acogida.

En 2018 el centro reestructuró estas actividades distinguiendo dos áreas, el programa de contextualización (ahora denominado “programa de dinamización y contextualización”) y el de mediación y sensibilización.

1.4. Perfil sociodemográfico de las personas refugiadas en Europa

El presente apartado pretende conocer el perfil sociodemográfico de las personas refugiadas que solicitan asilo en Europa. Para ello, se ha recurrido a fuentes oficiales como ACNUR y Eurostat.

La siguiente tabla muestra la edad de los/as solicitantes de asilo entre 2011 y 2012.

Tabla 2
Solicitudes de refugio EU 28 desagregados/as por edad.

Edad/Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<14	55.590	69.715	91.115	118.300	256.780	292.155
14 a 64	250.015	260.900	334.905	502.125	1.056.600	959.395
65 o más	2.310	2.965	3.725	5.075	7.780	7.700

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eurostat del Ministerio de Interior.

Como se puede comprobar, la mayor parte de los/as solicitantes de asilo en Europa están en un margen de edad comprendido entre los 14 y 64 años. Esto es lógico dado que las personas de esta edad son las que disponen de mejores condiciones para comenzar una nueva vida en otro país.

Además, vemos que la siguiente franja de edad que más solicitudes presenta son los menores de 14 años, que en su mayoría huyen acompañados de sus familias.

La siguiente tabla analiza las características sociodemográficas según el sexo del/la solicitante.

Tabla 3
Solicitudes de refugio EU 28 desagregadas por sexo.

Sexo/Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Hombre	211.880	220.275	283.220	440.705	954.075	852.395
Mujer	97.040	114.925	141.895	186.080	367.455	406.565

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eurostat.

La tabla 3 muestra que las solicitudes de asilo realizadas por hombres superan ampliamente las de mujeres. En concreto, y si tomamos como año de referencia 2016, las primeras suponen más del doble de las segundas.

En el caso de España, la siguiente tabla pone de manifiesto esta misma cuestión, aunque añade el dato de las solicitudes finalmente aceptadas.

Tabla 4
Solicitudes de refugio (España).

Año	Número de solicitudes	Solicitudes aceptadas	Tasa de aceptación
2011	3.420	20	0,58%
2012	2.565	40	1,56%
2013	4.485	20	0,45%
2014	5.615	15	0,27%
2015	14.780	10	0,07%
2016	15.755	20	0,13%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eurostat.

De la tabla 4 sorprende el hecho de que apenas se acepten solicitudes de asilo en nuestro país. Así, pese a haberse casi quintuplicado el número de solicitudes entre 2011 y 2016, las finalmente aceptadas son las mismas: 20.

Otro aspecto importante para conocer el perfil del y la solicitante de asilo es la formación. Así, al contrario de la idea extendida de que se trata de personas sin educación reglada, el 79% tiene formación secundaria o universitaria (ACNUR, 2016). El nivel educativo es, sin duda, un aspecto muy favorable a la hora de adaptarse al país de acogida, ya que acelera los procesos de inclusión tanto laboral como social.

1.5. El/la mediador/a intercultural

Las actividades descritas en el apartado dedicado a analizar las labores desarrolladas en el CAR de Mislata las llevan a cabo un equipo interdisciplinar. Este artículo, no obstante, se centra en la figura del/la mediador/a intercultural. Así, históricamente ha existido un solapamiento entre las tareas atribuidas al/la traductor/a, al/la intérprete y al/la mediador/a intercultural. Por ello, creemos conveniente realizar una breve descripción de cada puesto de trabajo:

- Un traductor/a es un/a profesional que, partiendo de un texto, lo convierte en un texto equivalente en otro idioma diferente. Para realizar esta actividad el/la traductor/a debe conocer profundamente las lenguas que traduce y, además, la cultura y la idiosincrasia de cada idioma.
- Un/a intérprete se dedica a la traducción e interpretación de una lengua. Su trabajo consiste en mediar entre dos individuos que hablan distintas lenguas (ABC, 2018).
- La mediación intercultural es una modalidad de intervención de terceras partes en situaciones sociales de multiculturalidad significativa que está orientada a la consecución del

reconocimiento del otro/a y al acercamiento de las partes; la comunicación o la comprensión mutua; el aprendizaje y desarrollo de la convivencia; la regulación de conflictos; y la adecuación institucional entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferentes (Gimeno, 2006; Ortí et al., 2008; Valverde-Jiménez, 2013).

Es una variedad o modalidad de la mediación social y los distintos ámbitos y contextos en que se viene aplicando son la familia, el sistema judicial, los conflictos laborales, la práctica pedagógica, etc. (Six, 1997).

La mediación intercultural procede del desafío de las migraciones internacionales y la configuración de nuevas comunidades y grupos interétnicos. Es un nuevo ámbito muy particular porque introduce la variante cultural, es decir, un conjunto de factores étnicos, lingüísticos, religiosos, etc. que afectan profundamente la relación entre las partes involucradas, su percepción sobre el conflicto y las posibles salidas a partir de la comunicación entre ellas.

En definitiva, es un proceso de cambio en un contexto de conflicto o de prevención del mismo, que persigue la transformación de la relación entre personas, grupos e instituciones con diferencias étnicoculturales. En ella interviene una tercera persona a propuesta por las partes que, guiando el proceso, permite crear y generar nuevas formas de comunicación y de convivencia intercultural, que beneficie a las partes (Mediación intercultural, 2013).

En la práctica, el/la profesional de la mediación es el/la encargado/a de ayudar a las partes implicadas a buscar posibles alternativas, es decir, se encarga de gestionar la comunicación. Uno de sus principales objetivos es generar un clima amable que permita que los/as afectados/as comiencen a proponer alternativas de futuro y dejen de reprocharse situaciones pasadas. De este modo, la persona mediadora no propone soluciones, sino que debe valerse de las herramientas existentes para que sean los/as interesados/as quienes comiencen a proponer alternativas (AEP Desenvolupament Comunitari y Andalucía Acoge, 2002).

En definitiva, los mediadores y las mediadoras tienen un campo más amplio que la traducción y la interpretación, aunque puedan desempeñar estos aspectos en determinadas circunstancias si son hablantes de las lenguas de los usuarios/as o, simplemente, pueden conectar con facilidad por sus habilidades personales o profesionales.

2. Objetivos

El objetivo del estudio fue evaluar el nivel de satisfacción de los/las refugiados/as atendidos en el Centro de Acogida a Refugiados (CAR) de Mislata entre 2016 y 2018 y analizar si existen diferencias en las valoraciones que realizan según el año de asistencia, el género y la edad de los/las usuarios/as.

3. Método

Participantes

La muestra estaba formada por 98 personas refugiadas que han sido usuarios/as del CAR de Mislata entre 2016 y 2018. El 65.3% de los/as participantes eran hombres y el 34.7% mujeres. Había cuatro grupos de edad: el 17.5% tenía menos de 25 años, el 41.7% entre 25 y 34 años, el 34% entre 35 y 44 años y el 6.8% entre 46 y 55 años. Para la inclusión en la muestra, se establecieron los siguientes criterios: los/las participantes debían ser mayores de 18 años y sólo podía haber un/a único/a partícipe en cada familia.

Procedimiento

La recogida de información se realizó mediante una encuesta individual y auto-completada al finalizar la prestación de los servicios. La recopilación de los datos se realizó entre enero de 2016 y junio de 2018; en concreto participaron 44 de los 297 personas refugiadas que se atendieron en 2016, 26 de los/las 296 atendidos/as en 2017 y 28 de los/las 43 del primer semestre de 2018.

La participación era voluntaria y se garantizaba a los/las participantes la confidencialidad de los datos.

Instrumentos

El Centro de Mislata elaboró un breve cuestionario de evaluación de la satisfacción con los servicios del CAR que incluía siete ítems referidos a las prestaciones del centro en general y al programa de contextualización que desarrolla la entidad; con este instrumento se recogieron los datos en 2016, 2017 y principios de 2018.

En mayo de 2018, el centro reestructuró sus actividades distribuyéndolas en dos áreas, el programa de contextualización (ahora denominado programa de dinamización y contextualización) y el de mediación y sensibilización. Esto motivó la reorganización de los siete ítems del cuestionario inicial en dos instrumentos, a los que se añadieron algunas cuestiones nuevas. Así, a partir de mayo de 2018, los participantes evaluaron dos cuestionarios: un instrumento de siete ítems para valorar el programa de dinamización y contextualización (contenía seis de los ítems del cuestionario inicial) y otro de seis ítems para el programa de mediación y sensibilización (contenía uno de los ítems del cuestionario inicial).

En los cuestionarios utilizados se han evaluado los ítems utilizando una escala de cinco puntos. Para facilitar la comprensión de las categorías de respuestas ante posibles dificultades del lenguaje, se usaron emoticonos de caras.

En los instrumentos utilizados se insertó una pregunta abierta para recoger las observaciones que los/las participantes quisieran realizar.

Análisis de datos

Se ha realizado un análisis descriptivo de las preguntas de los cuestionarios.

Para estudiar las diferencias entre dos grupos independientes se ha utilizado la prueba *U* de Mann-Whitney. En el caso de diferencias de más de dos grupos independientes se ha recurrido a la *H* de Kruskal Wallis; en las comparaciones múltiples se ha utilizado la *U* de Mann-Whitney con la corrección de Bonferroni.

Las diferencias entre grupos se han calculado entre los siete ítems que han permanecido constantes en los instrumentos durante los tres años estudiados. Los ítems nuevos que se incluyeron en mayo de 2018 sólo se han incluido en el análisis descriptivo.

El valor de significación establecido es $<.05$.

El análisis de los datos se ha realizado con el paquete estadístico SPSS, versión 21.0.

4. Resultados

El nivel de satisfacción de los/las usuarios/as con los programas del CAR de Mislata es muy elevado, la valoración mayoritaria ha sido de *muy satisfactoria* en todos los ítems de los cuestionarios (Tabla 5). Los ítems del programa de dinamización y contextualización son evaluados como *muy satisfactorios* por una media del 74.5% de los/las participantes; mientras que, los del programa de mediación y sensibilización, del que se tienen menos valoraciones porque se incorpora en 2018, son considerados como *muy satisfactorios* por una media del 87.9% de los/las usuarios/as. En los dos programas, la valoración de los monitores es superior a la del programa en sí y en ambos se da una puntuación muy elevada a la atención que se les ha proporcionado. En cuanto a las actividades, aunque en general estén bien consideradas, las salidas y excursiones son las acciones menos valoradas (aun así un 60% de las valoraciones las consideran una actividad *muy satisfactoria*) y las charlas y talleres sobre igualdad de género las más valoradas (el 100% las han considerado *muy satisfactorias*).

Tabla 5
Frecuencias de los ítems de los cuestionarios

Programa de dinamización y contextualización										
	Muy satisfactoria		Satisfactoria		Indiferente		Insatisfactoria		Muy insatisfactoria	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Información recibida al llegar al CAR	68	69.4	28	28.6	2	2.0	-	-	-	-
Atención del técnico del programa	83	84.7	15	15.3	-	-	-	-	-	-
Opinión de las charlas y talleres	84	86.6	11	11.3	2	2.1	-	-	-	-
Opinión salidas y excursiones	57	60.0	15	15.8	23	24.2	-	-	-	-
Opinión del resto de actividades de ocio planteadas por el CAR	6	75.0	2	25.0	-	-	-	-	-	-
Opinión del trabajo en general del monitor en el programa	74	75.5	22	22.5	2	2.0	-	-	-	-
Opinión general del programa	69	70.4	25	25.5	4	4.1	-	-	-	-
Programa de mediación y sensibilización										
	Muy satisfactoria		Satisfactoria		Indiferente		Insatisfactoria		Muy insatisfactoria	
	n	%	n	%	n	n	%	n	%	n
Atención del técnico del programa	8	100	-	-	-	-	-	-	-	-
Opinión sobre charlas y talleres sobre igualdad de género	8	100	-	-	-	-	-	-	-	-
Opinión sobre charlas y talleres sobre respeto al medio ambiente	6	75.0	2	25.0	-	-	-	-	-	-
Asesoramiento en búsqueda de vivienda	6	75.0	2	25.0	-	-	-	-	-	-
Opinión del trabajo en general del monitor en el programa	8	100	-	-	-	-	-	-	-	-
Opinión sobre los servicios de mediación	74	77.1	20	20.8	-	-	2	2.1	-	-

Nota: La muestra total del estudio era de 98 participantes (N=98), 8 de los cuales respondieron a los ítems añadidos en mayo de 2018. En algunos ítems se ha dispuesto de una muestra inferior debido a casos considerados como perdidos por ns/nc.

El 5.1% de los/las participantes que cumplimentaron la entrevista reflejaron alguna observación y en todos los casos lo que han destacado ha sido la calidad, cercanía y ayuda que han tenido en el trato los monitores (mediadores interculturales) del CAR.

Diferencias en los niveles de satisfacción

Teniendo en cuenta el tamaño de la muestra, se han analizado si existen diferencias en los niveles de satisfacción de los/las usuarios/as con el programa de dinamización y contextualización y con el servicio de mediación del CAR en función de tres factores: el género, la edad y el momento de prestación del servicio.

Considerando el sexo de los/las participantes, aunque las evaluaciones de los ítems de las mujeres son un poco superiores a las de los hombres (Tabla 6), las diferencias son pequeñas y los análisis con la U de Mann-Whitney muestran que no alcanzan a ser estadísticamente significativas.

Tabla 6
Frecuencias de los ítems de los cuestionarios según el género de los/las participantes

Ítem	Género	Muy satisfactoria		Satisfactoria		Indiferente		Insatisfactoria	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Información recibida al llegar al CAR	Hombre	41	69.5	17	28.8	1	1.7	-	-
	Mujer	24	70.6	9	26.5	1	2.9	-	-
Atención del técnico del programa	Hombres	48	81.4	11	18.6	-	-	-	-
	Mujer	30	88.2	4	11.8	-	-	-	-
Opinión de las charlas y talleres	Hombres	49	84.5	8	13.8	1	1.7	-	-
	Mujer	30	88.2	3	8.8	1	2.9	-	-
Opinión salidas y excursiones	Hombre	34	58.6	12	20.7	12	20.7	-	-
	Mujer	20	62.5	3	9.4	9	28.1	-	-
Opinión del trabajo en general del monitor en el programa	Hombre	44	74.6	14	23.7	1	1.7	-	-
	Mujer	25	73.5	8	23.5	1	2.9	-	-
Opinión general del programa	Hombre	41	69.5	15	25.4	3	5.1	-	-
	Mujer	24	70.6	9	26.5	1	2.9	-	-
Opinión sobre los servicios de mediación	Hombres	43	72.9	14	23.7	-	-	2	3.4
	Mujer	27	84.4	5	15.6	-	-	-	-

Nota: La muestra total del estudio era de 98 participantes (N=98). En algunos ítems se ha dispuesto de una muestra inferior debido a casos considerados como perdidos por ns/nc.

Respecto a la edad, los/las usuarios/as se han agrupado en dos categorías: hasta 35 años y mayores de 35 años. Las frecuencias de respuesta de los ítems de satisfacción presentan pocas variaciones según el grupo de edad, siendo siempre ligeramente mejores las evaluaciones de los mayores de 35 años (Tabla 7); los análisis muestran que no hay diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 7
Frecuencias de los ítems de los cuestionarios según la edad de los/las participantes

Ítem	Tramos de edad	Muy satisfactoria		Satisfactoria		Indiferente		Insatisfactoria	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Información recibida al llegar al CAR	Hasta 35	40	67.8	18	30.5	1	1.7	-	-
	Mayores 35	28	77.8	8	22.2	-	-	-	-
Atención del técnico del programa	Hasta 35	48	81.4	11	18.6	-	-	-	-
	Mayores 35	34	94.4	2	5.6	-	-	-	-
Opinión de las charlas y talleres	Hasta 35	48	82.8	8	13.8	2	3.4	-	-
	Mayores 35	34	94.4	2	5.6	-	-	-	-
Opinión salidas y excursiones	Hasta 35	34	59.6	10	17.5	13	22.8	-	-
	Mayores 35	23	65.7	5	14.3	7	20.0	-	-
Opinión del trabajo en general del monitor en el programa	Hasta 35	44	74.6	14	23.7	1	1.7	-	-
	Mayores 35	30	83.3	6	16.7	-	-	-	-
Opinión general del programa	Hasta 35	42	71.2	13	22.0	4	6.8	-	-
	Mayores 35	27	75.0	9	25.0	-	-	-	-
Opinión sobre los servicios de mediación	Hasta 35	43	78.2	10	18.2	-	-	2	3.6
	Mayores 35	30	78.9	8	21.1	-	-	-	-

Nota: La muestra total del estudio era de 98 participantes (N=98). En algunos ítems se ha dispuesto de una muestra inferior debido a casos considerados como perdidos por ns/nc.

Se han combinado los dos factores anteriores, edad y género, formando cuatro grupos: mujeres hasta 35 años, hombres hasta 35 años, mujeres mayores de 35 años y hombres mayores de 35 años. Aunque se reflejan algunas diferencias en las evaluaciones y siempre son las mujeres mayores de 35 años las que se manifiestan más satisfechas (Tabla 8), las variaciones son pequeñas y no son estadísticamente significativas.

Tabla 8
Frecuencias de los ítems de los cuestionarios según el sexo y la edad de los/las participantes

Ítem	Sexo y tramos de edad	Muy satisfactoria		Satisfactoria		Indiferente		Insatisfactoria	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Información recibida al llegar al CAR	Mujeres hasta 35	12	63.2	7	36.8	-	-	-	-
	Hombres hasta 35	27	71.1	10	26.3	1	2.6	-	-
	Mujeres > 35	12	92.3	1	7.7	-	-	-	-
	Hombres > 35	14	70.0	6	30.0	-	-	-	-
Atención del técnico del programa	Mujeres hasta 35	16	84.2	3	15.8	-	-	-	-
	Hombres hasta 35	30	78.9	8	21.1	-	-	-	-
	Mujeres > 35	13	100	-	-	-	-	-	-
	Hombres > 35	18	90.0	2	10.0	-	-	-	-
Opinión de las charlas y talleres	Mujeres hasta 35	16	84.2	2	10.5	1	5.3	-	-
	Hombres hasta 35	30	81.1	6	16.2	1	2.7	-	-
	Mujeres > 35	13	100	-	-	-	-	-	-
	Hombres > 35	18	90.0	2	10.0	-	-	-	-
Opinión salidas y excursiones	Mujeres hasta 35	9	50.0	3	16.7	6	33.3	-	-
	Hombres hasta 35	23	62.2	7	18.9	7	18.9	-	-
	Mujeres > 35	11	91.7	-	-	1	8.3	-	-
	Hombres > 35	11	55.0	5	25.0	4	20.0	-	-
Opinión del trabajo en general del monitor en el programa	Mujeres hasta 35	13	68.4	6	31.6	-	-	-	-
	Hombres hasta 35	29	76.3	8	21.1	1	2.6	-	-
	Mujeres > 35	12	92.3	1	7.7	-	-	-	-
	Hombres > 35	15	75.0	5	25.0	-	-	-	-
Opinión general del programa	Mujeres hasta 35	13	68.4	5	26.3	1	5.3	-	-
	Hombres hasta 35	27	71.1	8	21.1	3	7.9	-	-
	Mujeres > 35	11	84.6	2	15.4	-	-	-	-
	Hombres > 35	14	70.0	6	30.0	-	-	-	-
Opinión sobre los servicios de mediación	Mujeres hasta 35	14	82.4	3	17.6	-	-	-	-
	Hombres hasta 35	27	75.0	7	19.4	-	-	2	5.6
	Mujeres > 35	12	92.3	1	7.7	-	-	-	-
	Hombres > 35	16	72.7	6	27.3	-	-	-	-

Nota: La muestra total del estudio era de 98 participantes (N=98). En algunos ítems se ha dispuesto de una muestra inferior debido a casos considerados como perdidos por ns/nc.

Si se considera el momento de la evaluación del servicio (véase Tabla 9), los resultados de la *H* de Kruskal Wallis muestran que las opiniones de los/las participantes presentan diferencias de satisfacción en: la información recibida al llegar al CAR ($\chi^2(2, N = 98) = 16.80, p < .001$), la opinión sobre las salidas y excursiones ($\chi^2(2, N = 95) = 17.19, p < .001$), el trabajo del monitor en el programa de dinamización y contextualización ($\chi^2(2, N = 98) = 18.57, p < .001$) y la opinión general del programa de contextualización ($\chi^2(2, N = 98) = 10.46, p = .005$).

Tabla 9
Frecuencias de los ítems de los cuestionarios entre 2016 y 2018

Ítem	Año	Muy satisfactoria		Satisfactoria		Indiferente		Insatisfactoria	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Información recibida al llegar al CAR	2016	21	47.7	22	50.0	1	2.3	-	-
	2017	22	84.6	4	15.4	-	-	-	-
	2018	25	89.3	2	7.1	1	3.6	-	-
Atención del técnico del programa	2016	34	77.3	10	22.7	-	-	-	-
	2017	25	96.2	1	3.8	-	-	-	-
	2018	24	85.7	4	14.3	-	-	-	-
Opinión de las charlas y talleres	2016	39	88.6	4	9.1	1	2.3	-	-
	2017	20	80.0	4	16.0	1	4.0	-	-
	2018	25	89.3	3	10.7	-	-	-	-
Opinión salidas y excursiones	2016	19	44.2	1	2.3	23	53.5	-	-
	2017	19	76.0	6	24.0	-	-	-	-
	2018	19	70.4	8	29.6	-	-	-	-
Opinión del trabajo en general del monitor en el programa	2016	24	54.5	19	43.2	1	2.3	-	-
	2017	23	88.5	2	7.7	1	3.8	-	-
	2018	27	96.4	1	3.6	-	-	-	-
Opinión general del programa	2016	24	54.5	16	36.4	4	9.1	-	-
	2017	22	84.6	4	15.4	-	-	-	-
	2018	23	82.1	5	17.9	-	-	-	-
Opinión sobre los servicios de mediación	2016	31	70.5	13	29.5	-	-	-	-
	2017	20	83.3	4	16.7	-	-	-	-
	2018	23	82.1	3	10.7	-	-	2	7.1

Nota: La muestra total del estudio era de 98 participantes (N=98). En algunos ítems se ha dispuesto de una muestra inferior debido a casos considerados como perdidos por ns/nc.

Las comparaciones múltiples a través de la *U* de Mann-Whitney muestran que: en el ítem de la información recibida al llegar, existen diferencias significativas entre 2016 y 2017 ($Z = -3.057, p = .002$) y entre 2016 y 2018 ($Z = -3.391, p = .001$); en el ítem de opinión sobre las salidas y excursiones existen diferencias significativas entre 2016 y 2017 ($Z = -3.443, p = .001$) y entre 2016 y 2018 ($Z = -3.286, p = .001$); en el ítem del trabajo del monitor en el programa de dinamización y contextualización existen diferencias significativas entre 2016 y 2017 ($Z = -2.754, p = .006$) y entre 2016 y 2018 ($Z = -3.782, p < .001$); y en el ítem de opinión general del programa de contextualización existen diferencias significativas entre 2016 y 2017 ($Z = -2.628, p = .009$) y entre 2016 y 2018 ($Z = -2.490, p = .013$).

5. Conclusiones

El nivel de satisfacción de las personas refugiadas con los servicios del CAR de Mislata es muy elevado, más de $\frac{3}{4}$ partes de los/las usuarios/as dan la puntuación máxima a los ítems planteados. Las valoraciones de las actividades que se han incluido en el recientemente creado programa de mediación y sensibilización también obtienen puntuaciones muy altas. Entre las actividades que realizan, las charlas y los talleres son las acciones más apreciadas. El papel de los monitores (mediadores interculturales) ocupa un lugar destacado en el éxito de la atención del CAR a los/las refugiados/as, ya que ellos obtienen valoraciones superiores a las que se dan a los programas; además, todas las observaciones que han querido puntualizar las personas refugiadas han sido para destacar su dedicación.

No hay diferencias significativas en la satisfacción ni por sexo, ni por edad, ni por la combinación de ambos factores. En cambio, sí que han sido significativas las diferencias de satisfacción según el año de prestación de servicio; parece que aunque desde 2010 el CAR viene prestando adecuadamente estos servicios, su labor ha seguido mejorando ya que las últimas valoraciones de las personas refugiadas son superiores a las primeras que se evaluaron.

Referencias bibliográficas

- ACNUR (2012). *Donantes ofrecen más de 300 millones de euros para ayudar a los refugiados en los Balcanes*. Recuperado de [http://www.acnur.org/noticias/noticia/donantes-ofrecen-mas-de-300-millones-de-euros-para-ayudar-a-los-refugiados-en-los-balcanes/?sword_list\[\]=balcanes&sword_list\[\]=desplazados&no_cache=1](http://www.acnur.org/noticias/noticia/donantes-ofrecen-mas-de-300-millones-de-euros-para-ayudar-a-los-refugiados-en-los-balcanes/?sword_list[]=balcanes&sword_list[]=desplazados&no_cache=1)
- ACNUR (2013). *Costa de Marfil da un gran paso para poner fin a la apátrida mediante la adhesión a las convenciones*. Recuperado de [http://www.acnur.org/noticias/noticia/costa-de-marfil-da-un-gran-paso-para-poner-fin-a-la-apatridia-mediante-la-adhesion-a-las-convenciones/?sword_list\[\]=Costa&sword_list\[\]=de&sword_list\[\]=Marfil&no_cache=1](http://www.acnur.org/noticias/noticia/costa-de-marfil-da-un-gran-paso-para-poner-fin-a-la-apatridia-mediante-la-adhesion-a-las-convenciones/?sword_list[]=Costa&sword_list[]=de&sword_list[]=Marfil&no_cache=1)
- ACNUR (2014). *Repatriación a Angola: Antonio vuelve a casa tras 40 años de exilio en la RDC*. Recuperado de [http://www.acnur.org/noticias/noticia/repatriacion-a-angola-antonio-vuelve-a-casa-tras-40-anos-de-exilio-en-la-rdc/?sword_list\[\]=angola&sword_list\[\]=guerra&sword_list\[\]=civil&no_cache=1](http://www.acnur.org/noticias/noticia/repatriacion-a-angola-antonio-vuelve-a-casa-tras-40-anos-de-exilio-en-la-rdc/?sword_list[]=angola&sword_list[]=guerra&sword_list[]=civil&no_cache=1)
- ACNUR (2014). *Situación Colombia*. Recuperado de <http://www.acnur.org/donde-trabaja/america/colombia/>
- ACNUR (2016). *Nagorno Karabaj: ACNUR pide protección para los desplazados por el conflicto*. Recuperado de [http://www.acnur.org/noticias/noticia/nagorno-karabaj-acnur-pide-proteccion-para-los-desplazados-por-el-conflicto/?sword_list\[\]=Nagorno&sword_list\[\]=Karabaj&no_cache=1](http://www.acnur.org/noticias/noticia/nagorno-karabaj-acnur-pide-proteccion-para-los-desplazados-por-el-conflicto/?sword_list[]=Nagorno&sword_list[]=Karabaj&no_cache=1)
- ACNUR (2017). *Anatomía de un campo de refugiados: atención y necesidades*. Recuperado de http://recursos.eacnur.org/hubfs/Content/ACN_ebook_anatomia_campo_refugiados.pdf?t=1470816031917
- ACNUR (2017). *Tendencias Globales sobre refugiados y otras personas de interés*. Recuperado de <http://www.acnur.org/recursos/estadisticas/>

- ACNUR (junio de 2018). *10 datos sobre refugiados en el mundo*. Recuperado de <https://eacnur.org/es/actualidad/noticias/emergencias/datos-de-refugiados-2017-685-millones-de-personas-forzadas-huir>
- AEP Desenvolupament Comunitari y Andalucía Acoge (2002). *Mediación intercultural. Una propuesta para la formación*. Madrid, España: Editorial Popular.
- Asociación de mediación para la solución de conflictos (2018). *Funciones del mediador*. Recuperado de <http://www.mediacionsolucion.com/index.php/que-es-la-mediacion/prueba>
- CAR Mislata (2012). *Veinte años de Testimonios, Acogimiento e Integración*. Valencia, España: Ministerio de Empleo y Seguridad Social.
- CAR Mislata (2017). *CAR Mislata: acogimiento e integración en Valencia*. Valencia, España: Ministerio de Empleo y Seguridad Social.
- CAR Mislata (2017). *Carta de servicios de los Centros de Acogida a Refugiados 2018-2021*. Valencia, España: Ministerio de Empleo y Seguridad Social.
- Cembrero I. (2002). Argelia, una década perdida y ensangrentada. *El País*. Recuperado de https://elpais.com/diario/2002/01/20/domingo/1011502354_850215.html
- Comisión Española de Ayuda al Refugiado (2017). *Las personas refugiadas en España y Europa*. Recuperado de <https://www.cear.es/wp-content/uploads/2017/06/Informe-Anual-CEAR-2017.pdf>
- Comité Internacional de Cruz Roja (2014). *Irak: un año difícil para la población civil, en especial para las personas desplazadas*. Comunicado de prensa. Recuperado de <https://www.icrc.org/es/content/irak-un-ano-dificil-para-la-poblacion-civil-en-especial-para-las-personas-desplazadas>
- Delgado Morán, J. J. (2017). *Las relaciones internacionales del siglo XXI: transformar el mundo*. Pamplona, España: Thomson Reuters.
- García Castaño, F. J., y Barragán Ruiz-Matas, C. (2004). Mediación intercultural en sociedades multiculturales: Hacia una nueva conceptualización. *Revista de Trabajo Social*, 123-142.
- García Mahamut, R. y Galparsoro, J. (2010). *Régimen jurídico del Derecho de Asilo en la Ley 12/2009*. Madrid, España: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- Gimeno, F. R. (2006). Comunicación intercultural y mediación en el ámbito sanitario, *Revista española de lingüística aplicada*, 1, 217-230.
- González R. (agosto de 2017). Libia, un infierno para los migrantes. *El País*. Recuperado de https://elpais.com/internacional/2017/08/18/actualidad/1503081342_501989.html.
- Larrañeta A. (noviembre de 2016). Refugiados ambientales: expulsados de sus tierras por los efectos del cambio climático. *20 minutos*. Recuperado de <https://www.20minutos.es/noticia/2885857/0/refugiados-climaticos-zonas-vulnerables/#xtor=AD-15&xts=467263#xtor=AD-15&xts=467263>

- Lázaro Gutiérrez, R. y Tejero González, J. M. (2017). Interculturalidad y mediación cultural en el ámbito sanitario. Descripción de la implementación de un programa de mediación intercultural en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. *Panace*, 18(46).
- Lozano Bartolozzi, P. (2001). *De los imperios a la globalización. Las relaciones internacionales en el siglo XX*. Pamplona, España: EUNSA.
- Mediación intercultural (2013). *Definición*. Recuperado de <http://redesdecooperacioneinterculturalidad.blogspot.com.es/2013/01/definicion-de-mediacion-intercultural.html>.
- Médicos sin Fronteras (2017). Haciendo frente a la emergencia en salud mental en Samos y Lesbos. *El País*. Recuperado de https://elpais.com/elpais/2017/11/02/migrados/1509622447_655599.html
- Montagut A. (1991). 210.000 muertos en la guerra del Golfo, dice Greenpeace. *El País*. Recuperado de https://elpais.com/diario/1991/05/30/internacional/675554417_850215.html
- Observatori Solidaritat (2018). *El conflict de Somalia*. Recuperado de <http://www.solidaritat.ub.edu/observatori/esp/dossiers/somalia/somalia.htm>.
- Ortí, R. E. Sánchez y Sales D. (2008). Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in)formativas para la mediación intercultural En B. Gallardo, C. Hernández y V. Moreno (Eds.), *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva*. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica (117-139). Valencia, España: Universitat de València.
- Polo Guardo, R. K. y Carmona Muñoz, V (coord.) (2005). *Guía sobre el Derecho de Asilo*. Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Sales Salvador, D. (2005). Panorama de la mediación intercultural y la traducción/interpretación en los servicios públicos en España. *Translation Journal*, 9(1), 1-15.
- Six, J. F. (1997). *Dinámica de la mediación*. Barcelona, España: Paidós.

Enlaces de interés

- Asylum applicants in the EU (Eurostat): <http://ec.europa.eu/eurostat/news/themes-in-the-spotlight/asylum2016>
- Ministerio del Interior –Servicios al ciudadano –Asilo y refugio: <http://www.interior.gob.es/web/servicios-al-ciudadano/extranjeria/asilo-yrefugio>
- Portal de Inmigración –Centros de Acogida a Refugiados: <http://extranjeros.empleo.gob.es/es/ProteccionAsilo/car/>
- Red Europea de Migraciones –Glosario sobre Migración y Asilo 2.0:
http://extranjeros.empleo.gob.es/es/redeuropeamigracion/glosario/EMN_Glossa118ry_ES_Version.pdf.

Los presupuestos participativos como una nueva herramienta del trabajo social comunitario

Modalidad: Intervención profesional del trabajo social

Joaquín de María Arrebola
Trabajador Social

Resumen

Este artículo describe someramente las características comunes de los presupuestos participativos en España y como el trabajo social tiene la oportunidad con esta herramienta de participación de impulsar el trabajo social comunitario, fomentar el asociacionismo, la cohesión social y un empoderamiento ciudadano. Por último exponela evolución de los presupuestos participativos en Palma hacia un modelo que promueve el asociacionismo.

Palabras clave

Trabajo social, presupuestos participativos, participación, asociacionismo, cohesión social.

Abstract

The work describes the common features of the participatory budgeting in Spain. Thanks to this resource, social work has the possibility to encourage community-based social work and support local associations, social cohesion and, social cohesion and citizen empowerment. Finally, it exhibits the evolution of participatory budgeting in Palma into a model that promotes the associations.

Keywords

Social work, participatory budgeting, participation, associationism, social cohesion.

1. Introducción

Según la FITS (2014) podemos definir nuestra profesión como “la búsqueda del cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación del pueblo para incrementar el bienestar”. En esta reducida pero precisa explicación de a qué nos dedicamos, podemos visualizar cómo encaja perfectamente la idea revolucionaria -y obviada en gran parte por los colegas profesionales- de los presupuestos participativos.

Tenemos historias, fichas, informes, escalas de valoración y proyectos sociales identificados como instrumentos de nuestra práctica profesional. Sin embargo, carecemos de la visión estratégica que puede suponer los presupuestos participativos como una herramienta tan o más potente que las anteriores, especialmente entendiendo el trabajo social desde la colectividad y dejando a un lado los sesgos individualistas caracterizados en las políticas sociales de las últimas décadas.

Los presupuestos participativos son un mecanismo de participación directa donde la ciudadanía decide a que se destina una parte del presupuesto público de la institución que lo lleve a cabo. Es complejo intentar definirlos con más exactitud ya que se han desarrollado de una manera distinta según el contexto en el que se implantaban. Su origen fue en los barrios de Porto Alegre (Brasil) a finales de los años ochenta. Evidentemente es el formato el que se configura a raíz de la experiencia carioca, la lucha por la participación en el poder, en los presupuestos y por tanto en las inversiones ha sido reclama del movimiento obrero en muchos periodos y lugares hasta nuestros días. La configuración de aquellos presupuestos participativos se caracterizaron por un modelo de base, asambleario y con una extensión territorial muy amplia. Acercando de alguna manera las decisiones gubernamentales a los colectivos tradicionalmente excluidos. Por primera vez, las favelas brasileñas podían configurar su entorno, adaptando las demandas básicas y urgentes en propuestas que transformaran los barrios.

Los resultados de los presupuestos participativos de Porto Alegre son de sobra conocidos, y es seguramente por ese éxito, la explicación a la expansión de esa iniciativa por todo el planeta. El Índice de Desarrollo Humano se ha incrementado enormemente, la redistribución de la riqueza a nivel territorial y social ha logrado mucha más equidad que en otras regiones de Brasil y el porcentaje de personas que participan en estos procesos democráticos ha ido aumentando (Rendón, 2006).

Tras la experiencia de la ciudad brasileña, otras ciudades latinoamericanas y del mundo han ido impulsando procesos similares con ciertas diferencias. En Europa en el primer lustro de los años 2000 ya había más de cincuenta experiencias y tenían similitudes con la experiencia brasileña pero el cambio sustancial es que los presupuestos participativos en Europa ha venido desde las instituciones para modernizarlas (Sintomer, 2005). En España, las experiencias pioneras sobre esta materia llegaron a los municipios andaluces a principios de los años dos mil que se fueron replicando por otros municipios de la península. Las experiencias de municipios como Córdoba y Sevilla fueron una inspiración para los modelos actuales. Si bien es cierto, en 2011 la mayoría de los procesos participativos impulsados en la década anterior dejaron de tener continuidad. La crisis económica y el cambio político fue decisivo para la continuación de estos procesos que ni mucho menos habían madurado, ni en Andalucía ni en España. De hecho, la indiferencia popular por la pérdida de estos procesos fue clave.

En la actualidad, desde el cambio político en las elecciones municipales de 2015, los cambios que supuso el movimiento 15M y las nuevas formas de gobernanza con más transparencia y participación han favorecido que cientos de municipios en España se dispongan a iniciar los presupuestos participativos. Los presupuestos participativos rompen con la inflexibilidad del concepto de representación, ampliando espacios a la ciudadanía para tomar parte de los procesos de decisión en un contexto marcado por la desafección democrática (Robles, Alcántara & Romero, 2017). Por esta razón también se ha iniciado la

obertura de relaciones distintas entre administración y ciudadano, atendiendo a la creciente complejidad de los asuntos públicos que ha dado como resultado la creación del concepto gobierno abierto que define la construcción inteligente de forma colectiva para asumir respuestas comunes (Brugué-Torruella, 2018).

2. Los presupuestos participativos en España

En la actualidad en España hay centenares de municipios que desarrollan presupuestos participativos con una variedad de modelos que conviven y que tienen más o menos éxito. Según el tamaño y las características del municipio que lo impulse, utilizan más herramientas digitales o sencillamente se declinan más por la participación presencial. La participación en municipios con una población reducida no requiere de sistemas digitales que impliquen un coste y mantenimiento elevado sino que una asamblea popular puede ser mucho más efectiva (Gutiérrez, Bastante, Castro & Peláez, 2011). En cambio, las ciudades no tienen prácticamente otra manera de conseguir una participación elevada y extendida por su territorio sino es a través de un sistema mixto o totalmente digital.

El área de los ayuntamientos que normalmente gestiona el proceso de los presupuestos participativos es el área de Participación Ciudadana. Según Ganuza y Gómez (2008) hasta el 80% de las experiencias hasta ese momento. Es un dato importante, ya que es un área transversal que sin embargo tradicionalmente no ha tenido el peso económico, de personal y de consideración en los ayuntamientos, lo que supone un riesgo para la ejecución de los proyectos seleccionados si el consistorio en su totalidad no tiene como prioridad los presupuestos participativos.

A grandes rasgos, la mayoría de municipios que impulsan presupuestos participativos comparten estas características:

a. Participantes

En la mayoría de municipios pueden participar todos los ciudadanos mayores de 16 años que estén empadronados. Algunos municipios no exigen empadronamiento, sino que lo hacen de manera abierta o exigen otro tipo de arraigo al municipio como puede ser tener una vivienda en él. Algunos municipios permiten la participación a partir de la mayoría de edad y otros ya están trabajando con los niños para que la infancia también decida sobre el presupuesto municipal.

Muchos municipios utilizan un sistema mixto entre asociaciones y ciudadanos, especialmente para la presentación de propuestas.

b. Cuantía y tipología de gasto

Cada municipio marca la cantidad económica que decidirán los ciudadanos para el presupuesto del ejercicio siguiente. Algunos ayuntamientos establecen una cantidad general y otros establecen cuotas para unidades territoriales más pequeñas como distritos o barrios. Cada municipio establece lo que considera oportuno, dependiendo del volumen de su presupuesto anual, la capacidad de gestión, la voluntad política y si incluye únicamente gastos de inversión u otros capítulos presupuestarios como subvenciones.

c. Fases

- i. **Presentación de propuestas:** La ciudadanía puede presentar todas las propuestas que desee. En esta fase pueden participar tanto las asociaciones y colectivos como la ciudadanía a nivel individual. La mayoría de municipios establece un formulario sencillo para presentar propuestas y facilitar así que cualquier ciudadano sin conocimientos técnicos pueda participar.
- ii. **Revisión inicial de proyectos:** Se hace una valoración **técnica por parte del funcionariado local** para ver si la propuesta a grandes rasgos es viable en relación al coste, a la legalidad o a las competencias, entre otros.
- iii. **Fase de apoyos:** Una primera criba antes de la valoración en profundidad de los proyectos la hacen los ciudadanos. En función del número de apoyos, las propuestas pasan a la fase final y otras no. Esta fase muchos ayuntamientos no la hacen porque reciben pocas propuestas y pueden valorarlas todas. Los ayuntamientos sin embargo con una presentación de propuesta elevada se ven obligados a introducir esta fase ya que es inviable que los técnicos puedan valorar más exhaustivamente todas las propuestas.
- iv. **Evaluación de proyectos y establecimiento de coste:** Los técnicos municipales tienen que evaluar las propuestas con detenimiento y estiman el coste oportuno.
- v. **Votación final:** Pasan a votación final las propuestas que han pasado los filtros anteriores.
- vi. **Aprobación del pleno:** El pleno municipal tiene que aprobar los resultados para incorporarlos en el presupuesto municipal del año que viene para su posterior ejecución.
- vii. **Seguimiento de las propuestas:** Es importante que se haga seguimiento de las propuestas, que los proponentes sean informados en todo momento de las actuaciones y que durante el proceso si es necesario tomen decisiones que afecten a la propuesta inicial.

Como observamos hay pautas comunes que pueden definir los presupuestos participativos en España con ciertos matices entre municipios. La retroalimentación e intercambio de experiencias entre los distintos gobiernos municipales no deja de aumentar para mejorar constantemente la gestión de este programa por su complejidad a la hora de adaptarlo a las predominantes rígidas estructuras de las administraciones públicas. La suma de municipios a la iniciativa de los presupuestos participativos en España parece imparable, ya que ayuntamientos de diversa índole ideológica los está iniciando, lo que supone una garantía para futuros cambios de gobierno. No obstante, lo más importante es la demanda e implicación ciudadana, y sobretodo la apropiación por parte de la ciudadanía de esta nueva gestión del presupuesto municipal para su perduración.

3. El trabajo social y los Presupuestos participativos

La profesión del Trabajo Social está en una profunda revisión tras décadas de generar asistencialismo. En diversos ámbitos nos hemos convertido en una especie de administrativos de ayudas. En un donante de derechos y no en un generador de estos. Esta dura afirmación nos tiene que hacer reflexionar sobre nuestra praxis con la ciudadanía.

La administración confiere la dignidad básica en los alimentos, la vestimenta y un lugar donde dormir. Los trabajadores sociales sumergidos en la espiral liberal que predomina en Europa desde hace treinta años no han tenido otro remedio que sacar cubos de agua de un barco, el estado de bienestar, que se hunde. El aumento de personas que demandan servicios sociales, la reducción de recursos humanos, el aumento de la desigualdad, la quiebra de lazos comunitarios y otros factores han transformado los servicios sociales.

No obstante, se empiezan a ver cambios en las políticas sociales impulsadas desde muchas comunidades autónomas y ayuntamientos. Parece que hay un acuerdo mayoritario por impulsar el trabajo social comunitario. Muchos entienden que es el más eficiente trabajo social por su dimensión integral en una comunidad y por la deconstrucción de comunidades dependientes. Se están poniendo en marcha programas de desarrollo comunitario desde muchas ópticas y con actores muy diversos, tanto en el plano institucional (donde intervienen escuelas, centros de salud o policía entre otros) como en la sociedad civil (donde participan asociaciones de vecinos, asociaciones de personas mayores o juveniles, u otras de carácter sectorial).

El trabajo social comunitario interviene para atajar los problemas estructurales intentando impulsar un sujeto colectivo capaz de compartir un diagnóstico de los problemas sociales y mucho más importante, capaz de consensuar una hoja de ruta para lograr objetivos comunes. Además, como menciona la trabajadora social Fernández de Castro (2018) es fundamental generar estructuras de participación que sean capaces de debatir los temas comunes de la comunidad. Es decir, articular la democracia participativa como una herramienta de transformación y reducción de las desigualdades sociales. En esa lógica, tiene mucho sentido hablar de presupuestos participativos. A menor participación en las decisiones políticas, mayor desigualdad social. Por esta razón es importante crear a través del trabajo social comunitario un espíritu crítico, analítico y activo en los asuntos públicos que afectan a las comunidades. Con ciudadanos activos es posible transformar los barrios si se convierten en sujetos políticos de manera colectiva.

La colectividad sin embargo, no es una lógica que se ha impuesto en todos los procesos de presupuestos participativos en España ni tampoco en otros lugares del planeta. En muchas ocasiones han tenido un enfrentamiento frontal con las asociaciones, especialmente las de vecinos, al considerar que les quitaban poder para dárselo a los ciudadanos de manera individual (Ganuza&Nez, 2012). El poder de negociación de una asociación de vecinos entorno a una necesidad del barrio ha sido tradicionalmente incuestionable, ya que desde los gobiernos locales se las considera mayoritariamente las interlocutoras válidas para las actuaciones sobre el territorio más próximo. Con la iniciativa de presupuestos participativos en algunos municipios, las entidades vecinales han percibido como ese poder se reducía en pro de fomentar los valores individualistas en la toma de decisiones municipal. La posibilidad de que un ciudadano a nivel individual pueda tener una idea para su barrio o

ciudad, pueda proponerla y conseguir apoyo para que el ayuntamiento la pueda llevar a cabo, sin contar con nadie más de ese barrio ha suscitado dudas sobre si los presupuestos participativos son realmente participativos. Algunos modelos para responder a la crítica individualista han sido que el proceso solo pueda ser para las asociaciones o un modelo mixto donde estas tengan más ventajas que los ciudadanos individuales. Todo ello, para neutralizar el conflicto que surgieron y han surgido en algunos municipios con la implantación de los presupuestos participativos (Ganuza y Gómez, 2008).

En esta lógica, tiene sentido la figura del trabajador social. La involucración de estos en los presupuestos participativos puede construir relaciones sólidas basadas en la participación y la corresponsabilidad. Los cambios que ya se están dando en algunos lugares en relación al funcionamiento de los servicios sociales para adaptarse con flexibilidad y cercanía al trabajo social comunitario, hacen posible el trabajo con diferentes asociaciones de diferentes ámbitos que pueden compartir objetivos comunes si interpretan el mismo diagnóstico de la realidad. Además en la misma línea es posible acercarse a colectivos que no entran en los colectivos habituales usuarios de servicios sociales como las asociaciones de vecinos u otras sectoriales como juveniles o de mayores. Al mismo tiempo podría acercar a entidades de servicios sociales a los procesos democráticos que hasta el momento están mayoritariamente copados por las entidades vecinales.

La implicación de los trabajadores sociales en procesos participativos para empoderar a los sujetos con los que trabajamos, viene recogido en el código deontológico. En los principios generales hay que destacar varios como:

- 1) La Promoción integral de la persona
- 2) La igualdad de oportunidades, de derechos, de equidad y de participación
- 3) La solidaridad
- 4) La justicia social
- 5) El reconocimiento de derechos sociales
- 6) La autodeterminación
- 7) La responsabilidad y corresponsabilidad

En los mencionados, podemos ver como subyace la idea de que los trabajadores sociales deben implicarse en que la persona debe superar sus necesidades atendiendo no solo a su necesidad inmediata, sino participar activamente en la sociedad. Los problemas individuales suelen responder a contextos estructurales que no se pueden cambiar en solitario sino colectivamente. Ahí es importante la participación, la justicia social, la reclamación de derechos sociales, la decisión del grupo y la corresponsabilidad como ciudadano.

Los presupuestos participativos son una delegación de poder a los ciudadanos. Conseguir hacer ver la capacidad de incidencia real que poseen los ciudadanos desde una lógica colectiva pero desde la responsabilidad individual, puede volver a ese sentido de comunidad que se ha ido perdiendo con el tiempo en el nuevo capitalismo global. El trabajador social en la idea de avanzar hacia esa cohesión social, debe ejercer un papel de activación y promoción de la cooperación en la comunidad (Carbonero, Caro, Mestre, Oliver y Socias, 2012) y tener como herramienta los presupuestos participativos puede facilitar la encomienda.

4. Promover el asociacionismo desde el trabajo social

Si para algo tienen que servir los presupuestos participativos desde la óptica del trabajo social es para promover el asociacionismo. En una época marcada por la tendencia del individualismo en la esfera pública, fortalecer a las organizaciones se hace necesario. Si bien no dejan de crearse asociaciones, es cierto que el número de personas socias y voluntarias ha decaído en los últimos lustros. Solo ha habido un paréntesis provocado por el cisma del movimiento 15M que nutrió una vez finalizadas las acampadas a muchas organizaciones de militancia activa (Monterde, 2015). Es cierto que las organizaciones han tenido un proceso de transformación acorde al contexto globalizador y tecnológico, sin embargo la convivencia entre las organizaciones clásicas y las nuevas es un hecho con el que hay que trabajar. Y en ambos casos, los presupuestos participativos pueden ser una herramienta útil para empoderar la colectividad y romper con el individualismo que orienta a la población al consumo y a la dominación (Vecina, 2010).

El hecho de que un presupuesto se ponga a disposición de la ciudadanía da un poder real a las personas que participan en el proceso. No obstante, en un proceso masivo de participación donde participan centenares o miles de personas, la colectividad es prácticamente indispensable para poder lograr las metas. En esa tesis es donde entra el trabajo en red entre asociaciones, colectivos y ciudadanos. Conseguir unir a distintos agentes en pro de un objetivo común es sencillo si todos entienden que es indispensable para conseguir el mismo fin. El trabajo social tiene que saber ver la oportunidad que se presenta al poder juntar a toda una plataforma de entidades con la sencilla idea de presentar una idea y luchar por ella en los presupuestos participativos. Las sinergias que se pueden generar con los presupuestos participativos pueden fortalecer redes de entidades a los que dotar de otros contenidos menos atractivos y trabajar otros temas que no motivan tanto porque los efectos no son tan inmediatos o tan palpables.

Por otro lado, hay que destacar otros aspectos que generan los presupuestos participativos sobre las organizaciones. Uno de ellos es el cambio de la queja a la propuesta, romper con el clientelismo o con la continua protesta sin ofrecer colaboración o soluciones para mejorar los problemas sociales. Ese cambio aporta calidad a la participación, crea ciudadanía corresponsable, facilitadora y cercanía a las instituciones públicas. La proactividad y el dinamismo que generan colectivos con el afán de hacer propuestas a las instituciones, facilitan la gestión política de estas y permiten avanzar mucho más rápido en la construcción de procesos participativos. Otro cambio que generan los presupuestos participativos es el reconocimiento público al logro de conseguir un hito para el barrio. En muchas ocasiones hay propuestas vecinales que son innovadoras o atañen a problemas históricos que no se habían resuelto por falta de presupuesto. Lograr que una propuesta de una asociación prospere, es darle una gran visibilidad que puede propiciar un acercamiento de nuevos socios y voluntarios a estas entidades, que de otra manera no se hubieran sumado a un proyecto colectivo. Algunas entidades pueden nutrirse de nuevos actores y otras pueden resurgir, especialmente las vecinales, en un momento donde la territorialidad y la identidad de barrio está en una situación débil, debido al auge de la concentración de población en zonas metropolitanas donde la cohesión social escasea debido al contexto estructural y a los cambios constantes de ubicación de los habitantes de un lugar.

5. El caso de Palma

El Ayuntamiento de Palma empezó la primera iniciativa de presupuestos participativos en 2016. El gobierno municipal está formado por tres partidos progresistas que iniciaron conjuntamente su andadura con las elecciones municipales de 2015. El pacto de gobierno incluía la puesta en marcha de los presupuestos participativos y así se cumplió en mayo de 2016. Se estableció 1 millón de euros a disposición de los ciudadanos de Palma para que estos propusieran y apoyaran los proyectos de inversión para la ciudad.

No había diferentes partidas por territorios ni sectores, ni tampoco límites presupuestarios a las propuestas. La forma de dar apoyo a las propuestas era a través de una sencilla página web incluida en el directorio municipal donde con la tarjeta ciudadana se procedía a votar. Los resultados en cuanto a propuestas recibidas fueron 309 y de estas, apenas 117 eran presentadas por entidades. Este dato se puede explicar debido a que se estableció una única partida para toda la ciudad de un millón de euros y por tanto, al competir todos los proyectos con todos, hizo que muchas propuestas fueran generales y no centradas en entidades de ámbito territorial. Por otro lado, la campaña informativa y de difusión, así como recogida de propuestas se hizo a todos los niveles facilitando que muchas personas individuales probaran hacer una propuesta sin necesidad de una reflexión colectiva. Esto supuso que participaran proponiendo 89 personas a nivel individual y 57 entidades de las cuales 29 tenían un sentido territorial y 28 de carácter sectorial. Los resultados a la hora de dar apoyo a las propuestas tuvieron una respuesta escasa, teniendo en cuenta el volumen de población de Palma (338.115 personas mayores de 16 años¹) y también del número de propuestas que había. Dieron apoyo a alguna de las propuestas 1399 personas y en la fase final fueron 1184 las personas que dieron su voto a alguna de las propuestas.

En la segunda edición de los presupuestos participativos se añadieron algunos cambios significativos al modelo, uno fue la suma del Ayuntamiento de Palma al sistema de software libre Consul creado por el Ayuntamiento de Madrid y que dispone de muchas funcionalidades para la participación ciudadana con uso sencillo y que aporta más seguridad a todos los procesos. No obstante, el cambio más destacado fue que por primera vez se establecían cantidades asignadas a los distritos. El municipio de Palma tiene una división administrativa en cinco distritos que contienen 89 unidades de población. El presupuesto destinado a este programa, en esta segunda edición aumentó un 50% hasta alcanzar 1,5 millones de euros. De esta cantidad, 600.000 euros se destinaron para las propuestas que abarcaran el conjunto de la ciudad y los 900.000 euros restantes se dividieron entre los cinco distritos, teniendo en cuenta el número de personas atendidas por servicios sociales, el volumen de población, la extensión territorial y los equipamientos municipales existentes en ese distrito. De esta manera se logró un reparto equitativo entre distritos, disponiendo el Distrito Centro la menor cantidad presupuestaria asignada con 63.913,22 euros ya que vive menos población y esta tiene una menor atención en los servicios sociales, disponen de un territorio mucho más reducido y tienen un índice mayor de equipamientos municipales (bibliotecas, centros socioculturales, escuelas infantiles, etc.) que los demás distritos de la ciudad. En el otro lado, el distrito que tiene la asignación presupuestaria más elevada es el Distrito Levante

.....

¹ Instituto de Estadística de las Islas Baleares. (2016). Padrón de población

con 252.444,93 euros debido a que tiene un volumen de población muy elevado y que gran parte de los barrios más vulnerables de la ciudad están en este distrito.

Es por tanto la distribución económica con perspectiva territorial y social, una herramienta igualmente útil para incidir positivamente en los barrios tradicionalmente olvidados de las políticas públicas. De esta manera se consiguió una mayor implicación de las entidades territoriales, en 2017 realizaron propuestas 53 entidades, 39 de las cuales tenían un perfil territorial. Otro cambio importante es que el 63% de las propuestas que llegaron fueron para actuaciones en los distritos. La intención de hacer llegar los presupuestos participativos a los barrios para corregir las desigualdades territoriales y mejorar la vida de los barrios vulnerables de la ciudad paulatinamente se va logrando. En esta segunda edición se logró que salieran elegidos 18 proyectos, 15 de los cuales fueron para barrios con propuestas de índole deportiva, cultural, participativa, urbanística y de infraestructuras. La división territorial por tanto, permite extender las inversiones municipales desde una perspectiva participativa y colectiva.

Para fortalecer el poder del asociacionismo y de la colectividad, en la segunda edición se tomaron cuatro medidas importantes que dieron resultados positivos:

- a) La primera fue delimitar el apoyo y voto de las personas a propuestas ubicadas en su barrio, y ponderar este en relación al conjunto de su distrito. De esta manera se pretendía que barrios pequeños tuvieran la oportunidad de competir con barrios mucho más grandes y así poder hacer llegar las inversiones a barrios de toda dimensión. La diferencia de población en los distintos barrios de Palma es muy significativa, hay unidades territoriales de 500 personas y otras que alcanzan casi los 30.000 habitantes. La intención de animar a las entidades de barrios pequeños a impulsar propuestas fue satisfactoria.
- b) Facilitar hojas de firmas por primera vez en la fase de apoyos, esta idea recogida en el proceso que promueve el Ayuntamiento de Madrid, fue reclamada insistentemente por la ciudadanía para facilitar la participación en el proceso a personas que tienen dificultades de acceso a internet. Es por ello que se permitió buscar apoyos a las propuestas en la primera fase con hojas habilitadas por el ayuntamiento donde los ciudadanos tenían que escribir su nombre, DNI y su firma. Posteriormente, los funcionarios municipales verificaban que estas personas estén empadronadas y cumplan con los requisitos de la convocatoria.
- c) Establecimiento del lindar por las cuales las propuestas pasan a la fase final en los Consejos Territoriales de Distrito. Con la intención de darle notoriedad a los órganos de participación y hacer partícipe a las entidades en todo el proceso, el número de apoyos por las cuales las propuestas pasan a la fase final de votación se establece en el consejo de cada distrito a propuesta de las entidades que lo forman. Forman parte de estos órganos de participación las entidades de utilidad público municipal de los distritos, normalmente asociaciones de vecinos que oscilan entre 15 y 25 según el distrito.
- d) Proporcionar a las personas o entidades proponentes la posibilidad de que el Ayuntamiento visite con un equipo de animadores socioculturales con ordenadores portátiles a facilitar el voto a las personas de los barrios que no tengan posibilidad o no quieran participar por internet. Se ofreció este servicio y se estableció una ruta itinerante que cambiaba diariamente.

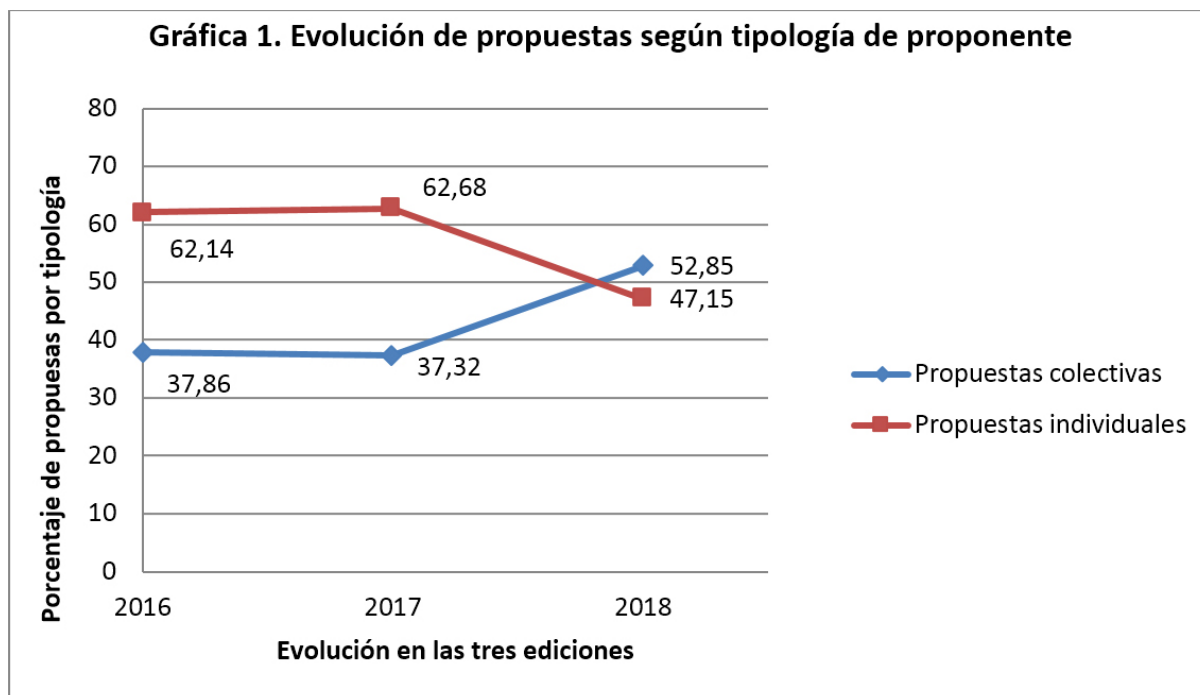
Los cambios impulsados tuvieron éxito en relación a los objetivos que se pretendían. La idea de limitar el voto de las personas a las propuestas de su barrio para favorecer a los barrios más pequeños, tuvo un éxito rotundo desde esa perspectiva. De hecho, las propuestas más votadas de distritos fueron en barrios poblacionalmente pequeños o medianos. En los barrios grandes no hubo tanta participación y por tanto fueron las propuestas menos votadas. La lógica de facilitar a las entidades de pequeñas barriadas impulsar propuestas dejó de tener sentido viendo los resultados. La explicación sociológica a este fenómeno es que los barrios pequeños tienen una mayor cohesión social, y como el número de participantes en los presupuestos participativos aunno es masivo en relación al número de habitantes de la ciudad, los barrios pequeños siempre conseguirán más apoyo porque están más unidos. Por esta razón, a propuesta de los consejos de distrito en la tercera edición se ha eliminado la ponderación por barrios y todos los habitantes pueden votar todo.

Las hojas de firmas fueron muy útiles para permitir que las entidades movilizaran su barrio en busca de apoyos, es una herramienta útil para ganar notoriedad y sumar gente en pro de una propuesta positiva. A las organizaciones les permitió acercarse a personas rápidamente y sumar muchos apoyos. Es cierto que a nivel individual no se dio tanto por lo que podemos afirmar que favorece principalmente a las propuestas de entidades. Las hojas de firmas hicieron aumentar el número de participantes de manera notable hasta alcanzar las 5738 personas frente a las 1399 del año anterior. La explicación no solo es la movilización vecinal sino el formato papel, que permite acercar este proceso a mucha población que no le suscita interés registrarse en una página web para participar.

La posibilidad de dejar decidir al consejo de los distritos cual era el lindar de apoyos para elegir cuales pasaban a la fase final, produjo un sentimiento de apropiación del proceso por parte de las entidades. El hecho de delegar aún más poder en las organizaciones hace que el proceso sea cada vez menos institucional y más ciudadano.

La última apuesta de la segunda edición, la de acercar el proceso a los barrios con animadores socioculturales a disposición de los proponentes para movilizar el barrio, permitió alcanzar a una población mucho más envejecida que es menos asidua a las nuevas tecnologías y que tienen serias dificultades para acceder a la web donde votar las propuestas. Este servicio fue demandando únicamente por entidades, principalmente de vecinos, por lo que es una iniciativa que favorece las propuestas más colectivas.

En la tercera edición de los presupuestos participativos de Palma, se ha seguido apostando por la colectividad en las propuestas. Siguiendo los mismos cambios de la edición anterior, la publicidad y difusión del proceso se ha centrado más en las organizaciones que en los ciudadanos a nivel individual. Es por ello que por primera vez en las tres ediciones se han recibido más propuestas colectivas que individuales como podemos observar en la gráfica 1. La idea es seguir avanzando en la construcción comunitaria de las propuestas para posteriormente conseguir apoyos y votos individuales e ir sumando gente a estas iniciativas puntuales que con el tiempo puedan ser sujetos activos de las asociaciones. Con la intención de seguir expandiendo los presupuestos participativos al mayor número de barrios posibles, en esta tercera edición se han limitado las propuestas de distrito a 100.000 euros y las de ciudad a 300.000 euros. Esto permite que en todos los distritos (excepto el Distrito Centro) salgan al menos 2 propuestas y que motive a las entidades a seguir presentando y defendiendo propuestas.

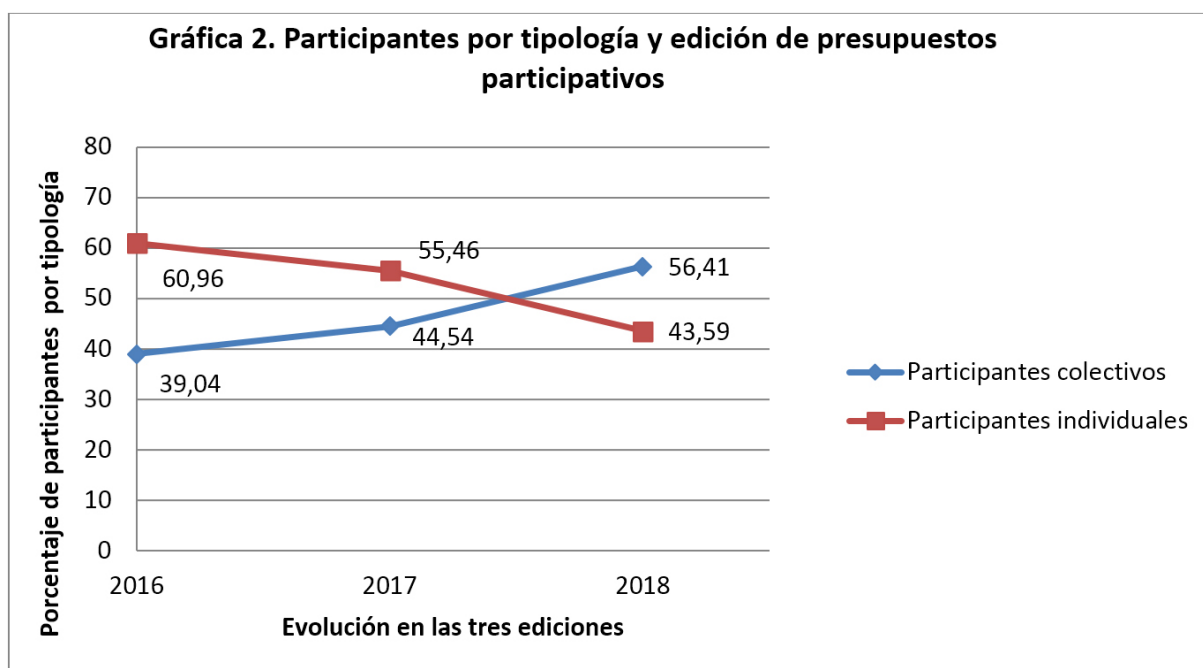


Fuente: Elaboración propia

Una de las conclusiones que se pudo observar al concluir la segunda edición fue que la mayor parte de las entidades que habían participado eran de carácter territorial, desplazando a las de carácter sectorial. De las 53 entidades que participaron tan solo 14 eran sectoriales, contrastando con el primer año que fue prácticamente al mismo nivel. Para intentar sumar a entidades que no sean únicamente de vecinos, se ha utilizado una estrategia para esta nueva edición con buenos resultados. En este tercer proceso, se ha instado a la Regiduría de Bienestar Social a utilizar los presupuestos participativos como una herramienta que ofrecer en los programas de trabajo social comunitario que impulsan. De esta manera, las plataformas de entidades y servicios que han coordinado desde esa área de gobierno han tenido un instrumento potente y cohesionador que ha permitido equilibrar de nuevo la balanza entre tipología de entidades y colectivos. Y lo más importante, sumando nuevos sujetos que no tienden a participar. Hay un caso a destacar y es la Plataforma de Entidades y Servicios de Son Gotleu. Esta unión entre la sociedad civil y las instituciones que lleva años trabajando en uno de los barrios más vulnerables de la ciudad de Palma, por primera vez ha presentado un proyecto a los presupuestos participativos. Se trata de una propuesta de inclusión social llamada “*Son Gotleu: un barrientès per tothom*”, consiste en un diagnóstico participativo para facilitar que los servicios y recursos del barrio sean comprendidos por la población del barrio. El objetivo de la propuesta es superar las barreras cognitivas para permitir hacer efectivos los derechos ciudadanos de las personas más vulnerables. Esta propuesta ha logrado superar los 300 apoyos en la primera fase y posicionarse como la segunda propuesta más apoyada de su distrito. Ha permitido conseguir que la ciudadanía que tradicionalmente no participa en asuntos públicos, se involucre en un asunto para todos en un barrio marcado principalmente por la población extranjera y la escasa cohesión social (Vecina, 2010). Si buscamos factores que desincentiven la participación suele estar la exclusión social ya que las personas que la sufren deben dedicar sus esfuerzos a otros

menesteres más próximos a la supervivencia, sin embargo participar es de las pocas maneras de salir de ella (Gil, 2016). Incluir a personas vulnerables y tradicionalmente al margen de la participación, hace que aumente el grado de calidad democrática (Noriega, Aburto & Montecinos, 2016).

Si analizamos la gráfica 2, vemos como la tendencia es que haya cada vez menos proponentes. Especialmente a nivel individual pasando el primer año de 89 personas a 34 en la última edición. En el plano de las entidades el descenso ha sido mucho menor pasando de 57 el primer año a 44 en esta tercera edición. Esto último tiene que ver en gran medida con que algunas entidades se agrupan para presentar propuestas en plataformas, y otras entidades se organizan de tal manera que un año presentan propuestas y otros años apoyan a las de otras entidades, de tal forma que se dé una solidaridad entre barrios para que todos puedan beneficiarse de proyecto de inversión. Por último, cada vez las propuestas son más elaboradas y de más calidad, con más datos, fotografías, planos y detalles. Incluso algunas entidades presentan anteproyectos elaborados por los vecinos, hecho que revela el proceso de maduración que están viviendo los presupuestos participativos.



Fuente: Elaboración propia

6. Conclusiones

Los presupuestos participativos son un fenómeno que se ha extendido rápidamente en los últimos años por una multitud de ayuntamientos españoles y que ha posibilitado un avance en la extensión de la participación efectiva. Cada municipio ha elaborado su modelo pero hay un patrón muy claro que se está respetando en la mayoría de los casos. Las críticas cada vez son menores, excepto en la ejecución de las propuestas ya que los tiempos de la administración son incompatibles con la inmediatez que exige la sociedad actual. La coordinación entre áreas municipales es imprescindible para llevar a cabo el programa de

presupuestos participativos, si solo se impulsan desde el área de participación hace que la gestión sea mucho más complicada.

El futuro de los presupuestos participativos tendrá que ver con si la apropiación de la iniciativa en la ciudadanía se hace efectiva o si por el contrario, se ve como un simple nuevo modelo de gestión pública que busca legitimidad en sus acciones y no como un modelo de empoderamiento ciudadano.

El trabajo social tiene una oportunidad para impulsar el ámbito comunitario, olvidado en los últimos lustros por el acecho del individualismo y el asistencialismo. Es posible que esta profesión disponga de un instrumento capaz de caminar a resolver problemas estructurales gracias a inversiones municipales en los barrios, haciendo de la ciudadanía sujetos críticos con la capacidad de reivindicar derechos y activarse para el bien común. El imprescindible trabajo en red entre asociaciones, servicios públicos, colectivos y ciudadanía puede ver en los presupuestos participativos su punto de encuentro, con procesos deliberativos y reflexivos que pongan sobre la mesa un diagnóstico real de la situación de nuestros municipios. Desde el trabajo social podemos articular mecanismos sencillos para sumar a personas y barrios vulnerables a los presupuestos participativos como mejor sabemos hacer: desde la cooperación.

7. Referencias bibliográficas

- Brugué-Torruella, Q. (2018). De la eficiencia burocrática a la inteligencia deliberativa para un gobierno abierto. *Revista Especializada en Investigación Jurídica*, (3).
- Fernández de Castro, P. (2018). El trabajo social comunitario como motor para una ciudadanía activa. Recuperado de https://www.eldiario.es/clm/palabras-clave/trabajo-social-comunitaria-ciudadania-activa_6_768933101.html
- FITS. (2014). Propuesta de Definición Global del Trabajo Social. Recuperado de <http://ifsw.org/propuesta-de-definicion-global-del-trabajo-social/>
- Gamundí, M. A. C., Blanco, F. C., Miquel, J. M. M., Perelló, M. À. O., & Puyol, C. S. (2012). Reconceptualizando los Servicios Sociales. Recuperar el Trabajo Social Comunitario como respuesta al nuevo contexto generado por la crisis: (artículo ganador de la XVIª edición del Premio Científico, modalidad Investigación). *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (51), 9-27
- Ganuzá Fernández, E. (2010). Les origines des budgets participatifs. *La démocratie participative inachevée*, 23-42
- Ganuzá, E., & Nez, H. (2012). Las paradojas de la participación: conflictos entre saberes en los nuevos dispositivos participativos. *Praxis Sociológica*, (16), 79-98.
- GIL, F. V. (2016). *La sociedad vulnerable: por una ciudadanía conciente de la exclusión y la inseguridad sociales*. Madrid, España: Tecnos, D.L..
- Gutiérrez, V, Bastante, M, Castro, J.A & Peláez, C. (2011). Funcionamiento democrático de los Presupuestos Participativos. *Manual Docente de la Escuela de Políticas de Participación Local. Democracia participativa y presupuestos participativos. Acercamiento y profundización sobre el debate actual* (pp. 281-311)

- Instituto de Estadística de las Islas Baleares. (2016). Padrón de población
- Merchante, C. V. (2010). El desarrollo social intercomunitario como un medio para la ciudadanía y la integración. *Revista d'Afers Socials*, (5), 71-80.
- Merchante, C. V. (2010). Tejido asociativo, convivencia intercultural y desarrollo comunitario. *Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones*, (28), 227-243
- Monterde, A. (2015). *Emergencia, evolución y efectos del movimiento-red 15M (2011-2015). Una aproximación tecnopolítica* (Doctoral dissertation, Universitat Oberta de Catalunya).
- Noriega, A., Aburto, F., & Montecinos, E. (2016). Presupuestos participativos en Chile y su contribución a la inclusión social. *Iconos revista de ciencias sociales*, (20), 203-218.
- Sintomer, Y. (2005). Los presupuestos participativos en Europa: retos y desafíos. *Revista del clat Reforma y Democracia*, (31).
- Rendón Corona, A. (2006). Justicia distributiva: el presupuesto participativo en Porto Alegre, Brasil. *Polis*, 2(1), 217-244.
- Robles, V. B., Alcántara, J. M. S., & Romero, R. (2017). Análisis de propuestas ciudadanas en presupuestos participativos. *ANDULI, Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, (15), 33-52.

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



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



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

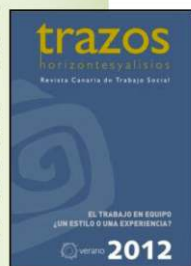


TÍTULO: Alternativas. Cuadernos de trabajo social
ISSN: 1133-0473
EDITOR: Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad de Alicante
PERIODICIDAD: Anual
FECHA DE INICIO: 1992
WEB:
<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5269>
<http://dtsss.ua.es/es/alternativascuadernostrabajosocial/>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



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

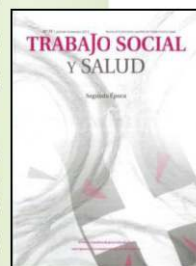
CORREO ELECTRÓNICO:
dts@trabajosocialmalaga.org



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



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



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



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



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



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



Colegio Profesional
de Trabajo Social de
Málaga

C/ Muro de Puerta Nueva, 9 - 1ºC. 29005 - Málaga
Telf.: 952 22 71 60 - Fax: 952 22 74 31
Correo-e: dts@trabajosocialmalaga.org
www.trabajosocialmalaga.org